

**DEPARTEMENT
GESUNDHEIT UND SOZIALES**
Abteilung Gesundheit

17. Dezember 2025

GRUNDLAGENBERICHT

Versorgungsregionen Pflege und Anlaufstellen im Rahmen der Umsetzung der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung (GGpl) 2030

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	4
1. Ausgangslage	9
1.1 Politischer Auftrag Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) 2030	9
1.2 Teilprojekt Umsetzung GGpl 2030 Versorgungsregionen und Anlaufstellen	9
1.3 Auswirkungen der Einführung der einheitlichen Finanzierung der Leistungen (EFAS)	10
1.4 Zielsetzung des Grundlagenberichts	10
1.5 Erarbeitung des Grundlagenberichts	10
1.6 Aufbau des Grundlagenberichts	10
2. Statistische Grundlagen – zukünftige Herausforderungen in der Pflegeversorgung	10
2.1 Demographische Entwicklung und Prognose	10
2.2 Lebenserwartung ohne Beeinträchtigung	12
2.3 Entwicklung Pflegeangebot, Pflegeleistungen und Bedarfsprognose	12
2.3.1 Stationäre Langzeitpflege	12
2.3.2 Spitex	19
2.4 Kosten und Finanzierung der Pflegeleistungen	22
2.5 Entwicklung und Prognose Fachkräfte	24
3. Aktuelle Regelungen im Kanton Aargau mit Bezug zu Versorgungsregionen	26
3.1 Zuständigkeiten Kanton	26
3.1.1 Pflegeheimkonzeption, Pflegeheimliste	26
3.1.2 Spitexleitbild	27
3.1.3 Qualitätssicherung	27
3.1.4 Forum für Altersfragen	27
3.1.5 Fachstelle Alter und Familie	27
3.1.6 Ombudsstelle	28
3.1.7 Freiwilligenarbeit	28
3.2 Zuständigkeiten Gemeinden	28
3.2.1 Planung und Sicherstellung Pflegeangebot	28
3.2.2 Anlauf- und Beratungsstellen	28
3.3 Finanzierung	29
3.3.1 Pflegekosten	29
3.3.2 Clearingstelle	30
3.3.3 Kosten für Betreuung und Hotellerie im Pflegeheim	30
3.3.4 Kosten für Betreuung und hauswirtschaftliche Leistungen zu Hause	30
3.3.5 Hilfenentschädigung	30
3.3.6 Ergänzungsleistungen	30
3.3.7 Kantonale Beiträge an Organisationen	30
4. Stand Versorgungsregionen in den Nachbarkantonen	30
4.1 Versorgungsregionen Kanton Basel-Landschaft	31
4.1.1 Organisation der Versorgungsregionen	31
4.1.2 Aufgaben der Versorgungsregionen	32
4.1.3 Finanzierung der Versorgungsregionen	32
4.1.4 Aufgaben des Kantons	32
4.2 Versorgungsregionen Kanton Bern	33
4.3 Planungsregionen Kanton Luzern	34
4.4 Versorgungsregionen Kanton Solothurn	35
4.5 Regelung spezialisierte Langzeitpflege Kanton Zug	35
4.6 Pflegeheimbettenplanung und Versorgungsregionen Kanton Zürich	36
5. Anlaufstellen in den Nachbarkantonen	37

5.1 Anlaufstellen Kanton Basel-Landschaft	37
5.2 Anlaufstelle Kanton Basel-Stadt.....	37
5.3 Anlaufstellen Kanton Bern.....	37
5.4 Anlaufstellen Kanton Luzern	38
5.5 Anlaufstellen Kanton Solothurn.....	38
5.6 Anlaufstellen Kanton Zug	38
5.7 Anlaufstellen Kanton Zürich	38
6. Erfahrungen im Kanton Aargau	39
6.1 Pilotprojekt "Gesundheit Region Aarau" (GERA).....	39
6.2 Projekt Fricktal "Betreut in der Gemeinde"	40
6.3 Projekt "Gesundheitsregion Brugg".....	41
6.4 Beispiel Regionale Integrationsfachstellen (RIF)	43
7. Lösungsansätze für den Kanton Aargau	44
7.1 Gesamtheitlicher Ansatz	44
7.1.1 Altersgerechtes Umfeld.....	44
7.1.2 Abgestimmtes Angebote Hilfe, Betreuung und Pflege.....	45
7.2 Lösungsansatz Versorgungsregionen Pflege gemäss GGpl 2030	48
7.2.1 Ziel, Zweck und Nutzen der Versorgungsregionen Pflege	48
7.2.2 Aufgaben der Versorgungsregionen	50
7.2.3 Finanzierung der Versorgungsregionen	51
7.2.4 Aufgaben der Gemeinden.....	51
7.2.5 Aufgaben des Kantons.....	51
7.2.6 Bildung von Versorgungsregionen.....	52
7.2.7 Organisationsformen für Versorgungsregionen	53
7.2.8 Regionale Anlaufstellen	53
8. Abkürzungsverzeichnis	54

Management Summary

A. Hintergrund

Am 11. Juni 2024 hat der Grosse Rat die Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) 2030 beschlossen. Die übergeordnete Strategie mit dem Ziel "qualitativ hochstehendes und finanzierbares Gesundheitswesen mit hohem Eigenversorgungsanteil" soll eine kohärente Ausrichtung aller Bereiche des Gesundheitswesens gewährleisten. Im Bereich der Pflegeversorgung nennt das Ziel 12 die "Sicherstellung der ambulanten, intermediären und stationären Pflegeversorgung in Zusammenarbeit zwischen Kanton und den zu bildenden Versorgungsregionen". Zudem werden in der Strategie 23.1 die kostenlosen regionalen Anlaufstellen mit einer Beratungs- und Informationsfunktion zu Dienstleistungs- und Versorgungsangeboten rund ums Alter sowie der Gesundheitsversorgung genannt, die der Sicherstellung eines niederschweligen Zugangs zu Unterstützungsangeboten rund um die Betreuung und Versorgung dienen (Ziel 23).

Der vorliegende Grundlagenbericht soll mit der Übersicht zur aktuellen Situation, der Darlegung der künftigen Herausforderungen und der Beschreibung von Lösungsansätzen das allgemeine Verständnis des Themas Versorgungsregionen Pflege sowie Anlauf- und Beratungsstellen fördern. Er stellt die Grundlage für die Diskussion mit den Anspruchsgruppen und die Erarbeitung von Konzepten zur Umsetzung der diesbezüglichen Ziele und Strategien der GGpl 2030 dar.

B. Künftige Herausforderungen in der Pflegeversorgung

Die Bevölkerungsprognosen weisen für den Kanton Aargau bis weit über das Jahr 2050 hinaus auf einen markanten Anstieg der älteren Bevölkerung ("Babyboomer-Generation") hin. Bei Personen über 65 Jahren nimmt aufgrund von gesundheitlichen und durch das Alter bedingten Einschränkungen der Unterstützungsbedarf zu, insbesondere ab 80 Jahren. Die Altersgruppe ab 80 Jahren wird sich im Kanton Aargau von 2024 bis 2035 fast verdoppeln (Zunahme um 48,6 %, um 18'625 Personen) und bis 2055 um insgesamt 130 % zunehmen (fast 50'000 Personen mehr als im Jahr 2024).

Damit steigt der Bedarf an Unterstützungsleistungen in stationären Einrichtungen wie auch im ambulanten und intermediären Bereich deutlich an. In den letzten zehn Jahren ist der Pflegebettenbestand von 6'103 im Jahr 2015 auf 6'998 im Jahr 2025 um 14,7 % angestiegen. In den nächsten zehn Jahren bis 2035 wäre unter gleichbleibender Pflegeversorgung (Status quo) eine deutlich stärkere Zunahme der Pflegebetten um 35,2 % mit zusätzlich 2'356 Betten notwendig. Bis ins Jahr 2040 würde der Anstieg gar 57,9 % mit 3'870 Betten betragen. Weil jedoch für Personen in niedrigen Pflegestufen (0–3) alternative Versorgungsformen mit ambulanter Betreuung zu Hause oder betreutes Wohnen in Frage kommen und dies auch einem zunehmenden Bedürfnis entspricht, kann mit einem Ausbau der ambulanten Angebote die Versorgung in teureren stationären Strukturen vermieden werden. Wenn der Anteil Pfl egetage in den Pflegestufen 0–3 von 25,3 % im Jahr 2024 um die Hälfte gesenkt würde, wären bis im Jahr 2035 nur 1'573 (+ 23,5 %) und im Jahr 2040 nur 2'817 (+ 42,1 %) zusätzliche Pflegebetten notwendig.

Bei dieser Verlagerung von der stationären zur ambulanten Langzeitpflege und der demografischen Entwicklung wird der Bedarf an Spitex-Leistungen stark zunehmen. Schon von 2014 bis 2024 hat die Anzahl Klientinnen und Klienten um 76 % zugenommen und die verrechneten Stunden haben sich nahezu verdoppelt. Gemäss den Prognosen des Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) würden im Szenario mit Reduktion der Pflegestufen 0–3 in Pflegeheimen im Jahr 2040 schweizweit in der Spitex 59,6 % zusätzliche Pflegestunden und im Jahr 2050 83,9 % zusätzliche Pflegestunden beansprucht. Dies entspricht einer Zunahme um 28,9 Millionen Stunden im Jahr 2040 und 33,3 Millionen Stunden im Jahr 2050. Gegenüber dem Jahr 2023 würde dies einem zusätzlichen Personalbestand von 28'000 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) im Jahr 2040 und 32'290 VZÄ im Jahr 2050 für die ganze Schweiz bedeuten.

Angesicht der künftig starken Bedarfszunahme in der Pflege der älteren Bevölkerung drängt sich eine Transformation der Versorgungsstruktur und eine Optimierung mit verschiedenen aufeinander

abgestimmten Unterstützungsangeboten unmittelbar auf. Die weitere deutliche Zunahme der älteren Bevölkerung bis über 2050 hinaus bedingt eine vorausschauende, langfristige strategische Planung.

Die regionalen Analysen auf Ebene der regionalen Planungsverbände (Repla) und Gemeinden zeigen wesentliche regionale und lokale Unterschiede. So reicht das Wachstum der Altersgruppe ab 80 Jahren im Zeitraum 2025–2055 von 87,3 % in der Repla Brugg Regio bis 200,8 % in der Repla Oberes Freiamt. Auch ist die Inanspruchnahmerate der Bevölkerung ab 65 Jahren bei der stationären Langzeitpflege pro Repla unterschiedlich und korreliert nicht mit der Versorgungsdichte. Dies kann dadurch bedingt sein, dass die Klientinnen und Klienten Pflegeheime wählen, die in anderen Repla angesiedelt sind, respektive die Regionen der Repla sich teilweise nicht mit den regionalen Einzugsgebieten der stationären Langzeitpflege decken.

Die Datengrundlagen zeigen somit, dass lokal und regional die Bedürfnisse und Schwerpunkte hinsichtlich Entwicklung eines altersgerechten Umfelds sowie Betreuungs- und Pflegestrukturen unterschiedlich sein werden und deshalb auf regionaler Ebene angegangen werden müssen. Die Herausforderungen der demografischen Entwicklung, des Fachkräftemangels, der Kostenentwicklungen mit Belastung der Sozialversicherungen und der öffentlichen Hand sowie der gesellschaftlichen Entwicklungen hinsichtlich Erwartungen an das Leben im Alter (zum Beispiel länger zu Hause leben, gesellschaftliche Teilhabe, höhere Mobilitätsbedürfnisse) bedürfen eines konzertierten Handelns zwischen Gemeinden, Kanton, Leistungserbringern und Non-Profit-Organisationen.

C. Situation in anderen Kantonen betreffend Versorgungsregionen und Anlaufstellen

Im **Kanton Basel-Landschaft** verpflichtet das im Jahr 2018 in Kraft getretene Altersbetreuungs- und Pflegegesetz (APG) die Gemeinden, sich in Versorgungsregionen zusammenzuschliessen. Die Gemeinden haben sich in zehn Versorgungsregionen zusammengeschlossen. Fünf Regionen haben über 30'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Drei Regionen haben zwischen 15'000 und 30'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die kleinste Region hat knapp 3'400 Einwohnerinnen und Einwohner. In organisatorischer Hinsicht hat eine Versorgungsregion eine Kommission eingesetzt, zwei Versorgungsregionen haben die Vertragslösung gewählt und sieben Versorgungsregionen haben sich in Form eines Zweckverbandes organisiert.

Zu den gesetzlich festgelegten Aufgaben der Versorgungsregion gehört die Erstellung eines Versorgungskonzepts (ambulantes, intermediäres und stationäres Betreuungs- und Pflegeangebot inklusive Palliative Care und Demenz) sowie auch die Förderung des betreuten Wohnens. Das Amt für Daten und Statistik des Kantons Basel-Landschaft erstellt einen geschätzten Bedarf an stationären Pflegeplätzen mit Prognose der Korridore pro Versorgungsregion. Die Versorgungsregionen schliessen mit den Leistungserbringern, deren Angebote gemäss Versorgungskonzept erforderlich sind, Leistungsvereinbarungen ab. Darin wird auch festgelegt, ab welchem Pflegebedarf die Aufnahme in ein Pflegeheim in der Regel möglich ist. Weiter betreiben die Gemeinden einer Versorgungsregion zusammen eine Informations- und Beratungsstelle (IBS) sowie eine Bedarfsabklärungsstelle (BBS). Diese beantworten Fragen zur Betreuung und Pflege im Alter und erstellen die Bedarfsabklärung (insbesondere vor einem Eintritt in ein Pflegeheim). Die Gemeinden können auch eine Institution mit der Führung solcher Stellen beauftragen. Die Umsetzung der IBS ist von den Gemeinden unterschiedlich organisiert. Gewisse Gemeinden betreiben eigene Beratungsstellen, bei anderen ist eine Person der Gemeindeverwaltung Ansprechperson und wieder andere haben die Pro Senectute beauftragt. Die Funktion der BBS nehmen teilweise lokale Spitexorganisationen oder Pflegefachpersonen in den anderen Informations- und Beratungsstellen wahr.

Eine besondere Regelung bezüglich Steuerung der Pflegeheimeintritte besteht im Kanton **Basel-Stadt** mit der gesetzlich vorgegeben Bedarfsabklärungsstelle. Erst wenn die Pflege zu Hause nicht mehr möglich ist oder die Kosten der ambulanten Pflege unverhältnismässig hoch sind, wird ein Eintritt in ein Pflegeheim möglich.

In den anderen umliegenden Kantonen gibt es Regionenbildungen zur Planung der Pflegeheimbetten, Spitex-Versorgung oder spezialisierten Pflege aber keine Versorgungsregionen Pflege im Sinne der GGpl 2030.

D. Erfahrungen im Kanton Aargau mit Bezug zu Versorgungsregionen

Im Kanton Aargau gibt es zwei laufende Projekte mit Organisationsstrukturen und Tätigkeitsfeldern, die einen Bezug zu den Versorgungsregionen Pflege gemäss Ziel 12 der GGpl 2030 haben.

Dem Projekt **"Gesundheit Region Aarau" (GERA)** gehören acht Gemeinden an. Es besteht aus zwei Teilen. Einerseits der GERA-Erstanlaufstelle mit einer Webseite mit Informationen zu bestehenden Angeboten und einem KI-basierten Chatbot. Verschiedene zu GERA gehörende Gemeinden betreiben eigene Fachstellen für die Beratung. Der zweite Teil des Projekts ist das GERA-Netz mit einer strukturierten, moderierten Plattform zur Förderung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und des Austauschs zwischen den Leistungserbringern im regionalen Gesundheitswesen.

Das Projekt **"Betreut in der Gemeinde"** mit der Beteiligung von zehn Gemeinden im Fricktal hat die Zielsetzung des selbstbestimmten Älterwerdens mit dem besonderen Fokus, bestehende Angebote sichtbar zu machen und miteinander zu vernetzen. Jeder Mensch soll im richtigen Moment – individuell abgestimmt auf die jeweiligen Bedürfnisse – Zugang zu den passenden Angeboten erhalten. Eingeschlossen sind alle professionellen und privaten Akteurinnen und Akteure der Altersarbeit sowie der Freiwilligenarbeit. Die Drehscheibe "Älterwerden im Fricktal" übernimmt die Aufgaben einer niederschweligen Anlaufstelle, gewährleistet fachliche Triage und Beratung und stellt durch gezielte Vernetzung die Qualität und Fachlichkeit sicher. Neben telefonischer und persönlicher Beratung ist auch die aufsuchende Gesundheitsberatung im Aufbau.

Ein weiteres Projekt **"Gesundheitsregion Brugg"** ist in der Planungsphase.

Als Beispiel für einen erfolgreichen Lösungsansatz im Kanton Aargau mit möglichen Mustern für eine Zusammenarbeit zwischen Gemeinden und Kanton im Bereich der Versorgungsregionen und Anlaufstellen nannten verschiedene Akteure die **Regionalen Integrationsfachstellen (RIF)**. Die RIF wirken auf strategischer und auf operativer Ebene als Dreh- und Angelpunkte der Zusammenarbeit von Kanton und Gemeinden. Sie übernehmen im Auftrag der beteiligten Gemeinden und des Kantons folgende Aufgaben: Information und Beratung (für Gemeinden sowie Migrantinnen und Migranten), Koordination und Vernetzung, Angebots- und Projektförderung, Schlüsselpersonen (Vermittlung gut integrierter Personen zur Unterstützung von Gemeinden, Schulen und weiteren Institutionen), Sensibilisierung und Öffentlichkeitsarbeit, Koordination Freiwilligenarbeit, Weiterbildung. Finanziert werden die RIF gemeinsam durch Kanton und Gemeinden. Der Aufbau und der Betrieb sind für die Gemeinden freiwillig.

E. Lösungsansätze für Versorgungsregionen und Anlaufstellen im Kanton Aargau

Die Bewältigung der kommenden grossen Herausforderungen in der Langzeitpflege in Folge der demografischen Entwicklung mit bedeutender Zunahme an Personen mit Betreuungs- und Pflegebedarf, des Fachkräftemangels und der Kostenentwicklung kann am besten mit einem gesamtheitlichen, integrierten altersgerechten Umfeld, Hilfe, Betreuung und Pflegeversorgung erreicht werden.

Mit einem **altersgerechten Umfeld** wie beispielsweise in der räumlichen Infrastruktur (Wohnen, öffentlicher Raum), mit Mobilitätsangeboten sowie bedarfsorientierten Möglichkeiten für die soziale Teilhabe wird ein gesundes Altern gefördert, sodass die älteren Menschen so lange wie möglich mit ihren Ressourcen selbstbestimmt ihr Leben gestalten können. Die Leitsätze der Alterspolitik des Kantons Aargau 2023 beschreiben das altersgerechte Handeln anhand der von der WHO definierten acht Bereiche. Zusätzlich zum altersgerechten Umfeld kann mit einem guten und optimal abgestimmten **Angebot an Hilfe-, Betreuungs- und Pflegeangeboten** sowie deren Vernetzung eine wirkungsvolle und kostengünstige bedarfsgerechte Versorgung erzielt werden. Regionale und niederschwellig

zugängliche Anlaufstellen rund ums Thema Alter tragen mit ihren kostenfreien und unabhängigen Informations- und Beratungsangeboten dazu bei, dass ältere Menschen und deren betreuende Bezugspersonen passende Angebote finden und ein bedarfsgerechtes Versorgungsnetz aufbauen können.

Weil lokal und regional die Bedürfnisse und Schwerpunkte hinsichtlich Entwicklung eines altersgerechten Umfelds sowie Betreuungs- und Pflegestrukturen unterschiedlich sind, müssen sie auch auf regionaler Ebene angegangen werden. Die Bewältigung der Herausforderungen kann in einem Verbund von Gemeinden besser und effizienter erfüllt werden, als wenn dies jede Gemeinde selbst tun müsste. Eine reine zentrale Zuständigkeit des Kantons kann die regionalen Aspekte nicht ausreichend abdecken. Die organisatorische Verselbstständigung und die Spezialisierung führen zur Professionalisierung der Versorgungstätigkeiten. Synergien und Fachwissen können besser genutzt werden. Die Versorgungsregionen sollen einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, dass die betroffenen Personen eine bedarfsgerechte, angemessene Versorgung mit gut abgestimmten, sich an den lokalen Lebensrealitäten orientierenden Unterstützungsangeboten von informellen und formellen Leistungserbringern erhalten. Dabei können auch Über- und Unterversorgung vermieden, die Qualität der Behandlung verbessert und Kosten gedämpft werden.

Basierend auf dem Ziel 12 der GGpl 2030 sowie den Erfahrungen in anderen Kantonen und im Kanton Aargau werden die möglichen Aufgaben der Versorgungsregionen Pflege und Anlaufstellen sowie der Gemeinden und des Kantons tabellarisch nachfolgend dargestellt:

Aufgaben	Strategie GGpl 2030
Aufgaben der Versorgungsregionen: • Koordination und Vernetzung der ambulanten, intermediären und stationären Leistungserbringer • Erarbeitung und Umsetzung eines regionalen Versorgungskonzeptes • Erarbeitung der regionalen Pflegeheimplanung für die kantonale Pflegeheimliste gemäss kantonalen Vorgaben • Sicherstellung einer regionalen Anlaufstelle • Führen einer Stelle für die Bedarfsabklärung vor Pflegeheimeintritt	12.3, 23.1
Aufgaben der Gemeinden: • Bildung, Organisation und Führung der Versorgungsregion • Jede Gemeinde gehört mindestens einer Versorgungsregion an • Finanzierung der Tätigkeiten der Versorgungsregionen	12.1
Aufgaben des Kantons: • Planung der Pflegebetten und führen der Pflegeheimliste gemäss KVG-Vorgabe • Leistungsverträge für spezialisierte stationäre Pflegeangebote (gemäss der vom Regierungsrat genehmigten Pflegeheimkonzeption) • die Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen für Versorgungsregionen mit Gewährleistung von modularen und flexiblen Lösungen • Unterstützung der Tätigkeiten der Versorgungsregionen mittels Betriebsbeiträgen • Festlegung von minimalen Qualitätsstandards • Festsetzung der Pflegenormkosten und Betrieb der Clearingstelle (diese erfahren Änderungen bei Einführung von EFAS) • Unterstützung der Gemeinden durch das Departement Gesundheit und Soziales in fachlicher Hinsicht mittels Beratung und Bereitstellung von Kennzahlen, Prognosemodellen und methodischen Werkzeugen für die Versorgungsregionen zum Aufbau und Weiterentwicklung ihrer Tätigkeiten	12.2, 12.4

Aufgaben	Strategie GGpl 2030
Aufgaben der regionalen Anlaufstellen • Informationsfunktion zu Dienstleistungs- und Versorgungsangeboten rund ums Alter und der regionalen Gesundheitsversorgung, • Sachgerechte Beratung und Unterstützung rund ums Alter, • Vermittlung von passenden Angeboten und Dienstleistungen bei Bedarf.	12.3, 23.1

Zur Bildung der Versorgungsregionen stellt das Departement Gesundheit und Soziales die folgenden Kriterien zur Diskussion:

- Orientierung an Patientenströmen, Einzugsgebieten der Pflegeheime und Lebenswelten der älteren Bevölkerungsgruppen,
- Orientierung an bereits bestehenden Kooperationen von Leistungserbringern,
- Orientierung an bestehenden Strukturen (Repla, Bezirke),
- Mit oder ohne Vorgabe einer Mindestgrösse.

Als Organisationsformen stellt das Departement Gesundheit und Soziales die folgenden Möglichkeiten nach dem Gesetz über die Einwohnergemeinden (Gemeindegesetz, GG) vom 19. Dezember 1978 (SAR 171.100) zur Diskussion:

- Gemeindevertrag (§ 72–73 GG)
- Gemeindeverband (§ 74–82 GG)

Gemäss dem Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz (Gestaltungskompetenz und Finanzierung soweit möglich auf der gleichen Ebene, § 5 Abs. 2 des Gesetzes über die wirkungsorientierte Steuerung von Aufgaben und Finanzen [GAF] vom 6. Juni 2012 [SAR 612.300]) ist die Finanzierung der Versorgungsregionen angesichts der Aufgabenzuordnung und der finanziellen Auswirkungen wesentlich die Sache der Gemeinden. Die Strategie 12.4 der GGpl 2030 sieht eine zusätzliche Unterstützung der Versorgungsregionen durch den Kanton mittels Betriebsbeiträgen vor. Als Grundsätze für die Bemessung des Kantonsbeitrags sind folgende Ansätze denkbar:

- Bemessung nach Anzahl Mitgliedsgemeinden und Wohnbevölkerungsbestand (ähnlich wie bei Repla),
- Anteilsmässige Übernahme der Lohnkosten für den administrativen Betrieb der Versorgungsregionen (ähnlich wie bei den RIF).

F. Vorgehen Umsetzung GGpl 2030 Versorgungsregionen und Anlaufstellen

Die in diesem Grundlagenbericht dargestellten Lösungsansätze werden mit den Anspruchsgruppen im Januar 2026 diskutiert und bewertet. Basierend auf den Ergebnissen des Workshops wird das Departement Gesundheit und Soziales allfällige Vertiefungsarbeiten ausführen und ein Konzept für den Kanton Aargau erarbeiten, das in voraussichtlich zwei weiteren Workshops (Mai/Juni sowie August/September 2026) mit den Anspruchsgruppen diskutiert wird. Basierend auf dem Konzept erfolgt ab dem 2. Quartal 2027 die Rechtsetzung mit Änderung des Pflegegesetzes. Nach Beschluss der neuen Gesetzesgrundlagen könnte frühestens ab Juli 2030 die Umsetzung erfolgen, wobei eine angemessene Übergangsfrist vorzusehen ist.

1. Ausgangslage

1.1 Politischer Auftrag Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) 2030

Am 11. Juni 2024 hat der Grosse Rat die GGpl 2030 beschlossen. Die übergeordnete Strategie mit dem Ziel "qualitativ hochstehendes und finanzierbares Gesundheitswesen mit hohem Eigenversorgungsanteil" soll eine kohärente Ausrichtung aller Bereiche des Gesundheitswesens gewährleisten. Im Bereich der Pflegeversorgung nennt das Ziel 12 die "Sicherstellung der ambulanten, intermediären und stationären Pflegeversorgung in Zusammenarbeit zwischen Kanton und den zu bildenden Versorgungsregionen". Gestützt auf die Strategie 23.1 nehmen die kostenlosen regionalen Anlaufstellen innerhalb der Versorgungsregionen zudem eine Beratungs- und Informationsfunktion zu Dienstleistungs- und Versorgungsangeboten rund ums Alter und der regionalen Gesundheitsversorgung wahr. Diese Anlaufstellen dienen der Sicherstellung eines niederschweligen Zugangs zu Unterstützungsangeboten rund um die Betreuung und Versorgung (Ziel 23).

Einen Bezug zur Altersversorgung hat auch das Ziel 13 mit der Förderung ambulanter Betreuungs- und Pflegestrukturen (Akut- und Übergangspflege, betreutes Wohnen, Freiwilligenarbeit). Ein weiterer Bezug dazu besteht in Ziel 15 mit der Sicherstellung des niederschweligen, flächendeckenden Zugangs zu ganzheitlichen Palliative Care-Angeboten. Diese Ziele werden im Rahmen der Umsetzung der GGpl 2030 separat bearbeitet und sind deshalb im vorliegenden Grundlagenbericht nicht näher ausgeführt. Dasselbe trifft auf die Ziele zur Aus- und Weiterbildung (Ziel 17) und Förderung der Fachkräfte (Ziel 18) zu.

Die unabhängigen Anlaufstellen sollen den teils massiv überforderten älteren Personen und ihren Angehörigen kostenlos einen niederschweligen und wohnortnahen Zugang zu Information und Beratung bei Fragen rund ums Thema Alter in ihrem regionalen Lebensumfeld ermöglichen, insbesondere betreffend Versorgung und Pflege. Eine rechtzeitige, fundierte sowie bedarfsgerechte Information und Beratung kann die gesundheitliche sowie soziale Situation stabilisieren und verbessern, so dass die Personen länger selbständig und ohne oder mit weniger Inanspruchnahme von Pflegeleistungen leben können.

1.2 Teilprojekt Umsetzung GGpl 2030 Versorgungsregionen und Anlaufstellen

Im Rahmen der Umsetzung der GGpl 2030 wurde für die Themen Versorgungsregionen und Anlaufstellen ein Teilprojekt initiiert. Es sind die folgenden Projektphasen vorgesehen.

- Phase 1 Grundlagenbericht (Januar 2025 bis Januar 2026): Die Situation und Erfahrungen in anderen Kantonen sowie in Projekten innerhalb des Kantons Aargau werden in einem Grundlagenbericht zusammengefasst, Lösungsansätze für den Kanton Aargau formuliert und mit den Anspruchsgruppen im Rahmen eines Workshops im Januar 2026 diskutiert sowie bewertet.
- Phase 2 Konzepterarbeitung (Januar 2026 bis März 2027): Basierend auf dem Grundlagenbericht soll ein Konzept für Versorgungsregionen und Anlaufstellen im Kanton Aargau erarbeitet und mit den Anspruchsgruppen diskutiert werden (2 Workshops, ca. Mai und August/September 2026; schriftliche Konsultation Stakeholder November–Dezember 2026).
- Phase 3 Rechtsetzung (April 2027 bis Juni 2030): Die Teilrevision des Pflegegesetzes wird erarbeitet sowie vom Grossen Rat beraten und verabschiedet. Die Verordnungsbestimmungen werden erarbeitet und vom Regierungsrat beschlossen.
- Phase 4 Umsetzung (ab Juli 2030): Nach Abschluss der Rechtsetzungsphase setzen die Gemeinden in Zusammenarbeit mit dem Kanton die neuen Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen um. Dabei soll den Gemeinden eine angemessene Übergangsfrist bis zur vollständigen Umsetzung gewährt werden (zum Beispiel zwei Jahre). Die Frist wird im Rahmen der Rechtsetzung festgelegt. Eine schnellere freiwillige Umsetzung ist möglich.

1.3 Auswirkungen der Einführung der einheitlichen Finanzierung der Leistungen (EFAS)

Mit der in der Volksabstimmung vom 24. November 2024 beschlossenen Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (SR 832.10) und dem darin vorgesehenen Einschluss der Pflegeleistungen ab 2032 wird eine Neuregelung der Pflegefinanzierung folgen. Das Departement Gesundheit und Soziales geht davon aus, dass auch nach Einführung von EFAS die bisherige Lastenverteilung zwischen Kanton und Gemeinden weitergeführt wird, so dass die Beteiligung an den Pflegekosten weiterhin bei den Gemeinden bleibt. Die Fragen der Neuregelung der Pflegefinanzierung haben einen Einfluss auf die Versorgungsregionen und werden parallel zum Teilprojekt Umsetzung Versorgungsregionen und Anlaufstellen bearbeitet.

1.4 Zielsetzung des Grundlagenberichts

Der vorliegende Grundlagenbericht soll mit der Übersicht zur aktuellen Situation, der Darlegung der zukünftigen Herausforderungen und der Beschreibung von Lösungsansätzen das allgemeine Verständnis des Themas Versorgungsregionen Pflege sowie Anlauf- und Beratungsstellen fördern. Er stellt die Grundlage für die Erarbeitung von Konzepten zur Umsetzung der diesbezüglichen Ziele und Strategien der GGpl 2030 dar.

1.5 Erarbeitung des Grundlagenberichts

Bei der Erarbeitung des Grundlagenberichts hat die Abteilung Gesundheit themenspezifisch einerseits die einschlägigen Quellen über das Internet konsultiert und andererseits Befragungen der Behörden anderer Kantone und innerkantonalen Stellen durchgeführt. Für die statistischen Auswertungen hat sie auf vorhandene Auswertungen von Statistik Aargau und des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) zurückgegriffen. Zudem hat sie mit den Daten des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und denjenigen der kantonalen Clearingstelle eigene Auswertungen erstellt.

1.6 Aufbau des Grundlagenberichts

Das erste Kapitel legt den politischen Auftrag und die strategischen Grundlagen dar. Im zweiten Kapitel werden die statistischen Grundlagen mit Bezug zu den Versorgungsregionen ausgeführt und die zukünftigen Herausforderungen aufgezeigt. Das dritte Kapitel beschreibt die aktuelle Situation der Regelungen und der Organisation im Bereich Pflegeversorgung und Betreuung im Alter im Kanton Aargau. Das vierte Kapitel umfasst den Stand von Regulierungen und Arbeiten mit Bezug zu Versorgungsregionen sowie Beratungs- und Anlaufstellen in den umliegenden Kantonen. Im fünften Kapitel werden verschiedene Lösungsansätze für die Umsetzung der Strategien der GGpl 2030 betreffend Versorgungsregionen und Anlaufstellen vorgeschlagen.

2. Statistische Grundlagen – zukünftige Herausforderungen in der Pflegeversorgung

Das vorliegende Kapitel enthält Angaben zur demografischen Entwicklung der Bevölkerung ab 65 Jahren (Kapitel 2.1) und Ausführungen zur Entwicklung des Pflegeangebots und der Pflegeleistungen (Kapitel 2.2). In Kapitel 2.3 werden die Kosten- und Finanzierungsstrukturen der Langzeitpflege dargestellt.

2.1 Demographische Entwicklung und Prognose

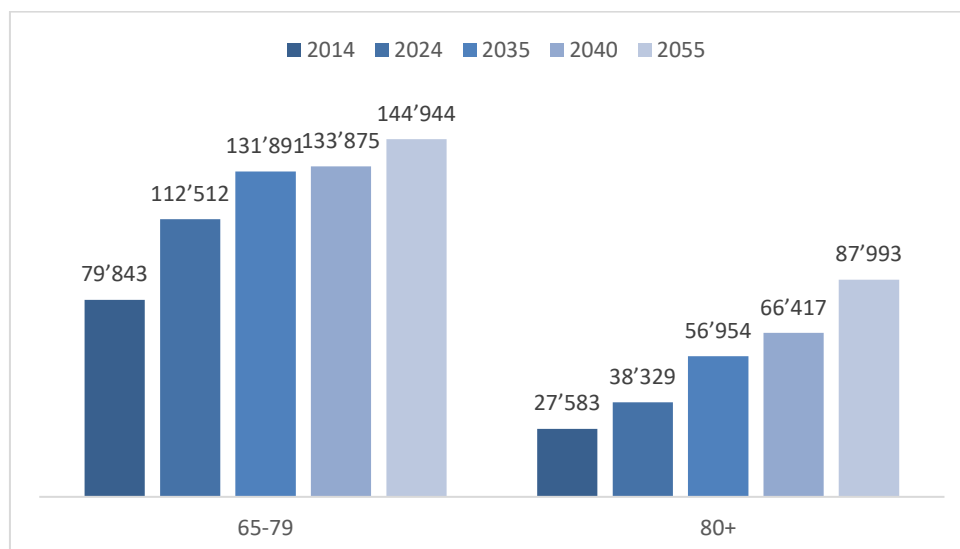
Zur Abschätzung des zukünftigen Bedarfs an ambulanten, intermediären und stationären Pflegeleistungen sowie Langzeitpflegebetten ist die demografische Entwicklung der Bevölkerung ab 65 Jahren ein wesentlicher Einflussfaktor. Ab dieser Altersgruppe steigt der Bedarf nach Pflegeleistungen mit Zunahme des Alters.

Bevölkerungsszenarien beruhen auf Annahmen zu Geburten, Sterblichkeit und Wanderung und sind deshalb mit Unsicherheiten behaftet. Das Bundesamt für Statistik (BFS) verwendet aus diesem Grund drei Bevölkerungsszenarien verschiedener Bandbreiten ("tief", "Referenz", "hoch"). Obwohl die Unsicherheit der Szenarien mit zunehmendem Zeitabstand zunimmt, ist mindestens bis 2070 mit einem weiteren Anstieg der älteren Bevölkerung zu rechnen.

Die Gesamtbevölkerung im Kanton Aargau hat zwischen 2014 und 2024 um rund 14 % zugenommen. Die Altersstruktur der Bevölkerung hat sich jedoch deutlich Richtung Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung entwickelt. So stieg die Anzahl von Personen ab 65 Jahren von 107'426 im Jahr 2014 auf 140'841 im Jahr 2024, was einer Zunahme um etwa 31 % entspricht. Besonders ausgeprägt ist das Wachstum in den Altersgruppen ab 80 Jahren mit einer Erhöhung um 27'583 im Jahr 2014 auf 38'329 im Jahr 2024. Dies entspricht einer Zunahme um 39 %. Im Vergleich dazu ist die Zahl der Personen im Alter bis 64 Jahre nur um rund 11 % gestiegen, von 537'426 im Jahr 2014 auf 594'695 im Jahr 2024.

Die Bevölkerungszahl wird zukünftig stärker ansteigen als bisher. Im Referenzszenario wächst die Anzahl Personen ab 65 Jahren von rund 140'800 im Jahr 2024 um etwa 65 % auf rund 232'900 Personen im Jahr 2055. Besonders stark steigen die Zahlen bei der Altersgruppe 80+. Ihre Anzahl erhöht sich von 38'329 Personen im Jahr 2024 auf 56'954 im Jahr 2035. Dies entspricht einer Zunahme um rund 49 %. Bis im Jahr 2055 steigt sie weiter auf 87'993 an, was einer Zunahme gegenüber dem Jahr 2024 um rund 130 % entspricht. Der Bevölkerungsanteil der Personen 80+ wächst von 5,2 % im Jahr 2024 auf 7,0 % im Jahr 2035 und 9,8 % im Jahr 2055.

Abbildung 1: Entwicklung der Wohnbevölkerung 65-79 und 80+ Jahre von 2014 bis 2055 im Kanton Aargau



Quelle: Bevölkerungsstatistik Modell Projektion 2025, Szenario Referenz, Statistik Aargau.

Die Entwicklung der Bevölkerung 80+ auf Ebene der Regionalplanungsverbände (Repla) zeigt regionale und lokale Unterschiede. So reicht das Wachstum der Altersgruppe ab 80 Jahren im Zeitraum 2025–2035 von 30,3 % in der Repla Baden Regio bis 64,1 % in der Repla Oberes Freiamt und im Zeitraum 2025–2055 von 87,3 % in der Repla Brugg Regio bis 200,8 % in der Repla Oberes Freiamt.

Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung 80+ Jahre nach Repla

REPLA	Anzahl Bevölkerung 80+				
	2025	2035	Wachstum 2025 auf 2035 in %	2055	Wachstum 2025 auf 2055 in %
Aarau Regio	5'009	6'760	35,0	9'557	90,8
AargauSüd Impuls	1'973	2'956	49,8	4'837	145,2
Baden Regio	8'681	11'316	30,4	16'650	91,8
Brugg Regio	3'180	4'384	37,9	5'957	87,3
Fricktal Regio	4'992	7'079	41,8	11'349	127,3
Lebensraum Lenzburg Seetal	3'220	4'975	54,5	8'137	152,7
Mutschellen-Reusstal-Kelleramt	2'650	3'972	49,9	5'906	122,9
Oberes Freiamt	1'521	2'496	64,1	4'575	200,8
Suhrental	721	1'166	61,7	1'884	161,3
Unteres Bünzthal	2'339	3'403	45,5	5'730	145,0
Zofingenregio	3'589	5'170	44,1	8'190	128,2
Zurzibiet Regio	2'209	3'277	48,3	5'221	136,4
Summe Kanton	40'084	56'954	-	87'993	-

Quelle: Bevölkerungsstatistik Modell Projektion 2025, Szenario Referenz, Statistik Aargau.

2.2 Lebenserwartung ohne Beeinträchtigung

Die aktuellen Auswertungen im Obsan-Bericht 09/2025¹ zeigen, dass die Lebenserwartung ohne Beeinträchtigung in Aktivitäten des täglichen Lebens bei den über 65-Jährigen zwischen den Jahren 2017 und 2022 leicht, aber statistisch nicht signifikant, zugenommen hat (Frauen von 19,6 auf 20,0 Jahre, Männer von 18,3 auf 18,4 Jahre). Dies stützt die nachfolgende Annahme einer gleichbleibenden Pflegedauer, auch wenn die gesamthafte Lebenserwartung weiterhin langsam ansteigt.

2.3 Entwicklung Pflegeangebot, Pflegeleistungen und Bedarfsprognose

2.3.1 Stationäre Langzeitpflege

Die Entwicklung des **Pflegebettenbestandes** im Kanton Aargau zeigt zwischen den Jahren 2015 und 2025 insgesamt eine moderate Zunahme um rund 14,7 %, von 6'103 auf 6'698 Pflegebetten. In den Repla ist die Veränderung unterschiedlich.

Tabelle 2: Pflegebetten 2015–2025 nach Repla

Repla	Total Bettenbestand				Veränderung 2015–2025 in %
	2015 absolut	2015 prozentual	2025 absolut	2025 prozentual	
Aarau Regio	924	15,1	979	14,0	4,0
AargauSüd Impuls	287	4,7	303	4,3	22,0
Baden Regio	1'106	18,1	1'375	19,6	5,0
Brugg Regio	435	7,1	508	7,3	12,0
Fricktal Regio	578	9,5	667	9,5	0,0
Lenzburg-Seetal	411	6,7	564	8,1	-3,0
Mutschellen-Reusstal-Kelleramt	407	6,7	519	7,4	-11,0

¹ Pahud, O., Pellegrini, S., Dorn, M., Dutoit, L. & Zufferey, J. (2025). Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Aktualisierung der Bedarfsprognosen bis 2040 mit Blick bis 2050 (Obsan Bericht 09/2025).

Repla	Total Bettenbestand				Veränderung 2015–2025 in %
	2015 absolut	2015 prozentual	2025 absolut	2025 prozentual	
Oberes Freiamt	438	7,2	446	6,4	-14,0
Suhrental	208	3,4	154	2,2	-42,0
Unteres Bünztal	348	5,7	349	5,0	0,0
Zofingenregio	689	11,3	772	11,0	3,0
Zurzibiet	272	4,5	362	5,2	18,0
Total Kanton	6'103	100,0	6'998	100,0	14,7

Quelle: Pflegeheimliste Kanton Aargau Stand 10.03.2015 und 31.10.2025.

Von den insgesamt 6'998 Langzeitpflegebetten auf der kantonalen Pflegeheimliste entfallen 6'702 Betten in 104 Betrieben auf die allgemeine Langzeitpflege, 274 Betten in 7 Betrieben auf die spezialisierte Langzeitpflege (inklusive Schwerstpflege) sowie 22 Betten in 2 Betrieben auf Pilotprojekte (Pilotprojekt "kT 55+" der Effingerhort AG: Angebot für pflegebedürftige Personen ab 55 Jahren, die ihren Alkoholkonsum kontrollieren wollen; Pilotprojekt "Flexible Pflegebetten" der Stiftung Lindenhof Oftringen: stationär finanzierte Pflegeleistungen, die so lange als möglich in den eigenen vier Wänden erbracht werden). Zusätzlich werden in 37 Betrieben weitere Pflegeangebote in Tages- und Nachtstrukturen, Inhouse Spitex, Akut- und Übergangspflege betrieben. In der nachfolgenden Tabelle 2 werden die Betten der spezialisierten Langzeitpflege näher aufgeschlüsselt.

Tabelle 3: Anzahl Pflegeheimbetten nach Art der spezialisierten Angebote nach Repla

Repla	Gerontopsychiatrie	Spezialisierte Palliative Care	Besondere Betreuungs- bedürfnisse ¹⁾
Aarau Regio	18	8	-
AargauSüd Impuls	-	-	-
Baden Regio	-	-	-
Brugg Regio	-	10	-
Fricktal Regio	15	-	-
Lenzburg-Seetal	-	-	-
Mutschellen-Reusstal-Kelleramt	94	4	49
Oberes Freiamt	50	4	-
Suhrental	-	-	-
Unteres Bünztal	-	-	-
Zofingenregio	16	6	-
Zurzibiet	-	-	-
Total Kanton	193	32	49

1) Das Angebot "Pflege von Menschen mit besonderen Betreuungsbedürfnissen" dient der spezialisierten Pflege und Betreuung von Menschen mit Beeinträchtigungen, Mehrfach- oder Schwerstbehinderungen.

Quelle: Pflegeheimliste Kanton Aargau Stand 31.10.2025.

Die **Versorgungsdichte** (Pflegebetten pro 1'000 Einwohner) unterscheidet sich in den Repla. Die Repla Oberes Freiamt weist mit 73,6 die höchste Versorgungsdichte bei den über 65-Jährigen auf, während die Repla Fricktal Regio mit 37,5 die niedrigste Versorgungsdichte verzeichnet. Das gleiche Bild zeigt sich auch bezogen auf die Altersgruppe 80+.

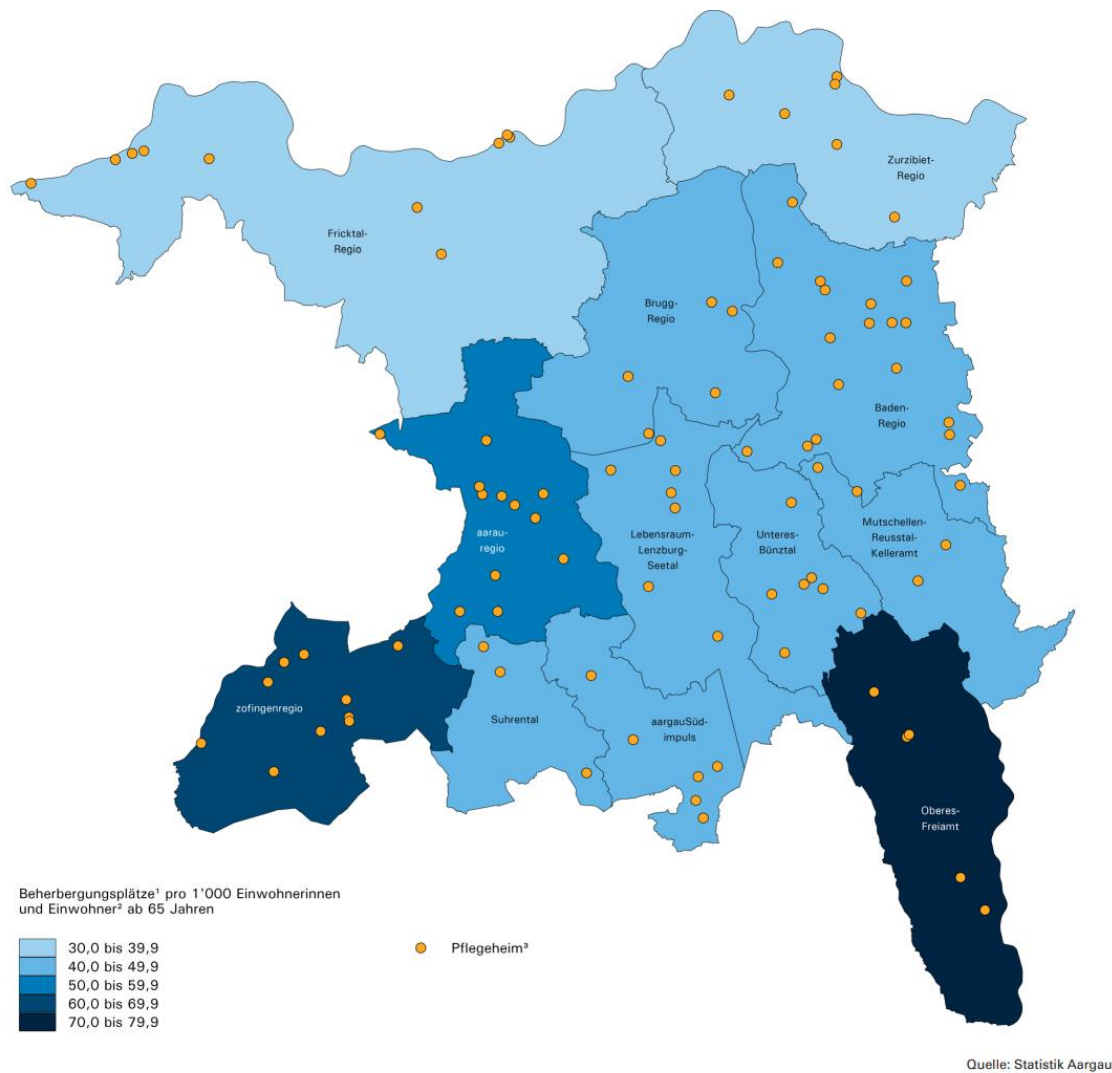
Tabelle 4: Versorgungsdichte¹⁾ von Langzeitpflegebetten für die Bevölkerungsgruppen 65+ und 80+, 2023

Repla	65+	80+	Anzahl Plätze	Dichte 65+	Dichte 80+
Aarau Regio	16'439	4'667	881	53,6	188,8
AargauSüd Impuls	7'032	1'775	347	49,3	195,5
Baden Regio	27'708	7'909	1'250	45,1	158,0
Brugg Regio	10'597	2'911	479	45,2	164,5
Fricktal Regio	16'982	4'539	636	37,5	140,1
Lenzburg Seetal	11'535	2'903	485	42,0	167,1
Mutschellen-Reusstal-Kelleramt	9'707	2'337	452	46,6	193,4
Oberes Freiamt	5'856	1'371	431	73,6	314,4
Suhrental	2'957	717	128	43,3	178,5
Unteres Büntztal	8'147	2'103	342	42,0	162,6
Zofingenregio	12'305	3'241	745	60,5	229,9
Zurzibiet Regio	7'746	1'973	313	40,4	158,6
Kanton Aargau	137'011	36'446	6'489	47,4	178,0

1) Die Versorgungsdichte beschreibt die Anzahl verfügbarer Beherbergungsplätze auf 1'000 Einwohner. Für die Versorgungsdichte ist der Standort der Institution ausschlaggebend. Somit wird die Bevölkerung einer Repla den verfügbaren Plätzen in dieser Repla gegenübergestellt. Betten gemäss Pflegeheimliste Stand Ende 2024.

Quelle: Kantonale Daten der SOMED und STATPOP des BFS, 2023; Berechnungen Statistik Aargau.

Abbildung 2: Beherbergungsplätze¹ in Alters- und Pflegeheimen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner² ab 65 Jahren nach Repla, 2024



1. Berücksichtigt sind Plätze für Lang- und Kurzaufenthalte.
2. Bevölkerungszahlen aus der kantonalen Bevölkerungsstatistik (Stand: 31.12.2024)
3. Dargestellt ist der Standort gemäss Betriebsadresse. Zusätzliche Betriebsstandorte sind nicht aufgeführt.

Die **Zahl der Klientinnen und Klienten** in Pflegeheimen erhöhte sich bis ins Jahr 2019 stetig. Im Jahr 2020 kam es zu einem deutlichen Rückgang, der im Wesentlichen auf die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zurückzuführen ist. Seit dem Jahr 2021 ist wieder ein kontinuierlicher Zuwachs zu verzeichnen, sodass Ende 2024 mit 6'630 Personen ein neuer Höchststand erreicht wurde.

Tabelle 5: Anzahl Klientinnen und Klienten in Aargauer Pflegeheimen und Durchschnittsalter 2016–2024

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Klientinnen und Klienten per 31.12.	6'105	6'216	6'349	6'440	6'065	6'149	6'405	6'477	6'630
Durchschnittliches Eintrittsalter	81,1	81,3	81,3	81,7	81,7	81,7	82,1	82,1	82,1
Durchschnittsalter	83,7	83,9	83,9	84,3	84,4	84,3	84,4	84,5	84,5

Quelle: Statistik-Aargau.

Die **Inanspruchnahmerate** der Bevölkerung ab 65 Jahren im Jahr 2023 liegt im Kanton Aargau bei 4,1 %, während der Schweizer Durchschnitt 4,9 % beträgt (Abbildung 3). In der Altersgruppe ab 80 Jahren liegt der Wert im Kanton Aargau bei 12,3 % verglichen mit 13,5 % im gesamtschweizerischen

Mittel. Innerhalb des Kantons zeigen sich bezogen auf die Repla andere regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahme als bei der Versorgungsdichte. Die höchste Inanspruchnahme liegt mit 16.7 % in der Repla Suhrental, die hinsichtlich Versorgungsdichte unterhalb des Durchschnitts liegt. Solche Unterschiede sind möglicherweise dadurch bedingt, dass die Klientinnen und Klienten Pflegeheime wählen, die in anderen Repla angesiedelt sind, respektive die Regionen der Repla decken sich teilweise nicht mit den regionalen Einzugsgebieten der stationären Langzeitpflege.

Tabelle 6: Inanspruchnahmerate¹⁾ der Bevölkerung Alter 65+ und 80+ stationärer Langzeitpflege nach Repla, 2023

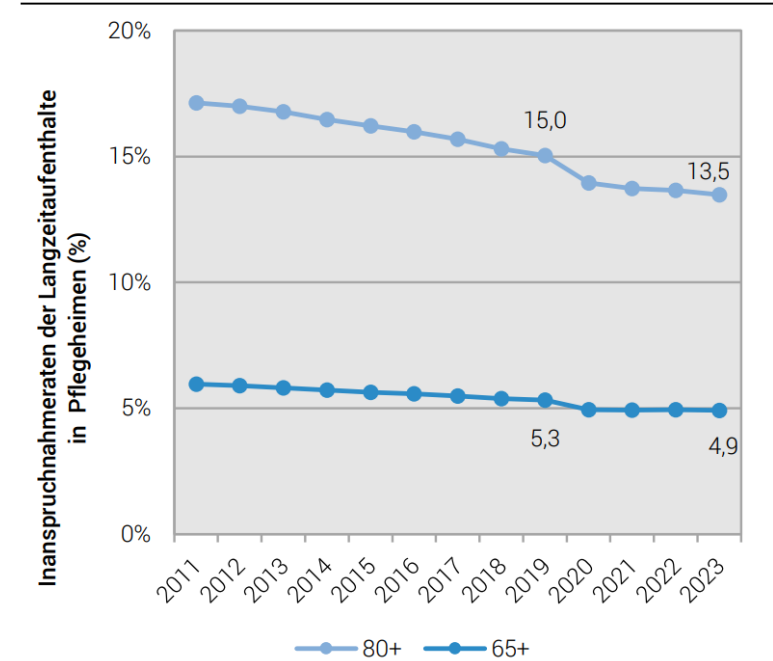
Repla	Klienten 65+	Klienten 80+	Bevölkerung 65+	Bevölkerung 80+	Rate 65+	Rate 80+
Aarau regio	713	587	16'439	4'667	4,3%	12,6%
AargauSüd impuls	323	258	7'032	1'775	4,6%	14,5%
Baden Regio	1'160	921	27'708	7'909	4,2%	11,6%
Brugg Regio	444	353	10'597	2'911	4,2%	12,1%
Fricktal Regio	638	511	16'982	4'539	3,8%	11,3%
Lenzburg Seetal	476	373	11'535	2'903	4,1%	12,8%
Mutschellen-Reusstal-Keller- amt	266	208	9'707	2'337	2,7%	8,9%
Oberes Freiamt	237	190	5'856	1'371	4,0%	13,9%
Suhrental	145	120	2'957	717	4,9%	16,7%
Unteres Bünztal	385	290	8'147	2'103	4,7%	13,8%
Zofingenregio	611	477	12'305	3'241	5,0%	14,7%
Zurzibiet Regio	277	212	7'746	1'973	3,6%	10,7%
Kanton Aargau	5'675	4'500	137'011	36'446	4,1%	12,3%

1) Für die Inanspruchnahme ist der Wohnort der Klientinnen und Klienten ausschlaggebend. Somit wird die Bevölkerung einer Repla, den Klientinnen und Klienten mit Wohnort in dieser Repla gegenübergestellt. Aufgrund von starken Fluktuationen über das Jahr, werden nur Klientinnen und Klienten berücksichtigt, die per 31.12.2023 im Pflegeheim waren. Berücksichtigt werden nur Klientinnen und Klienten, die eine gültige Wohnortsangabe (PLZ) innerhalb des Kantons Aargau haben. Dadurch fallen gewisse Beobachtungen weg.

Quelle: Kantonale Daten der SOMED und STATPOP des BFS, 2023; Berechnungen Statistik Aargau.

Das Obsan zeigt in seinem Bericht 09/2025 auf, dass im zeitlichen Verlauf die Inanspruchnahmerate der Langzeitaufenthalte in den Pflegeheimen bei den über 65-Jährigen auf nationaler Ebene seit 2011 kontinuierlich rückläufig ist, jedoch in den letzten Jahren bei den über 80-Jährigen stagniert.

Abbildung 3: Inanspruchnahmerate Langzeitaufenthalte in Pflegeheimen der Bevölkerung Alter 65+ und 80+, Schweizer Durchschnitt, 2011–2023



Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan 2025, aus Obsan Bericht 09/2025.

Parallel zur Abnahme der Inanspruchnahmerate hat sich die **Pflegeintensität** erhöht. Die durchschnittlichen täglichen Pflegeminuten haben seit 2019 von 120,5 auf 127,6 Minuten (Delta von +5,9 %) im Jahr 2023 zugenommen.

Tabelle 7: Entwicklungen Belegungsrate, Eintrittsalter, Aufenthaltsdauer und Pflegeminuten, Schweiz, 2019–2023

Indikator	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2019-2023
Belegungsrate (in %)	89.5	88.8	84.9	86.7	88.5	-1.1%
Durchschnittliches Eintrittsalter	84.9	84.9	85.0	85.2	85.1	+0.2%
Aufenthaltsdauer (in Jahren)	2.8	2.8	2.7	2.6	2.6	-7.6%
Durchschnittlichen täglichen Pflegeminuten	120.5	125.4	124.7	126.3	127.6	+5.9%

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) / Auswertung Obsan © Obsan 2025

Quelle: Obsan Bericht 09/2025.

Die durchschnittliche **Bettenauslastung** 2024 im Kanton Aargau betrug rund 90 % mit einer Streuung von 76,5 % in der Repla Suhrental bis 95,9 % in der Repla Unteres Bünztal. Rund ein Viertel (23,4 %) der heutigen Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner weist einen geringen Pflegebedarf (Pflegestufen 0–3) auf. Die regionalen Unterschiede reichen von 9,7 % in der Repla Mutschellen-Reusstal-Kelleramt bis 37,2 % in der Repla Unteres Bünztal.

Tabelle 8: Bettenauslastung und Anteile mit tiefen Pflegestufen 0–3, nach Repla, 2024

REPLA	Betten ¹⁾	PFT ²⁾ PFH ³⁾ AG	Auslastung	PFT PFS ⁴⁾ 0–3	Anteil PFS 0–3
Aarau Regio	953	316'440	90,7%	95'721	30,2%
AargauSüd Impuls	303	122'711	91,4%	33'113	32,3%
Baden Regio	1'351	427'669	86,3%	85'059	19,9%
Brugg Regio	499	162'653	89,1%	24'977	15,4%
Fricktal Regio	652	221'080	92,6%	41'779	18,9%
Lenzburg-Seetal	552	166'013	92,9%	50'914	27,3%
Mutschellen-Reusstal-Kelleramt	401	136'850	93,2%	13'342	9,7%
Oberes Freiamt	392	125'433	87,4%	34'923	27,8%
Suhrental	154	43'091	76,5%	9'202	21,4%
Unteres Bünztal	349	122'451	95,9%	45'510	37,2%
Zofingenregio	750	252'362	91,9%	51'536	20,4%
Zurzibiet	336	106'175	86,3%	29'796	28,1%
Summe Kanton	6'692	2'202'990	89,9%	515'872	23,4%

1) Betten gemäss Pflegeheimliste Stand Ende 2024.

2) Pflgetage (PFT).

3) Pflegeheime (PFH).

4) Pflegestufen (PFS).

Quelle: Daten der Clearingstelle, Abteilung Gesundheit

Für die Prognose der Bettenzahlen wird ein Richtwert verwendet, der sich aus den durchschnittlich belegten Betten (auf Grundlage der Pflgetage) im Verhältnis zur Bevölkerungsgruppe 80+ (gemäss dem Referenzszenario der Bevölkerungsentwicklung BFS) berechnet. Im Jahr 2024 lag der Wert über den ganzen Kanton bei 15,9 %. Für die Prognosen der Bettenzahlen für die Jahre 2035 und 2040 hat die Abteilung Gesundheit diesen Wert verwendet. Weil jedoch für die Personengruppe mit den Pflegestufen 0–3 grundsätzlich alternative Versorgungsformen wie betreutes Wohnen oder ambulante Angebote in Frage kommen, ist auch ein Szenario mit Korrektur bei diesen niedrigen Pflegestufen zu betrachten. Es können jedoch nicht alle Personen in diesen Pflegestufen ambulant versorgt werden, sondern es bleibt ein Sockel an Personen bestehen, die trotz keiner oder nur geringer Pflegestufe aus medizinischen oder psychologischen Gründen weiterhin stationär zu versorgen sind. Die Abteilung Gesundheit rechnet mit einer Reduktion von durchschnittlich 50 % bei den Pflegestufen 0–3 bis ins Jahr 2040 über den ganzen Kanton, womit ein Anteil der Pflegestufen 0–3 von durchschnittlich 12 % erreicht würde.

Beim Szenario mit Korrektur der niedrigen Pflegestufen beträgt die Steigerung bis im Jahr 2035 23,5 % (+1'573 Betten) gegenüber 35,2 % (+2'356 Betten) im Szenario Status quo, was eine Einsparung bei den zusätzlichen Betten von 783 ergibt. Bis im Jahr 2040 ergäbe sich eine Steigerung um 42,1 % (+2'817 Betten) gegenüber 57,9 % (+3'875 Betten) mit einer Einsparung von 1'058 Betten.

Tabelle 9: Bettenbestand 2024 und prozentuale Zunahme bis 2035/2040, Szenario Steigerung Status Quo und Szenario mit Korrektur der Pflegestufen 0-3, nach Repla

REPLA	IST-Betten 2024	Prognose Steigerung Status Quo		Prognose Steigerung nach Korrektur 0–3	
		2035	2040	2035	2040
Aarau Regio	953	22,7%	39,8%	6,7%	13,3%
AargauSüd Impuls	303	67,3%	104,3%	47,2%	68,3%
Baden Regio	1'351	22,7%	36,7%	16,4%	26,4%
Brugg Regio	499	36,1%	53,0%	33,1%	48,1%
Fricktal Regio	652	57,4%	84,9%	50,8%	73,7%
Lenzburg-Seetal	552	53,1%	83,7%	37,3%	56,2%
Mutschellen-Reusstal-Kelleramt	401	24,1%	44,4%	24,1%	44,4%
Oberes Freiamt	392	7,8%	34,9%	-8,6%	5,0%
Suhrental	154	49,3%	78,8%	41,5%	65,2%
Unteres Bünztal	349	60,9%	94,1%	35,5%	49,5%
Zofingenregio	750	31,6%	56,2%	23,5%	42,1%
Zurzibiet	336	38,9%	65,5%	24,1%	39,9%
Summe Kanton	6'692	35,2%	57,9%	23,5%	42,1%

Quelle: Berechnungen Abteilung Gesundheit

2.3.2 Spitex

Der Bereich der spitalexternen Hilfe und Pflege (Spitex) verzeichnet von 2014 bis 2024 ein anhaltendes Wachstum. Ende 2024 verfügte der Kanton Aargau über insgesamt 194 bewilligte Spitex-Organisationen, darunter 45 gemeinnützige, 79 erwerbswirtschaftliche sowie 10 Inhouse-Spitex-Organisationen. Zusätzlich waren 70 selbstständig erwerbende Pflegefachpersonen tätig. Es zeigte sich über die vergangenen Jahre eine Verschiebung von gemeinnützigen Organisationen hin zu erwerbswirtschaftlichen Betrieben, die insbesondere im Jahr 2024 eine deutliche Zunahme erfuhren. Die Anzahl Klientinnen und Klienten hat von 2014 bis 2024 um 76 % zugenommen und die verrechneten Stunden haben sich nahezu verdoppelt. Entsprechend hat auch die Anzahl Mitarbeitende um rund 70 % zugenommen und die Betriebskosten insgesamt haben sich etwas mehr als verdoppelt.

Tabelle 10: Kennzahlen Spitex im Kanton Aargau, 2014-2024

Jahr ¹⁾	Anzahl Organisatio- nen gemeinnüt- zig	Anzahl Organisatio- nen erwerbs- wirtschaftlich	Anzahl selbstständig- erwerbende Pflegefach- personen	Total Klientel	Anzahl Mitarbei- tende	Verrech- nete Stunden Total	Betriebs- kosten in Mio. Franken
2014	60	19	55	20'360	2'968	1'078'606	104,9
2015	62	21	68	25'089	3'030	1'179'059	112,8
2016	62	25	63	26'039	3'173	1'275'031	122,9
2017	61	30	72	26'881	3'466	1'386'722	134,1
2018	59	33	67	28'244	3'484	1'439'356	141,2
2019	51	39	72	29'238	3'624	1'550'527	150,7

Jahr ¹⁾	Anzahl Organisationen gemeinnützig	Anzahl Organisationen erwerbswirtschaftlich	Anzahl selbstständig-erwerbende Pflegefachpersonen	Total Klientel	Anzahl Mitarbeitende	Verrechnete Stunden Total	Betriebskosten in Mio. Franken
2020	49	42	74	28'846	3'645	1'588'235	155,7
2021	51	48	71	31'882	3'766	1'608'755	162,9
2022	48	50	64	33'080	4'003	1'686'069	174,2
2023	48	59	63	33'844	4'362	1'785'865	189,3
2024	45	79	70	35'815	5'064	2'071'967	213,7

1) Ab 2014 sind auch Betriebe erfasst, die ausschliesslich hauswirtschaftliche Dienste anbieten.

Quelle: Statistik Aargau, Spitex 2024.

Betreffend den Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 der Verordnung des EDI über die Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995 (SR 832.112.31) hat zwischen 2014 und 2024 die Zahl der Klientinnen und -Klienten der Spitex im Kanton Aargau um 96 % zugenommen (Klientinnen und Klienten werden pro Leistung einmal gezählt, es kann zu Doppelzählungen kommen). Die Zahl der Personen, die neben KLV-Leistungen auch hauswirtschaftliche und sozialbetreuerische Leistungen der Spitex erhielten, blieb jedoch relativ stabil.

Tabelle 11: Anzahl Klientinnen und Klienten der Spitex mit KLV-Leistungen im Kanton Aargau, 2014–2024

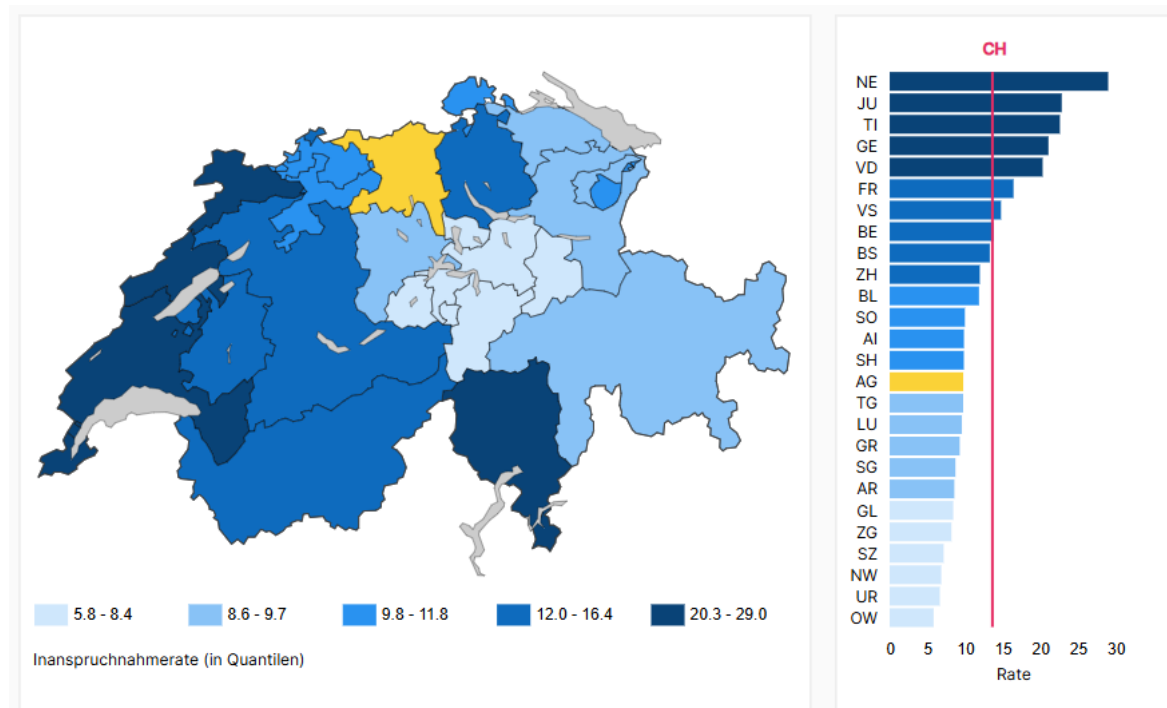
Jahr	Anzahl Klientinnen und Klienten der Spitex mit KLV-Leistungen ¹⁾		
	Total	mit Pflegeleistungen nach KLV	mit Hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen
2014	24'657	15'086	9'571
2015	29'218	19'341	9'877
2016	29'617	20'295	9'322
2017	30'603	21'035	9'568
2018	32'307	22'289	10'018
2019	33'276	22'901	10'375
2020	32'672	22'973	9'699
2021	35'572	25'678	9'894
2022	36'620	26'901	9'719
2023	37'434	27'692	9'742
2024	39'928	29'646	10'282

1) Klientinnen und Klienten werden pro Leistung einmal gezählt. Es kann zu Doppelzählungen kommen.

Quelle: Statistik Aargau, Spitex 2024

Die Inanspruchnahmerate der Bevölkerung ab 65 Jahren von Spitex-Pflege liegt im Kanton Aargau bei 9,8 %, während sie schweizweit 13,6 % beträgt. Bei der Altersgruppe ab 80 Jahren liegt der Wert im Aargau bei 21,4 % gegenüber 29,4 % im Schweizer Mittel.

Abbildung 4: Inanspruchnahmerate der Spitex-Pflege in der Schweiz, Bevölkerung ab 65 Jahren, 2023



Quelle: Obsan 2025. Inanspruchnahmerate der Spitex-Pflege. Abgerufen am 10.10.2025 von <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/inanspruchnahme-der-spitex-pflege>

Im zeitlichen Verlauf zeigt sich zwischen den Jahren 2019 und 2023 im Schweizer Durchschnitt eine Zunahme der Inanspruchnahme der Spitex-Pflege von 12,2 % auf 12,9 % bei der Altersgruppe der 65+-Jährigen und von 27,2 % auf 27,9 % bei den 80+-Jährigen.

Gemäss den Prognosen des Obsan im Bericht 09/2025 steigt im Szenario Status-Quo (gleichbleibender Anteil Pflegestufen 0–3 in Pflegeheimen) die Anzahl Klientinnen und Klienten mit Spitex-Pflege Schweizweit bis ins Jahr 2040 um +41,0 % und im Jahr 2050 auf +59,8 %. Die Leistungsstunden für die Pflege werden von 18,1 Millionen auf 25,8 Millionen Pflegestunden (+42,1 %) bis 2040 beziehungsweise auf 29,5 Millionen Stunden (+62,9 %) bis 2050 wachsen. Diese zusätzlichen +7,6 Millionen beziehungsweise +11,4 Millionen Pflegestunden würden +7'398 beziehungsweise +11'057 zusätzlichen Vollzeitäquivalenten (VZÄ) entsprechen, die zum Pflegepersonalbestand im Jahr 2023 hinzukommen müssten.²

Werden leicht pflegebedürftige Pflegeheimbewohner zukünftig zuhause (oder in einer betreuten Wohnform) versorgt, so werden mehr Spitex-Leistungen benötigt. Im Szenario Korrektur bei Pflegestufen 0–3 in Pflegeheimen würde schweizweit im Jahr 2040 fast die Hälfte (+47,6 %) mehr Klientinnen und Klienten und bis ins Jahr 2050 +67,7 % gegenüber 59,8 % im Status-Quo-Szenario betreut werden müssen. Die Pflegestunden würden im Jahr 2023 im Szenario Korrektur Pflegestufen 0–3 bis ins Jahr 2040 um +59,6 % und bis ins Jahr 2050 um +83,9 % ansteigen. Dies entspricht einer Zunahme von 28,9 Millionen Stunden im Jahr 2040 und 33,3 Millionen Stunden im Jahr 2050. Dies entspräche einem zusätzlichen Personalbestand von 28'000 VZÄ im Jahr 2040 und 32'290 im Jahr 2050.

² Es handelt sich hierbei um eine Schätzung, die auf 1031,2 jährlichen Pflegestunden pro VZÄ im Jahr 2023 basiert, ohne dabei Wegzeiten, Verwaltungsarbeiten und Haushälterisches einzubeziehen.

2.4 Kosten und Finanzierung der Pflegeleistungen

Die in Pflegeheimen ausgewiesenen Kosten pro verrechnetem Tag stiegen im Kanton Aargau zwischen 2014 und 2024 deutlich an – insbesondere die Kosten für die Pension, die von rund Fr. 114.– im Jahr 2014 auf über Fr. 151.– im Jahr 2024 (+33 %) zunahmen. Auch die Kosten für KVG-Pflegeleistungen nahmen im Trend deutlich zu. Sie stiegen im selben Zeitraum kontinuierlich von knapp Fr. 100.– auf rund Fr. 142.– pro Tag an (rund +40 %). Demgegenüber sind die Betreuungskosten im Verlauf der Jahre tendenziell gesunken. Nach dem Höchststand von Fr. 44.– pro Tag im Jahr 2014 lagen sie 2024 bei gut Fr. 31.– (-29 %) tiefer. Auch die Übrigen Kosten verringerten sich im gleichen Zeitraum von Fr. 7.– auf gut Fr. 5.– (rund -25%).

Tabelle 12: Kosten pro verrechneten Tag in Aargauer Alters- und Pflegeheimen nach Hauptkostenstelle, in Franken, 2014–2024

Jahr ¹⁾	Kosten pro verrechneten Tag (in Franken)			
	Pension	KVG-Pflege ²⁾	Betreuung	Übrige Kosten
2014	114.00	100.00	44.00	7.00
2015	117.74	110.52	42.47	6.43
2016	121.01	110.33	41.54	6.02
2017	123.01	109.47	41.22	6.33
2018	127.36	110.21	42.40	6.40
2019	134.25	114.32	38.94	5.71
2020	136.23	118.98	37.76	5.63
2021	142.94	123.77	35.27	5.22
2022	141.93	124.57	36.55	4.95
2023	147.32	133.62	31.09	5.05
2024	151.97	142.09	31.36	5.17

1) 2019: Zwei Institutionen konnten aus systemtechnischen Gründen nicht an der Erhebung teilnehmen.

2) KVG: Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Quelle: Statistik Aargau, Kantonale Daten der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), 2024.

Die gesamten Kosten der Alters- und Pflegeheime im Kanton Aargau haben sich zwischen 2014 und 2024 deutlich erhöht. Während die Gesamtausgaben im Jahr 2014 noch bei rund 569 Millionen Franken lagen, beliefen sie sich im Jahr 2024 bereits auf knapp 783 Millionen Franken, was einem Wachstum von rund 38 % entspricht.

Am stärksten tragen die Positionen Pension und KVG-Pflege zu den Gesamtkosten bei. Die Pensionskosten stiegen in diesem Zeitraum von rund 244 Millionen Franken auf über 358 Millionen Franken an. Noch markanter fiel die Entwicklung bei den Pflegekosten aus, die sich von rund 214 Millionen Franken im Jahr 2014 auf über 335 Millionen Franken im Jahr 2024 erhöhten.

Die Ausgaben für Betreuung, Therapie, ärztliche Leistungen sowie Medikamente liegen deutlich tiefer. Zwischen 2014 und 2024 gingen insbesondere die Kosten für Betreuung und Medikamente zurück, während die ärztlichen Leistungen etwas zunahmen.

Relativ stabil blieben die Kosten für Material gemäss Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) sowie für Tages- beziehungsweise Nachtstrukturen. Diese Posten schwankten im Beobachtungszeitraum leicht, machten aber im Verhältnis zu den beiden Hauptkostenblöcken nur einen kleinen Teil der Gesamtausgaben aus.

Tabelle 13: Kosten der Alters- und Pflegeheime nach Kostenarten, in Millionen Franken, 2014-2024

Jahr ¹⁾	Kosten (in Millionen Franken)								Total
	Pension	KVG-Pflege	Betreuung	Therapie	Arzt	Medikamente SL ²⁾	Material MiGeL ³⁾	Tages- oder Nachtstruktur	
2014	243,9	213,7	93,5	4,7	2,9	3,4	4,2	2,8	569,1
2015	251,2	235,8	90,6	3,2	2,9	3,5	4,1	2,9	594,2
2016	265,1	241,7	91,0	3,2	2,8	3,2	4,0	2,8	613,8
2017	273,9	243,8	91,8	3,5	3,0	3,5	4,1	3,2	626,8
2018	288,2	249,4	96,0	3,9	2,7	3,4	4,5	3,5	651,6
2019	309,3	263,4	89,7	3,9	3,0	1,6	4,6	4,8	680,3
2020	314,2	274,4	87,1	3,9	3,0	1,5	4,6	4,1	692,8
2021	311,8	270,0	76,9	3,3	3,0	0,9	4,2	3,0	673,1
2022	319,8	280,7	82,4	3,6	3,1	0,7	3,8	2,7	696,8
2023	340,9	309,2	71,9	3,5	3,5	0,7	4,0	3,1	736,8
2024	358,7	335,4	74,0	3,9	3,9	0,6	3,8	3,4	783,7

1) 2019: Zwei Institutionen konnten aus systemtechnischen Gründen nicht an der Erhebung teilnehmen.

2) SL = Spezialitätenliste

3) MiGeL = Mittel- und Gegenständeliste

Quelle: Statistik Aargau, Kantonale Daten der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), 2024.

Die Finanzierung der Alters- und Pflegeheime im Kanton Aargau zeigt zwischen 2014 und 2023 eine stabile Struktur. Den grössten Anteil machen die Pensionskosten aus und werden in der Regel von den Bewohnerinnen und Bewohnern selbst getragen (gegebenenfalls mit Unterstützung durch Ergänzungsleistungen). Betreuungskosten betreffen die soziale und alltagsnahe Unterstützung. Auch diese Ausgaben fallen überwiegend zu Lasten der Bewohner an. Die Pflegekosten werden nach der bundesrechtlichen Pflegefinanzierung (Art. 25a KVG) anteilmässig von Versicherern, Bewohnern und Gemeinden (Restfinanzierung) übernommen (siehe auch Kapitel 2.3.1).

Tabelle 14: Finanzierung der Leistungen in Aargauer Alters- und Pflegeheimen in Millionen Franken, nach Trägern, 2014-2024

Jahr ¹⁾	Finanzierung der Leistungen, in Millionen Franken						
	Pflege- taxen Gemeinden	Pflege- taxen Bewohner	Pflege- taxen Versicherer	Betreu- ungstaxen	Pensions- taxen	Defizit	Übrige Erträge
2014	50,0	36,7	111,9	89,7	259,6	17,8	3,4
2015	61,3	39,2	109,1	95,8	263,5	24,0	1,3
2016	67,0	39,9	111,1	98,9	273,8	21,8	1,1
2017	72,3	41,4	114,2	102,4	278,0	15,5	3,1
2018	75,6	42,6	114,8	105,7	289,2	20,5	3,2
2019	87,6	44,1	123,4	107,9	298,2	15,2	3,8
2020	88,6	47,4	132,6	107,8	299,5	13,8	3,2
2021	87,7	45,0	125,7	101,7	285,4	24,9	2,8
2022	100,4	47,3	131,5	106,7	298,9	8,1	3,8
2023	112,0	48,9	137,3	112,8	320,5	1,4	3,9
2024	136,0	50,0	143,9	116,7	332,9	0,5	3,7

1) 2019: Zwei Institutionen konnten aus systemtechnischen Gründen nicht an der Erhebung teilnehmen.

Quelle: Statistik Aargau, Kantonale Daten der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), 2024.

Bei der Finanzierung der Spitex-Leistungen haben die Erträge der KLV-Leistungen im Kanton Aargau zwischen 2014 und 2024 von rund 50 Millionen Franken im Jahr 2014 auf über 168 Millionen Franken im Jahr 2024 zugenommen. Auch die Einnahmen aus hauswirtschaftlichen Leistungen und weiteren Spitex-Diensten haben zugenommen, wenn auch in kleinerem Umfang.

Tabelle 15: Finanzierung der Spitex-Leistungen, in Franken 2014–2024

Jahr	Finanzierung (in Millionen Franken)						Defizit ¹⁾
	Erträge aus KLV-Leistungen	Erträge aus hauswirtschaftlichen Leistungen	Erträge aus Mahlzeiterdienst	Erträge aus weiteren Spitex-Leistungen	Beiträge öffentliche Hand	Übrige Einnahmen	
2014	50,2	13,4	2,0	1,5	32,1	4,9	0,7
2015	56,7	13,8	2,0	1,9	33,9	4,0	0,4
2016	62,4	13,9	2,1	2,7	35,4	4,1	2,4
2017	67,9	15,9	2,1	2,8	37,9	5,0	2,5
2018	74,3	16,5	2,2	2,9	39,4	3,9	1,9
2019	79,9	17,5	2,3	3,8	43,5	4,4	-0,8
2020	91,0	15,4	2,4	3,3	39,6	3,8	0,2
2021	112,1	15,2	2,1	3,7	26,0	3,4	0,3
2022	128,4	14,5	2,2	3,8	18,6	5,2	1,6
2023	143,2	14,9	2,2	5,3	17,3	6,7	-0,2
2024	168,6	17,1	2,8	5,2	17,8	6,4	-4,1

1) Positive Werte entsprechen einem Defizit, ein negativer Wert einem Gewinn.

Quelle: Statistik Aargau, Spitex 2024.

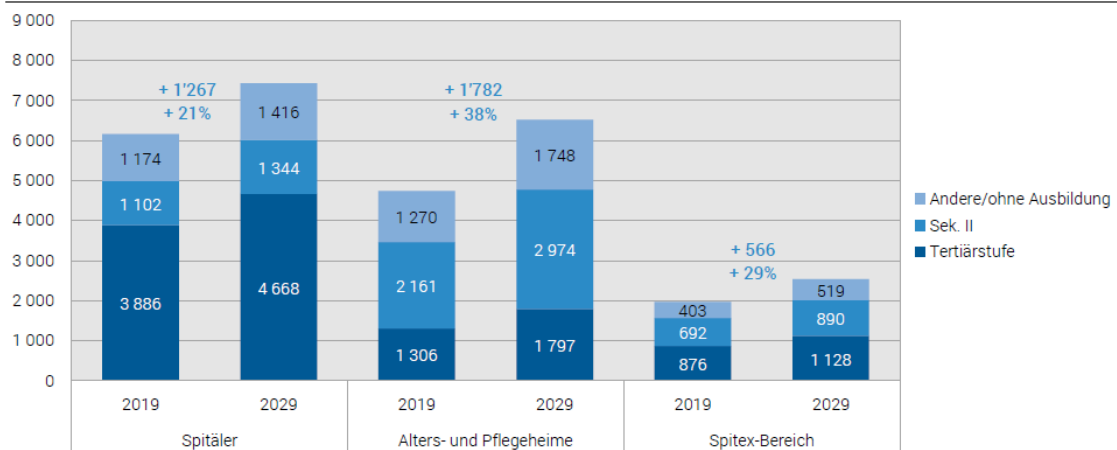
2.5 Entwicklung und Prognose Fachkräfte

Die nachfolgenden Daten stammen aus dem Bericht "Pflege- und Betreuungspersonal im Kanton Aargau – Bestand und Entwicklung, Angebot und Bedarf" des Obsan aus dem Jahr 2022, den es im Auftrag des Kantons Aargau erstellt hat. Die Abteilung Gesundheit plant, im Jahr 2026 vom Obsan einen aktualisierten Bericht erstellen zu lassen.

Zwischen 2012 und 2019 ist der Personalbestand in den Aargauer Gesundheitsinstitutionen von 9'686 auf 12'870 Beschäftigte (+33 %) gestiegen. Der Zuwachs verteilte sich unterschiedlich nach den Institutionstypen: Spitäler +33 % (1'539 Personen), Pflegeheime +19 % (747 Personen), Spitex +87 % (917 Personen).

Bis im Jahr 2029 wird für die Spitäler eine Zunahme des Personalbestands um +21 % (1'267 Personen), für die Alters- und Pflegeheime um +38 % (1'782 Personen) und im Spitex-Bereich um +29 % (566 Personen) prognostiziert.

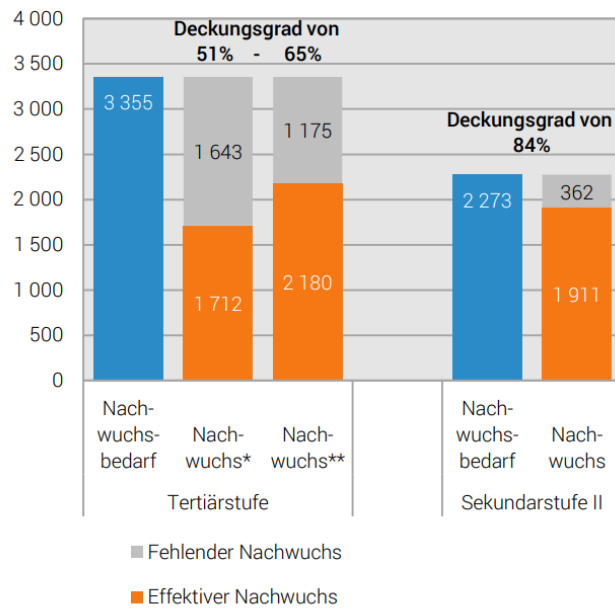
G 1.5 Personalbestand im Pflege- und Betreuungsbereich 2019 und Prognosen bis 2029 (Referenzszenario), nach Ausbildungsniveau und Institutionstyp (Basis: Anzahl Beschäftigte), Kanton Aargau



Quellen: BFS – Krankenhausstatistik (KS), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) und Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX)
© Obsan 2022

Gemäss den für das Referenzszenario gewählten Modalitäten beläuft sich der Nachwuchsbedarf an Pflegefachpersonen der Tertiärstufe bis 2029 auf 3'355 Personen. Beim Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II beläuft sich der geschätzte Bedarf bis im Jahr 2029 auf 2'273 Personen, wobei die vorzeitigen Berufsaustritte – also auch Übertritte in eine weitere Ausbildung auf Tertiärstufe – in dieser Zahl nicht enthalten sind. Das Angebot an tatsächlich verfügbarem Nachwuchs beläuft sich bis im Jahr 2029 auf 1'712 Pflegefachpersonen der Tertiärstufe, die im Aargau ausgebildet werden beziehungsweise auf 2'180 Personen, die im Aargau ihren Wohnsitz haben. Dies bedeutet, dass dem Kanton Aargau – ohne Massnahmen zur Erhöhung der Anzahl Abschlüsse auf Tertiärstufe – bis im Jahr 2029 1'643 (Ausbildungsort Kanton Aargau, Deckungsgrad 51 %) respektive 1'175 (Wohnort Kanton Aargau, Deckungsgrad 65 %) diplomierte Pflegefachpersonen fehlen. Auf Sekundarstufe II liegt das Nachwuchsangebot gemäss Referenzszenario bei 1'911 Pflege- und Betreuungspersonen und die Differenz zum Nachwuchsbedarf entsprechend bei 362 Pflege- und Betreuungspersonen (Deckungsgrad 84 %).

Abbildung 6: Nachwuchsbedarf und verfügbarer Nachwuchs ab 2019 bis 2029, Kanton Aargau, nach Ausbildungsniveau



Anmerkungen: *Ausbildungsort Kanton Aargau; **Wohnort Kanton Aargau
Quelle: Prognosemodell Obsan (vgl. Kapitel 7 und 8) © Obsan 2022

3. Aktuelle Regelungen im Kanton Aargau mit Bezug zu Versorgungsregionen

3.1 Zuständigkeiten Kanton

Im Pflegegesetz ist die Aufgabenteilung zwischen dem Kanton und den Gemeinden in Bezug auf die Planung, Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege ambulant und stationär geregelt.

3.1.1 Pflegeheimkonzeption, Pflegeheimliste

Gemäss § 4 PflG erlässt der Regierungsrat die Pflegeheimkonzeption. Sie umfasst die folgenden Punkte:

- Leistungsaufträge gemäss den KVG-Vorgaben,
- Richtwerte, die den Gemeinden für die Planung und Sicherstellung eines bedarfsgerechten Angebots im Bereich der stationären Langzeitpflege als Hilfestellung dienen (Ist-Zustand und Prognosen; nach Anhörung der Gemeinden) sowie
- Ausführungen über die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern für besondere Angebote sowie zur Nutzung von Synergien.

Die Bedarfsprognosen werden von der Abteilung Gesundheit jährlich überarbeitet.

Gemäss § 11 PflV erteilt das Departement Gesundheit und Soziales die Leistungsaufträge für spezialisierte Angebote im Rahmen der vom Regierungsrat genehmigten Pflegeheimkonzeption, namentlich für Akut- und Übergangspflege, Gerontopsychiatrie, die Pflege von Schwerstpflegebedürftigen, die Pflege von jüngeren Personen oder spezialisierte Palliative Care.

Gemäss Art. 39 KVG sind die Kantone verpflichtet, eine Planung für eine bedarfsgerechte stationäre Pflegeversorgung durchzuführen. Die auf der Planungsliste geführten Institutionen sind berechtigt, ihre Pflegeleistungen zulasten der OKP abzurechnen. Die Kriterien für die Planung von Pflegeheimen sind in Art. 58a–58d der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 (SR 832.102) festgelegt. Nach § 15 PflV erlässt das Departement Gesundheit und Soziales die Pflegeheimliste im Rahmen der vom Regierungsrat erstellten Pflegeheimkonzeption. Die Gesuche von

Pflegeeinrichtungen zur Aufnahme auf die Pflegeheimliste werden der Standortgemeinde und der zuständigen Repla zur Stellungnahme hinsichtlich der Bedarfssituation unterbreitet (§ 5 PflG, § 14 PflV). Das Departement Gesundheit und Soziales erstattet jährlich dem Regierungsrat Bericht über die Änderungen der Pflegeheimliste.

Der Betrieb von Ferienbetten ist dem Departement Gesundheit und Soziales vor der Inbetriebnahme zu melden (§ 17 PflV).

Gemäss § 7 PflV unterhält das Departement Gesundheit und Soziales im Zusammenhang mit dem Gesuchs- und Bewilligungsverfahren eine Informations- und Beratungsplattform, die insbesondere Trägerschaften, Institutionen und Planer bei Fragen zur geforderten Infrastruktur oder bei der Planung von Um- und Neubauten unterstützt (siehe auch Anhang 1 PflV). Die Gemeinden konnten bisher beim Kanton auf Anfrage Zahlen zur demografischen Entwicklung anfordern. Ab zweitem Quartal 2026 wird die Sektion Langzeitversorgung in Zusammenarbeit mit der Fachstelle Alter und Familie sowie Statistik Aargau jährlich alle Gemeinden³ mit den wichtigsten demografischen Kennzahlen beliefern. Nebst den Kennzahlen zur eigenen Gemeinde enthält die Datei auch jene von sämtlichen angrenzenden Gemeinden, unabhängig davon, welcher Repla sie zugeordnet sind.

3.1.2 Spitexleitbild

Gemäss § 4 PflG erlässt der Regierungsrat das Spitex-Leitbild. Dieses enthält Ausführungen über die Koordination der Leistungen, zum Angebot und zur Qualität im Bereich Hilfe und Pflege zu Hause.

3.1.3 Qualitätssicherung

Die Leistungserbringer sind für die Qualitätssicherung grundsätzlich selbst verantwortlich. Auf nationaler Ebene erhebt und veröffentlicht das Bundesamt für Gesundheit Qualitätsindikatoren. Auf kantonaler Ebene ist die Qualitätssicherung in § 37 PflV geregelt. Das Departement Gesundheit und Soziales setzt für den ambulanten und stationären Bereich eine Steuerungsgruppe mit Vertretungen der Leistungserbringer sowie des Kantons ein. Die Leistungserbringer reichen dem Departement Gesundheit und Soziales jährlich ein Qualitäts-Reporting ein. Die ambulanten und stationären Leistungserbringer müssen sich gemäss Vorgabe der Steuerungsgruppe extern auditieren lassen. Mittels Audits wird überprüft, ob die Vorgaben gemäss dem Qualitäts-Reporting in der betroffenen Organisation eingehalten und umgesetzt werden.

3.1.4 Forum für Altersfragen

Gemäss § 8 PflG bildet das Departement Gesundheit und Soziales ein Forum für Altersfragen. Dieses setzt sich zusammen aus Vertretungen des Kantons, der Gemeinden, Leistungserbringern und weiteren Fachleuten der Langzeitpflege. Es berät das Departement Gesundheit und Soziales in strategischen Fragen der Langzeitpflege, dient der gegenseitigen Information sowie auch der Erarbeitung von Vorschlägen zur verstärkten Vernetzung, Koordination und Synergienutzung der Angebote der Langzeitversorgung.

3.1.5 Fachstelle Alter und Familie

Die Fachstelle Alter und Familie (FAF) unterstützt Gemeinden und Organisationen bei der Umsetzung ihrer Familien- und Alterspolitik. Die Dienstleistungen der FAF beinhalten zum Beispiel ein kostenloses Standortgespräch für Gemeinden, Handbücher, digitale Bildungsmodule, Veranstaltungen und das Aargauer Netzwerk Alter. Die FAF führt das Sekretariat des Forums für Altersfragen (siehe Kapitel 2.1.4).

³ Alle Gemeinden ab 950 Einwohnerinnen und Einwohner.

3.1.6 Ombudsstelle

Gemäss § 9 PflG sorgt der Kanton für die Errichtung einer Ombudsstelle. Sie dient als Anlauf- und Vermittlungsstelle bei Differenzen zwischen Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezügern und den Leistungserbringern. Der Verein Patientenstelle Aargau Solothurn führt im Auftrag des Kantons Aargau die Ombudsstelle.

3.1.7 Freiwilligenarbeit

Gemäss § 10 PflG sorgt der Kanton für die Anerkennung und Förderung der Freiwilligenarbeit. Er kann Projekte im Bereich der Freiwilligenarbeit fördern und unterstützen. Zudem entspricht die Förderung der Freiwilligenarbeit der Strategie "Soziale Vernetzung und gesellschaftliche Teilhabe fördern" der Sozialpolitischen Planung. Der Kanton Aargau hat benevol Aargau beauftragt, eine Fach- und Vermittlungsstelle zu betreiben. Eine finanzielle Unterstützung einzelner Projekte kann über den Swisslos-Fonds erfolgen, sofern sie die Kriterien der Verordnung über die Verwendung der Mittel des Swisslos-Fonds (Swisslos-Fonds-Verordnung, SLFV) vom 13. September 1999 (SAR 611.115) erfüllen.

3.2 Zuständigkeiten Gemeinden

3.2.1 Planung und Sicherstellung Pflegeangebot

Gemäss § 11 PflG sind die Gemeinden für die Planung und Sicherstellung eines bedarfsgerechten und qualitativ guten Angebots der ambulanten und stationären Langzeitpflege zuständig, wobei sie sich an der Pflegeheimkonzeption und dem Spitex-Leitbild des Regierungsrats orientieren. Das Angebot umfasst insbesondere die Hilfe und Pflege zu Hause, Grundversorgung Palliative Care, stationäre Pflege, sowie Dienstleistungen im Bereich Information, Beratung und Vermittlung. Gemäss § 12b PflG schliessen Gemeinden mit Leistungserbringern Leistungsvereinbarungen zur Sicherstellung des Mindestangebots für die Pflege zu Hause ab.

Gemäss § 16 PflV gehört jede Gemeinde für die Bedarfsberechnung und die Angebotsplanung im stationären Langzeitbereich einer Repla an. Gemäss § 13 Abs. 3 PflV können sich die Repla zu einer Versorgungsregion zusammenschliessen.

3.2.2 Anlauf- und Beratungsstellen

Die Gemeinden sind in § 18 PflG verpflichtet, eine regionale Anlauf- und Beratungsstelle zu bestimmen und deren finanzielle Abgeltung zu regeln. Diese Stellen informieren betagte Personen und ihre Angehörigen über vorhandene Angebote, beraten bei individuellen Fragestellungen und vermitteln die benötigten Dienstleistungen. Die Gemeinden setzen diese Vorgabe mit den untenstehend dargestellten Formen oder einer Kombination verschiedener Angebote um.

a) Verträge mit Pro Senectute Aargau

Die Mehrheit der Gemeinden (157 von insgesamt 197 im Jahr 2024) hat zur Umsetzung der Vorgabe einen Vertrag mit Pro Senectute Aargau abgeschlossen. Die Dienste der von Pro Senectute Aargau betriebenen Anlauf- und Beratungsstelle sind für die inanspruchnehmenden Personen kostenlos. Die Kosten für die Gemeinden betragen pro Einwohner über 65 Jahren rund Fr. 1.-/Jahr.

Die durch die Pro Senectute Aargau im Auftrag der Gemeinden betriebene Anlauf- und Beratungsstelle erbringt unabhängig von ihren eigenen Angeboten folgende Leistungen:

- Entgegennahme von Anfragen
- Direkte Beantwortung von einfacheren Anfragen
- Triage zu zuständigen Organisationen/Institutionen wie insbesondere Spitex, Fahrdienste, Mahlzeitendienste, Alzheimer Aargau, Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) Aargau oder Pro Senectute

Die älteren Menschen respektive ihre Angehörigen können sich telefonisch (0848 40 80 80), per E-Mail (beratung@info-ag.ch) oder persönlich (11 Standorte) an die Anlauf- und Beratungsstellen wenden. Die angeschlossenen Gemeinden informieren über die Anlauf- und Beratungsstelle über ihre Kanäle (Webseite, Gemeindebulletins, Flyer etc.).

b) Fachstellen der Gemeinden

Die folgenden Gemeinden und Regionen betreiben eigene Fachstellen: Aarau, Baden, Gränichen, Küttigen, Rheinfelden, Suhr, Unterentfelden, Wettingen und Zofingen, Fricktal, Gesundheit Region Aarau (GERA), impuls Zusammenleben aargauSüd, Region Brugg. Die Angebote sind für die inanspruchnehmenden Personen kostenlos. Die Angebote der kommunalen oder regionalen Fachstellen sind unterschiedlich. Sie übernehmen beispielsweise folgende Aufgaben für ältere Menschen und deren Angehörige sowie Bezugspersonen:

- Information und Öffentlichkeitsarbeit:
Über verschiedene Informationskanäle wie beispielsweise Webseite, Flyer, Vorträge, Kampagnen, Social Media
- Beratung:
Individuelle, neutrale Beratung via Telefon, vor Ort, aufsuchend zu Hause oder sozialraumorientiert bei Fragen rund um Alter, Gesundheit, Prävention, Soziales, Alltagsbewältigung und zum Aufbau eines Betreuungs- und Versorgungsnetzes.
- Netzwerkaufbau und Netzwerkpflege:
Aufbau und Pflege von Netzwerken der lokalen Akteure im Bereich Alter (Pflege-, Betreuungs- und Hilfsangebote, Freiwilligenarbeit), Förderung von Kooperationen, Identifikation von Versorgungslücken.
- Unterstützung der Gemeinden in strategischer Altersarbeit.

c) weitere Anlaufstellen der Gemeinden

Gewisse Gemeinden übernehmen die Aufgaben im Rahmen der Gemeindeverwaltung, beispielsweise über die Sozialen Dienste oder die Gemeindekanzlei.

3.3 Finanzierung

3.3.1 Pflegekosten

Die von den Krankenversicherern im Rahmen der OKP übernommenen Beiträge an die Pflegeleistungen werden vom Eidgenössischen Departement des Innern in Art. 7a der KLV) festgelegt. Gemäss § 12a PflG tragen die Gemeinden die Restkosten im Rahmen der Pflegefinanzierung nach KVG.

Gemäss § 14a PflG legt der Regierungsrat in einer kantonalen Tarifordnung die Normkosten für die stationäre Pflege fest, nach denen die Restkosten bestimmt werden (Anhang 2 der PflV). Die Berechnung der Tarife erfolgt über einen Ansatz pro Pflegestunde.

Für Spitex-Organisationen ohne Leistungsvereinbarung mit einer Gemeinde sowie selbständige Pflegefachpersonen legt der Regierungsrat die Normkosten in der kantonalen Tarifordnung (Anhang 3 PflV) fest. Die Finanzierung der Spitex-Organisationen mit Leistungsvereinbarung mit einer Gemeinde ist in der jeweiligen Leistungsvereinbarung geregelt.

Die Restkostenfinanzierung für Schwerstpflegebedürftige im Sinne von § 12 Abs. 1 PflV wird auf alle Gemeinden des Kantons nach Einwohnerzahl verteilt.

3.3.2 Clearingstelle

Gemäss § 14c PflG führt der Kanton eine Clearingstelle (CS). Sie stellt den Zahlungsverkehr zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen, den Spitex-Organisationen ohne Leistungsvereinbarung sowie den selbständigen Pflegefachpersonen und den zivilrechtlichen Wohnsitzgemeinden sicher. Die CS vergütet den Leistungserbringern die Restkosten gemäss deren Rechnungstellung nach entsprechender Kontrolle und verrechnet die Restkosten den zuständigen Gemeinden weiter. Die Kosten des administrativen Betriebs der CS werden auf die Gemeinden nach Einwohnerzahl verteilt.

3.3.3 Kosten für Betreuung und Hotellerie im Pflegeheim

Die Kosten für die Pension (Hotellerie) sowie für nicht KVG-pflichtige Pflege- und Betreuungsleistungen in Pflegeheimen sind grundsätzlich durch die Bewohner selbst zu tragen. Bei Personen, welche diese Kosten nicht aus eigenen Mitteln finanzieren können, beteiligt sich der Kanton im Rahmen der Ergänzungsleistungen (§ 14b Abs. 2 PflG).

3.3.4 Kosten für Betreuung und hauswirtschaftliche Leistungen zu Hause

Die Kosten für die Hilfe und Betreuung zu Hause sind grundsätzlich durch die betroffenen Personen zu tragen. Die Gemeinden können sich an den Kosten beteiligen (§ 12d PflG). Eine solche Beteiligung ist in der jeweiligen Leistungsvereinbarung mit der Spitex-Organisation fixiert. Durch die Leistungen Dritter, wie freiwillige Zusatzversicherungen, Hilfenenentschädigung oder Ergänzungsleistungen, können die individuell zu tragenden Kosten gesenkt werden.

3.3.5 Hilfenenentschädigung

Personen die eine Altersrente (AHV) oder Ergänzungsleistungen beziehen, können eine Hilfenenentschädigung der AHV geltend machen. Hilfen sind Personen, die für alltägliche Lebensverrichtungen (zum Beispiel Ankleiden, Körperpflege, Essen) dauernd auf Hilfe angewiesen sind oder dauernder Pflege oder persönlicher Überwachung bedürfen. Als Voraussetzung für den Erhalt von Hilfenenentschädigung gilt allein der Grad der Hilfenlosigkeit, unabhängig von Einkommen und Vermögen. Die Hilfenenentschädigung wird über die Gelder der AHV finanziert.

3.3.6 Ergänzungsleistungen

Wenn das Einkommen und die AHV- oder IV-Rente nicht ausreichen, um die notwendigen Lebenshaltungskosten zu decken, besteht ein Anspruch auf Ergänzungsleistungen. Sie bestehen einerseits aus den jährlichen Leistungen (Anteil der anerkannten Ausgaben, der die anrechenbaren Einnahmen übersteigt) und andererseits aus Entschädigungen für Krankheits- und Behinderungskosten. Die jährlichen Ergänzungsleistungen werden zu 5/8 durch den Bund und 3/8 durch den Kanton finanziert. Die nicht über Sozialversicherungen gedeckten Krankheits- und Behinderungskosten werden vom Kanton finanziert.

3.3.7 Kantonale Beiträge an Organisationen

Der Kanton beabsichtigt zukünftig, Organisationen, die Entlastungsdienste für Menschen im Alter mit Beeinträchtigung oder betreuende Angehörige anbieten, finanziell zu unterstützen. Mit der Zunahme der älteren Bevölkerung und dem gewünschten längeren Verbleib im Privathaushalt, nimmt die Bedeutung dieser Entlastungsangebote laufend zu. Im Jahr 2026 wird der Kanton erstmals eine entsprechende Institution finanziell unterstützen, weitere Organisationen werden voraussichtlich folgen.

4. Stand Versorgungsregionen in den Nachbarkantonen

In der Folge werden Informationen zum Stand von Aktivitäten mit Bezug zu Versorgungsregionen im Bereich der Pflegeversorgung in den Nachbarkantonen dargelegt.

4.1 Versorgungsregionen Kanton Basel-Landschaft

Das 2018 in Kraft getretene Altersbetreuungs- und Pflegegesetz (APG) vom 16. November 2017 (SGS 941) beinhaltet die Bildung von Versorgungsregionen für die Angebote der Betreuung und Pflege. Damit wurden die Gemeinden verpflichtet, sich innerhalb von drei Jahren ab Inkrafttreten des Gesetzes zu Versorgungsregionen zusammenzuschliessen. Können sie sich nicht einigen, so entscheidet der Regierungsrat.

4.1.1 Organisation der Versorgungsregionen

Rund 300'000 Einwohner verteilen sich im Kanton Basel-Landschaft auf 86 Gemeinden. In elf Gemeinden leben mehr als 10'000 Einwohner, neun von ihnen liegen im unteren Kantonsteil. Im oberen Kantonsteil sind alle 35 Gemeinden mit weniger als 1'000 Einwohnern zu finden. Die Kantonsteile unterscheiden sich auch in wirtschaftlichen und strukturellen Aspekten.

Die Gemeinden haben sich in zehn Versorgungsregionen zusammengeschlossen. Fünf Regionen haben über 30'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Drei Regionen haben zwischen 15'000 und 30'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die kleinste Region hat knapp 3'400 Einwohnerinnen und Einwohner.

§ 34 des Gesetzes über die Organisation und die Verwaltung der Gemeinden (Gemeindegesetz, GemG) vom 28. Mai 1970 (SGS 180) sieht verschiedene Formen vor, wie die Gemeinden sich für die gemeinsame Aufgabenerfüllung zusammenschliessen. Eine Versorgungsregion hat eine Kommission⁴ eingesetzt, zwei Versorgungsregionen haben die Vertragslösung⁵ gewählt und sieben Versorgungsregionen haben sich in Form eines Zweckverbandes⁶ organisiert.

Kommission:

Die Geschäftsführung und das Präsidium wird im Turnus von einer Vertragsgemeinde wahrgenommen (weil die Kommission keine eigene Rechtspersönlichkeit besitzt, kann sie kein Personal anstellen). Die Kommission ist zuständig für die Planung und Sicherstellung der Pflegeangebote in den Vertragsgemeinden. Sie kann Leistungsvereinbarungen mit Leistungserbringern abschliessen. Die Vertragsgemeinden können eigene Leistungsvereinbarungen für Dienstleistungen abschliessen, die nicht im Versorgungskonzept geregelt sind.

Vertrag:

Die Versorgungsregionen haben als Entscheidorgan eine Delegiertenversammlung vereinbart. Eine Leitgemeinde erstellt das Budget, das von der Delegiertenversammlung genehmigt wird und führt die Rechnung (weil mit einem Vertrag keine eigene Rechtspersönlichkeit begründet wird, kann die Versorgungsregion kein Personal anstellen). Die Geschäfts- und Rechnungsprüfungskommission der Leitgemeinde amtiert auch als Prüfungskommission für die Versorgungsregion. Budget, Rechnung, Versorgungskonzept und Leistungsvereinbarungen werden den Gemeinden zur Vernehmlassung zugestellt.

Zweckverband:

Der Zweckverband hat eine eigene Rechtspersönlichkeit. Er kann Verträge abschliessen, Personal anstellen, gemeinsame Planungen erstellen und umsetzen. Die Statuten des Zweckverbandes enthalten alle grundlegenden und wichtigen Bestimmungen. Die Statuten und ihre Änderungen bedürfen der Genehmigung der Gemeindeversammlungen aller beteiligten Gemeinden. Das fakultative Referendum bleibt vorbehalten. Die Organe eines Zweckverbandes sind die Delegiertenversammlung, die

⁴ Die Form der Kommission hat die Versorgungsregion Alters- und Pflegeregion Liestal gewählt.

⁵ Für eine Vertragslösung haben sich die Versorgungsregionen Farnsberg plus und Oberes Homburgertal entschieden.

⁶ Die folgenden Versorgungsregionen BL sind in einem Zweckverband organisiert: Allschwil, Binningen und Schönenberg (ABS), BPA Leimental, APG Rheintal, Alter Birstal, APG Laufental, Oberbaselbiet, Waldenburgertal plus VRWB+.

Geschäfts- und Rechnungsprüfungskommission sowie teilweise auch ein Vorstand. Die Delegiertenversammlung wählt den Vorstand und genehmigt oder beschliesst das Budget, die Versorgungsplanung und die Leistungsverträge.

4.1.2 Aufgaben der Versorgungsregionen

Zu den gesetzlich festgelegten Aufgaben der Versorgungsregionen gehört die Erstellung eines Versorgungskonzepts (§ 20 APG; ambulant, intermediäres und stationäres Betreuungs- und Pflegeangebot inklusive Palliative Care und Demenz). Gemäss § 30 APG fördern die Versorgungsregionen Angebote für betreutes Wohnen. Das Amt für Daten und Statistik des Kantons Basel-Landschaft erstellt einen geschätzten Bedarf an stationären Pflegeplätzen mit Prognose der Korridore pro Versorgungsregion. Die Versorgungsregionen schliessen mit den Leistungserbringern, deren Angebote gemäss Versorgungskonzept erforderlich sind, Leistungsvereinbarungen ab (§ 21 APG). In der Leistungsvereinbarung wird auch festgelegt, ab welchem Pflegebedarf die Aufnahme in ein Pflegeheim in der Regel möglich ist. Weiter betreiben die Gemeinden einer Versorgungsregion zusammen eine Informations-, Beratungs- und Bedarfsabklärungsstelle (IBS/BBS) zu Fragen der Betreuung und Pflege im Alter sowie Bedarfsabklärung (insbesondere vor einem Ersteintritt in ein Pflegeheim) oder beauftragen eine Institution mit der Führung einer solchen Stelle (§ 15 APG; siehe auch Kapitel 5.1). Für die Bedarfsabklärung haben die Versorgungsregionen teilweise unabhängige Stellen sowie auch Spitexorganisationen beauftragt. Auch sind die Gemeinden zuständig für den Betrieb einer zentralen Ombudsstelle für Altersfragen und Spitex.

4.1.3 Finanzierung der Versorgungsregionen

Die Versorgungsregionen finanzieren die Geschäftstätigkeit über auf die Anzahl Einwohner bezogene Abgaben und teilweise auch mit einem Sockelbeitrag pro Gemeinde. Investitionen werden anteilmässig zur Einwohnerzahl durch die Gemeinden finanziert. Bei den beiden Versorgungsregionen mit Vertragslösung werden die Kosten der IBS und BBS der für die leistungsbeziehenden Person zuständigen Vertragsgemeinde verrechnet. Bei den Versorgungsregionen mit Zweckverband sind die Kosten der IBS und BBS Teil des Verbandsbudgets.

Die Restfinanzierung der Pflege wird durch die Wohngemeinde der Klientin oder des Klienten geleistet. Bis im Jahr 2023 hat der Regierungsrat über alle Pflegeheime einheitliche Pflegenormkosten festgelegt. Dies wurde mit der Teilrevision des Ergänzungsgesetzes KVG im Jahr 2023 geändert, so dass seit 2024 die Versorgungsregionen, die mit den Pflegeheimen in ihrem Hoheitsgebiet eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen haben, für die Festlegung der Pflegerestkosten zuständig sind. Übersteigt der Pflegebedarf einer Bewohnerin oder eines Bewohners vier Stunden, und damit die Pflegestufe 12, übernimmt der Kanton auf Antrag die Mehrkosten. Das Pflegeheim muss den erhöhten Pflegebedarf durch das Amt für Gesundheit überprüfen lassen.⁷

Weiter beteiligt sich der Kanton mit Beiträgen an den Kosten von überregionalen ambulanten und intermediären Spezialangeboten, sofern das Angebot für die Versorgung notwendig ist. Die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion schliesst Leistungsvereinbarungen mit entsprechenden Leistungserbringern ab und berücksichtigt dabei insbesondere Angebote für Kinder sowie für Onkologiepatientinnen und -patienten (§ 26 APG).

4.1.4 Aufgaben des Kantons

Der Regierungsrat erlässt die Pflegeheimliste. Alters- und Pflegeheime, welche mit einer Gemeinde oder einer Versorgungsregion eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen haben und über eine Betriebsbewilligung der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion (VGD) verfügen, werden auf die kantonale Pflegeheimliste aufgenommen (§ 34 Abs. 2 a und b APG).

⁷ www.baselland.ch > Organisation > Direktionen > Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion > Amt für Gesundheit > Alter > Pflegefinanzierung > [Die Grundlagen der Pflegefinanzierung.pdf](#).

4.2 Versorgungsregionen Kanton Bern

Gemäss Art. 25 des Gesetzes über die sozialen Leistungsangebote (SLG) vom 9. März 2021 (BSG 860.2) ist die Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI) für die Bereitstellung der erforderlichen Leistungsangebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf im Kanton Bern zuständig. Laut Art. 26 SLG umfasst dies insbesondere die Bereiche Beratungs- und Informationsstellen für Betroffene sowie deren Angehörige, Gesundheitsförderung und Prävention, Pflege, Betreuung und Hilfe zu Hause (Spitex), Tagesstätten und Pflegeheime. Die GSI ist für die Finanzierung zuständig.

Die "Strategie für Agglomerationen und Regionale Zusammenarbeit" (SARZ) ist im Kanton Bern seit 20 Jahren etabliert und bildet die Grundlage des Regionalkonferenz-Modells. Eine im Jahr 2016 durchgeführte Evaluation bestätigte diesen aus der Raumplanung stammenden Ansatz. Gemäss Bericht vom 16. August 2017⁸ an den Grossen Rat begrüsst der Regierungsrat, einen demokratisch legitimierten Partner zu haben, der in zweckmässigen funktionalen Räumen agiert und verbindlich entscheiden kann. Die Regionalkonferenzen für Regionen sollen weiterhin freiwillig sein, auch wenn die flächendeckende Einführung weiterhin angestrebt wird. Die Regionalkonferenzen erhalten vom Kanton für die (regionale) Altersplanung eine Mitfinanzierung. Die sechs Regionalkonferenzen sind grundsätzlich als gemeinderechtliche Körperschaften mit eigener Rechtspersönlichkeit organisiert. Einzelne Regionalkonferenzen sind (noch) Vereine. Die zweisprachige Regionalkonferenz seeland.biel/bienne ist in zwei getrennte Konferenzen aufgeteilt, sodass es letztlich sieben Regionalkonferenzen sind.

Parallel zu den Regionalkonferenzen kennt der Kanton Bern im Rahmen der Gesundheitsversorgung als weitere Gliederung die Versorgungsregionen, untergeordnete Spitex-Regionen sowie Planungsregionen für die Pflegeheimplanung. In der vom Regierungsrat im Juni 2024 verabschiedeten "Teilstrategie integrierte Versorgung"⁹ wird in der Vision festgehalten: "Die Gesundheitsversorgung im Kanton Bern ist in 4+ Regionen¹⁰ organisiert". Diese soll die bisherigen sieben Versorgungsregionen ablösen. Sie basiert auf einem Vorschlag der PricewaterhouseCoopers AG (PwC), der in den Empfehlungen des Schlussberichts zur Beantwortung der Motion 192-2019¹¹ aufgenommen wurde. Die Versorgungsregionen sind so gestaltet, dass zum einen auf den aktuellen (Spital-)Strukturen aufgebaut wird und zum anderen eine Steuerung der Versorgung und Patientenströme realistisch ist. Hierfür ist je Versorgungsregion ein Einzugsgebiet von mindestens 18'000 stationären, akutsomatischen Fällen als gesamte Nachfrage notwendig (damit ist eine qualitativ hochwertige, abgestufte Versorgung finanziell tragbar und umsetzbar). Durch ein Zusammenführen der heutigen sieben Versorgungsregionen zu vier kann folglich eine kritische Grösse des Einzugsgebietes von ca. 150'000 Personen und somit mindestens 18'000 Fällen in allen Regionen erreicht werden.

Mit der integrierten Versorgung in grösseren Regionen sollen folgende Ziele erreicht werden: "bessere Steuerbarkeit, zur Vermeidung von Redundanzen und Ineffizienzen sowie zur Förderung von Kooperationen und Netzwerken der integrierten Versorgung". Eine führende Rolle innerhalb der Versorgungsregionen übernehmen dabei die Spitäler. Während die Spitäler die Koordination der verschiedenen Netzwerke innerhalb einer Region unterstützen, stellen die ambulanten Leistungserbringer die Koordination des Patientenpfades sicher. Die Diskussionen über das Modell sind weiter im Gange, insbesondere auch zur tragenden Rolle der Spitäler mit Blick auf die angestrebte Ambulantisierung.

⁸ www.gemeinden.dij.be.ch > Organisation und Zusammenarbeit > Regionalkonferenzen > Strategie > Evaluation SARZ > [Bericht des Regierungsrats an den Grossen Rat vom 16.8.2017 \(PDF\)](#).

⁹ <http://www.gsi.be.ch> > Themen > Gesundheit > Gesundheitspolitik > Gesundheitsstrategie > Integrierte Versorgung (Juni 2024) > [Teilstrategie Integrierte Versorgung \(PDF\)](#).

¹⁰ Bern-Mittelland, Berner Oberland, Biel/Bienne-Seeland-Berner Jura und, Emmental-Oberaargau, Das + steht für die französischsprachige Region

¹¹ [«Die Berner Spitallandschaft im Umbruch», Schlussbericht zur Beantwortung der Motion 192- 2019 \(GPK, Siegenthaler\), Oktober 2020.](#)

Im Bericht 03/2024 «Neuorganisation der Spitex-Regionen im Kanton Bern»¹² befasst sich das Obsan mit dem Auftrag des Kantons Bern, die bestehenden 47 Spitex-Perimeter neu zu organisieren und anhand von wissenschaftlichen Kriterien zu grösseren Spitex-Regionen zusammenzufassen (als Vorgabe gilt dabei die Ausrichtung am erwähnten 4+-Modell). Dabei werden drei Perspektiven betrachtet und operationalisiert: Lebensraum, Versorgungsplanung und Versorgungssicherheit. Beim Lebensraum geht es vor allem um zusammengehörende Arbeitsmarkregionen sowie die Einzugsgebiete der Pflegeheime. Zur Versorgungssicherheit gehört die Grösse des Einzugsgebiets. Die Minimalgrösse wird je nach Modell auf 20'000 oder 40'000 Einwohner festgelegt. Die Mindestgrösse von 40'000 Einwohner erlaubt es zwar, grössere Versorgungsregionen zu definieren. Wo das bereits "natürlich" gegeben ist, sei das ein Vorteil. Wo aber für die 40'000 Einwohner Regionen zusammengelegt werden müssen, die sich fremd sind, sei diese Mindestgrösse weniger zielführend, weil die Kriterien der Lebensraumorientierung stellenweise nicht eingehalten werden können und sich diese Lösung von der Bevölkerungsperspektive entfernt. Die Reaktionen der Spitexorganisationen waren gemischt. Der SPITEX Verband Kanton Bern bemängelte teilweise nicht zweckmässige Regionseinteilungen. Das Gesundheitsamt hat im November 2024 die ab 2026 gültigen 17 neuen Spitex-Regionen festgelegt, die sich in das 4+-Modell einfügen¹³. Für jede der 17 Versorgungsregionen hat das Gesundheitsamt im Januar 2025 Leistungsverträge zur Versorgungssicherheit ausgeschrieben. Dabei können sich die verschiedenen Spitex-Organisationen in Bietergemeinschaften zusammenschliessen.

Für die Pflegeheimplanung verwendet der Kanton Bern acht Planungsregionen, die in 36 Subregionen¹⁴ weiter gegliedert werden. Die Teilstrategie Langzeitversorgung (ambulant und stationär) war vom 1. Mai 2025 bis 30. Juni 2025 im öffentlichen Konsultationsverfahren. Vorgeschlagen wird, die Anzahl Regionen in der Langzeitversorgung zu reduzieren und in Übereinstimmung mit dem 4+-Modell zu bringen.

4.3 Planungsregionen Kanton Luzern

Gemäss dem Betreuungs- und Pflegegesetz (BPG) vom 13. September 2010 (SRL 867) sind die Gemeinden zuständig für die Sicherstellung eines angemessenen ambulanten und stationären Angebots für die Betreuung und Pflege (auch in Tages- und Nachtstrukturen) und eine angemessene Krankenpflege in Pflegeheimen sowie für einen angemessenen Mahlzeitendienst (§ 2a Abs. 1 BPG). Die Gemeinden tragen die Restkosten. Für die Pflegeheimplanung bilden sie maximal sechs zusammenhängenden Planungsregionen (§ 2b Abs. 3). Der Regierungsrat bestätigt die Zusammensetzung und entscheidet in Streitfällen.

Im Auftrag des Regierungsrates hat eine breit abgestützte Arbeitsgruppe¹⁵ für die Pflegeheimplanung 2010 fünf Planungsregionen gebildet, die vom Regierungsrat beschlossen wurden. Diese bilden die regionale Gliederung für die Pflegeheimplanung der heute 79 Gemeinden.

Bisher sind die Planungsregionen nur für die Berechnung und Planung der Pflegebetten zuständig. Im (P 101) Postulat¹⁶ forderten verschiedene Kantonsräte im Jahr 2023 vom Regierungsrat eine Überprüfung und Neuausrichtung der Rolle und der Aufgabenbereich der aktuell fünf Planungsregionen. Zudem seien die konkreten Aufgaben und Zuständigkeiten zu definieren." Das Postulat wurde

¹² <http://www.obsan.admin.ch> > Publikationen > [Obsan Bericht 03/2024](#).

¹³ <https://www.be.ch/de/start> > Dienstleistungen > News und Medien > Medienmitteilungen > [Spitex-Regionen ab 2026 \(PDF\)](#).

¹⁴ Quelle: [Aufnahme auf die kantonale Pflegeheimliste – Allgemeine Informationen, Kriterien und Verfahren, Stand 1. Juli 2025](#).

¹⁵ Mitglieder der Arbeitsgruppe seitens Spitex Kantonalverband Luzern, Abteilung Heime und Alterssiedlung Stadt Luzern, Sozialvorsteher Verband Luzern, Luzerner Altersheimleiter und -leiterinnen Konferenz, Ausgleichskasse Kanton Luzern, Ambulante Dienste Luzerner Psychiatrie, Pro Senectute Kanton Luzern, Gesundheits- und Sozialdepartement, santésuisse)

¹⁶ <https://www.lu.ch> > Kantonsrat > Parlamentsgeschäfte > [P101 – Postulat Rüttimann Daniel und Mit. über die zukünftige Rolle und Aufgabendefinition der Planungsregionen im Kanton Luzern](#).

im Januar 2025 teilweise erheblich erklärt. Nicht erheblich erklärt wurde die Forderung, den Planungsregionen eine eigene Rechtspersönlichkeit mit umfassenden Aufgaben zuzuweisen und damit eine zusätzliche Staatsebene einzuführen.

4.4 Versorgungsregionen Kanton Solothurn

Die Versorgungsplanung der Alters- und Langzeitpflege ist in sechs Versorgungsregionen gegliedert. Unter der Leitung des Gesundheitsamtes hat eine Arbeitsgruppe im Jahr 2023 die neue Versorgungsplanung 2030 gemeinsam mit Einwohnergemeinden (vertreten durch den Verband der Solothurner Einwohnergemeinden VSEG), Branchenverbänden, Fachorganisationen und dem Verein Graue Panther an einem ersten "Runden Tisch" erarbeitet. Der Regierungsrat hat diese im Oktober 2023 verabschiedet¹⁷. Dabei entstanden die im Entwurf vorliegenden Versorgungsregionen. Massgebend für die Vorschläge sind Räume, welche die Lebenswelten der Menschen gut abbilden. Die Bildung einer zusätzlichen Staatsebene werde ausgeschlossen. Die Arbeiten sind noch im Gange.

4.5 Regelung spezialisierte Langzeitpflege Kanton Zug

Für die Planung der Pflegeheimplätze sind die Zuger Gemeinden zuständig. Der Kanton erlässt die Pflegeheimliste. Für die Pflegebettenplanung 2026-2030 hat der Kanton Zug das Obsan zur Erstellung der statistischen Grundlagen beauftragt.¹⁸ Die Bedarfsprognosen werden nach vier Statistikregionen gegliedert: Nord, Süd, Berg und Ennetsee. Die kleinste ist die Statistikregion Berg mit 24'000 Einwohnern. Die Gliederung beruht allein auf statistischen Methoden und ist mit keinen Koordinations-Erwartungen innerhalb dieses vorgezeichneten Raums verbunden.

Die elf Zuger Gemeinden haben sich für die Regelung der spezialisierten Langzeitpflege in der Organisation Langzeitpflege zusammengeschlossen, um die Pflichten der Gemeinden gemäss Spitalgesetz vom 29. Oktober 1998 (8226.11) (festlegen von Leistungsaufträgen für spezialisierte Pflege sowie die Akut- und Übergangspflege, kantonal einheitliche Taxberechnung und Festlegung der Patientenbeteiligung für ambulante und stationäre Pflegeleistungen, §§ 7a Abs. 2 und 10 Abs. 2 Spitalgesetz) gemeinsam vorzunehmen. Zu den Aufgaben der Gemeinden zählt auch die Spitex und weitere Angebote.¹⁹

Rechtlich handelt es sich bei der Organisation Langzeitpflege um eine Verwaltungsvereinbarung der elf Gemeinden. Die Organisation Langzeitpflege wird von der *Konferenz Langzeitpflege* geleitet. Darin ist jede Gemeinde durch ein Mitglied des Gemeinderates vertreten. Die Konferenz tritt mindestens zweimal jährlich zusammen. Sie betreibt eine Geschäftsstelle, die von einem Beratungsunternehmen im Mandat geführt wird. Die Konferenz Langzeitpflege wählt die *Kommission Langzeitpflege*, die aus sieben bis neun Mitgliedern besteht. Als Mitglieder wählbar sind Gemeinderatsmitglieder und Mitarbeitende der Zuger Einwohnergemeinden oder ausgewiesene Fachpersonen. Die Leitung der Geschäftsstelle Langzeitpflege nimmt mit beratender Stimme an den Sitzungen teil. Überdies ist Curaviva (ohne Stimmrecht) zu Beginn der Kommissionssitzungen für allgemeine Themen mit anwesend. Die Kommission trifft sich viermal jährlich.

¹⁷<http://www.so.ch> > Staatskanzlei > Medien > [Neue Versorgungsplanung für die Alters- und Langzeitpflege 2030](#).

¹⁸ www.zg.ch > Gesundheit > Pflegeheime & Spitex > Alters- und Pflegeheime > [Obsan-Studie 2023](#).

¹⁹ Zu diesen Angeboten, welche ältere Personen unterstützen sowie ein selbstbestimmtes Leben zu Hause zu führen und Angehörige zu entlasten sollen, gehören unter anderem ein gut ausgebauter Frischmahlzeitendienst, der von den Gemeinden gemeinsam subventioniert wird, eine Nachtspitex, eine palliative Pflege zu Hause, Tages- und Nachtstrukturen, Entlastungsbetten in verschiedenen Pflegeheimen sowie die aufsuchende Beratung von Menschen mit einer dementiellen Entwicklung und deren Angehörigen. Für Demenzkranke wurden in den Pflegezentren Baar und Ennetsee entsprechende Tagesstrukturen aufgebaut. Ebenso sind die Betreuungs- und hauswirtschaftlichen Leistungen der kantonalen Spitex für alle zugänglich und werden von den Gemeinden subventioniert.

4.6 Pflegeheimbettenplanung und Versorgungsregionen Kanton Zürich

Bei der Festsetzung der ersten Pflegeheimliste im Jahr 1997 entschied der Regierungsrat des Kantons Zürich, keine kantonale Planung einzuführen. Es wurden alle Pflegeheime mit einer Betriebsbewilligung auf die Pflegeheimliste aufgenommen. Dies erfolgte mit der Begründung, dass die Steuerung der Menge an Pflegeleistungen nach medizinischen Gesichtspunkten und nicht über eine Begrenzung der Zahl stationärer Betten zu erfolgen habe. Die Verantwortung für eine bedarfsgerechte Pflegeversorgung blieb weiterhin den Gemeinden überlassen. Die Gemeinden sind neben der Sicherstellung der Pflegeversorgung auch für die Finanzierung der Pflegerestkosten verantwortlich (§ 1 in Verbindung mit § 5 sowie § 15 des Pflegegesetzes vom 27. September 2010 [LS 855.1]).²⁰

Der Kanton Zürich hat im November 2023 ein Projekt "Pflegeheimbettenplanung" gestartet. Das Ziel des Projekts ist die Festsetzung einer neuen Zürcher Pflegeheimliste, die den Anforderungen des KVG genügt und eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und langfristig finanzierbare stationäre Pflegeversorgung der Zürcher Bevölkerung gewährleistet.

Gemäss dem provisorischen Versorgungsbericht²¹ wurden in der ersten Etappe des Projekts Versorgungsregionen gebildet, um die Bedarfsplanung der Pflegeheimbetten in funktionalen Räumen durchführen zu können. Als Aufgaben der Versorgungsregionen ist vorgesehen, dass diese als Ansprechpartner für das Amt für Gesundheit bei der Pflegeheimbettenplanung dienen und Empfehlungen für die Festlegung der Bandbreiten und für Lösungen bei einem Überangebot aussprechen. Hingegen bleibt die Kompetenz für die Festlegung der Pflegeheimbettenplanung und der Pflegeheimliste beim Kanton.

Projektgruppen aus den Bezirken hatten die Aufgabe, die Gemeinden einer Versorgungsregion zuzuordnen. Sie bestehen aus Vertretungen des Verbands der Gemeindepräsidenten (GPV) und der Gesundheitskonferenz Kanton Zürich (GeKoZH) sowie weiteren Fachpersonen aus den Gemeinden. Als Richtwert für eine Versorgungsregion gibt der provisorische Versorgungsbericht mindestens 30'000 Einwohnerinnen und Einwohner vor.

Alle Gemeinden konnten sich anschliessend zu den von den Projektgruppen ausgearbeiteten Versorgungsregionen vernehmen lassen. Bei Unklarheiten oder Unstimmigkeiten über die Zuteilung von Gemeinden zu einer Versorgungsregion führten der GPV und die Gesundheitsdirektion gezielt Gespräche mit den Projektgruppen oder auch mit den Gemeinden. Aus den 18 Bezirken schufen die Gemeinden 12 Versorgungsregionen. Ein Teil übernahm die ihnen vertraute Bezirks-Struktur. Die übrigen definierten andere Regionen, indem sie Bezirke zusammenfügten, Gemeinden dazu nahmen oder ausklammerten. Als einzige Region erreichte Illnau-Effretikon mit Lindau die geforderte Einwohnerzahl von 30'000 nicht, wurde aber wegen der langjährigen erfolgreichen Kooperation in der Pflegeversorgung samt der gemeinsamen kommunalen Anlaufstelle als Ausnahme zugelassen.

Zur Pflegeheimbettenplanung hat die Gesundheitsdirektion von Januar bis März 2025 eine Vernehmlassung durchgeführt. Die Auswertung der Vernehmlassung hat gezeigt, dass die Rolle der Gemeinden in der Pflegeheimbettenplanung geschärft werden soll. Gleichzeitig wollten die Pflegeheime die rechtlichen Rahmenbedingungen verbessert haben. Die Gesundheitsdirektion hat entschieden, die Planungsgrundlagen auf Gesetzes- statt Verordnungsstufe festzuhalten. Diese Anpassung der Rechtsgrundlagen hat Verzögerungen im Projektzeitplan zur Folge. Das Antragsverfahren für Pflegeheime findet deshalb nicht wie angedacht im Herbst 2025, sondern voraussichtlich Anfang 2027 statt.²²

²⁰ www.zh.ch > Politik & Staat > Gesetze & Beschlüsse > Beschlüsse des Regierungsrates > [Regierungsratsbeschluss Nr. 1227/2023](#).

²¹ www.zh.ch > Gesundheit > Heime & Spitex > Pflegeheimbettenplanung > [Provisorischer Versorgungsbericht Januar 2025](#).

²² www.zh.ch > Gesundheit > Heime & Spitex > Pflegeheimbettenplanung > [Antragsverfahren](#).

5. Anlaufstellen in den Nachbarkantonen

5.1 Anlaufstellen Kanton Basel-Landschaft

Gemäss § 15 APG betreiben die Gemeinden einer Versorgungsregion zusammen eine Informations- und Beratungsstelle (IBS) sowie eine Bedarfsabklärungsstelle (BBS). Diese umfassen mindestens die folgenden Angebote:

- Information der Einwohnerinnen und Einwohner,
- Beratung und Bedarfsabklärung durch eine Pflegefachperson, insbesondere vor einem Ersteintritt in eine stationäre Pflegeeinrichtung,
- Vermittlung von geeigneten Angeboten.

Die Umsetzung der Informations- und Beratungsstellen ist von den Gemeinden unterschiedlich organisiert. Gewisse Gemeinden betreiben eigene Beratungsstellen, bei anderen ist eine Person der Gemeindeverwaltung Ansprechperson und andere Gemeinden haben die Pro Senectute beauftragt. Die Funktion der Bedarfsabklärungsstellen nehmen teilweise lokale Spitexorganisationen oder Pflegefachpersonen in den anderen Informations- und Beratungsstellen wahr.

5.2 Anlaufstelle Kanton Basel-Stadt

Der Kanton Basel-Stadt besteht aus der Stadt Basel selbst, sowie den beiden Landgemeinden Riehen und Bettingen. Gemäss Gesundheitsgesetz (GesG) vom 21. September 2011 (SG 300.100) sorgt der Kanton in Zusammenarbeit mit privaten Institutionen für ein bedarfsgerechtes Angebot an Pflegeplätzen, führt die Pflegeheimliste und ist zuständig für die Feststellung der für einen Heimeintritt erforderlichen Pflegebedürftigkeit von Personen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt (§ 8 GesG). Der Kanton ist zuständig für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen. Für den Eintritt in ein Pflegeheim im Kanton Basel-Stadt ist ein Nachweis der Pflegebedürftigkeit notwendig. Das bedeutet, dass erst wenn die Pflege zu Hause nicht mehr möglich ist oder die Kosten der ambulanten Pflege unverhältnismässig hoch sind, ein Eintritt in ein Pflegeheim möglich wird. Die Abteilung Langzeitpflege im Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt ist für die Bedarfsabklärung zuständig. Acht Beraterinnen und Berater der Abteilung Langzeitpflege (diplomierte Pflegefachpersonen) sind für die Bedarfsabklärung und persönliche Beratung der Klientinnen und Klienten sowie ihrer Angehörigen zuständig. Diese erfolgt in der Abteilung Langzeitpflege, zu Hause oder im Spital. Die Anmeldung für einen Pflegeplatz in einem Basler Pflegeheim erfolgt ausschliesslich über die Abteilung Langzeitpflege (für Riehen und Bettingen ist die Fachstelle Alter Riehen zuständig).

5.3 Anlaufstellen Kanton Bern

Die GSI ist gemäss Art. 26 Abs. 1 lit. a SLG für die Beratungs- und Informationsangebote für Betroffene sowie deren Angehörige zuständig. Die GSI informiert auf ihrer Webseite über die Angebote zur Unterstützung im Alter und verweist auf Beratungsangebote von Dritten, insbesondere Pro Senectute und SRK.²³ Im Rahmen ihrer Gemeindeautonomie können die Gemeinden (oder Gemeindeverbände) selbst Angebote bereitstellen und finanzieren. Wie die Berner Fachhochschule in ihrer Studie "Organisation kommunaler Alterspolitik im Kanton Bern"²⁴ im Jahr 2022 festgehalten hat, nutzen die Gemeinden ihren Spielraum sehr unterschiedlich aus. Die Alterskompetenzstellen sind je nach Gemeinde oder Gemeindeverband unterschiedlich organisiert und tragen unterschiedliche Namen (Fachstelle / Gremium / Delegierter / Netzwerk für das Alter). In diesen Alterskompetenzstellen befassen sich Personen mit verschiedensten Anliegen, die sich aus den Themen Alter und Generationen ergeben. Dies können den folgenden drei Aufgabenbereichen zugeordnet werden: politisch-

²³ <https://www.gsi.be.ch> > Themen > Familie und Gesellschaft > Alter > [Unterstützung im Alter](#).

²⁴ www.bfh.ch > Aktuelle > News + Story > Alterspolitik in den Gemeinden professionell organisieren > [Organisation kommunaler Alterspolitik im Kanton Bern \(PDF\)](#).

strategische Aufgaben, Koordination und Projekte, Einzelberatung und Triage. Die vorhandenen verschiedenen Modelle der Alterskompetenzstellen lassen sich den folgenden vier Grundtypen zuordnen: Teil der Gemeindeverwaltung, Beauftragung externer Organisationen (zum Beispiel Pro Senectute, Alterszentrum, Spitex-Anbieter, Planungsregionen), Altersbeauftragter als Mitglied der Gemeindebehörde, Übernahme der Funktion durch Freiwillige (Verein, beispielsweise Altersforum, Seniorenrat).

5.4 Anlaufstellen Kanton Luzern

Im Kanton Luzern sind Anlaufstellen für Beratung Teil der kantonalen Alterspolitik (Altersleitbild des Kantons Luzern 2022).²⁵ Die Umsetzung des Altersleitbilds auf kantonomer Ebene wird von der kantonalen Dienststelle Soziales und Gesellschaft (DISG) koordiniert. Sie betreibt die Internet-Plattform www.alter-lu.ch.

Konkrete Informationen und Beratung bieten zahlreiche Stellen an, insbesondere: Pro Senectute (drei Beratungsstellen), SRK Luzern, kirchliche Sozialdienste, Spitex-Organisationen (26 Organisationen mit gemeindlichem Leistungsauftrag).

5.5 Anlaufstellen Kanton Solothurn

Pro Senectute Solothurn führt im Auftrag des Kantons die Koordinationsstelle Alter. Sie bietet Dienstleistungen an in den Bereichen: Beratung und Unterstützung von Einwohnergemeinden und sozialen Institutionen, Förderung und Begleitung von Projekten zum Thema Alter, Information/Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit. Weiter betreibt die Pro Senectute vier regionale Kontakt-, Anlauf- und Beratungsstellen für Altersfragen im Kanton Solothurn.

In seinem Bericht zur Versorgungsplanung der Alters- und Langzeitpflege 2030²⁶ empfiehlt das Gesundheitsamt den Gemeinden, den Fortbestand und die Weiterentwicklung der regionalen Kontakt-, Anlauf- und Beratungsstellen der Pro Senectute sicherzustellen und diese in ihre Versorgungsmodelle zu integrieren.

5.6 Anlaufstellen Kanton Zug

Im Kanton Zug gibt es für die Gemeinden keine Pflicht zur Führung von Beratungs- und Informationsstellen im Alter und zu Pflege- und Betreuungsfragen. Der Kanton Zug und die Zuger Gemeinden betreiben aber gemeinsam die Online-Plattform www.pflege-zug.ch, auf der sich Pflege- und Betreuungsbedürftige sowie ihre Angehörigen erste Informationen beschaffen können. Auf der gemeinsamen Informationsplattform wird auf jeder Seite auch auf Pro Senectute hingewiesen, die in Zug eine Beratungsstelle betreibt. Es gibt Gemeinden ohne weitergehende Beratungsangebote und andere mit einem umfassenden Beratungsangebot und Anlaufstellen (zum Beispiel Anlaufstelle in Baar).

5.7 Anlaufstellen Kanton Zürich

Gemäss § 7 Pflegegesetz bezeichnen die Gemeinden eine Stelle, die Auskunft über das Angebot der Leistungserbringer der Pflegeversorgung erteilt. Basierend auf §§ 11–13 des Sozialhilfegesetzes (SHG) vom 14. Juni 1981 (851.1) sind die Gemeinden zuständig für Beratungs- und Betreuungsstellen von Personen in einer persönlichen Notlage die der Hilfe bedürfen.

²⁵ <https://disg.lu.ch> > Themen > Menschen im Alter > [Altersleitbild](#).

²⁶ www.so.ch > Verwaltung Departement des Innern Gesundheitsamt Behandlung und Pflege Alters- und Pflegeheime.

In der Praxis kommen die Zürcher Gemeinden dieser Aufgaben hauptsächlich über die folgenden drei Wege nach:

- Pro Senectute (14 Beratungsstellen im ganzen Kantonsgebiet),
- Spitex-Organisationen (rund 50 Organisationen mit Leistungsvereinbarungen mit Gemeinden im ganzen Kanton) oder
- Kommunale Stellen der Sozialberatung oder Fachstellen.

6. Erfahrungen im Kanton Aargau

6.1 Pilotprojekt "Gesundheit Region Aarau" (GERA)

Zielsetzung und Inhalt

Ziel des Pilotprojektes ist es, der Bevölkerung einen einfachen Zugang zur gesamten Beratungs-, Betreuungs- und Pflegekette hinweg (Behandlungspfad) zu ermöglichen und ihr optimale Angebote und Dienstleistungen zur vermitteln. GERA soll als wichtiges Element der integrierten Versorgung einen zentralen Beitrag zur Umsetzung der GGpl 2030 leisten. Das Pilotprojekt GERA besteht aus zwei Teilen, der GERA-Erstanlaufstelle und dem GERA-Netz.

GERA-Erstanlaufstelle: In der GERA-Erstanlaufstelle werden Fragen zu Gesundheit im Alter, Prävention, Pflege, Betreuung, Unterstützung und Entlastung beantwortet. Sie publiziert und vermittelt Informationen und Vernetzung zu bestehenden Angeboten. Die Webseite www.gera-aarau.ch und den GERA-Chatbot (mehrsprachig) ist jederzeit erreichbar. Von Montag bis Freitag (09.00 bis 14.00 Uhr) bietet sie auch telefonischen Support an. Ziel des GERA-Chatbots ist es, mithilfe eines KI-basierten und datenbasiert trainierten Bots eine nutzenorientierte und empathische Kundeninformation sicherzustellen

GERA-Netz: Das GERA-Netz ist eine strukturierte, moderierte Plattform zur Förderung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und des Austauschs zwischen den Leistungserbringern im regionalen Gesundheitswesen. Dadurch sollen die Versorgungsqualität, Effizienz und Koordination in der Region Aarau nachhaltig gestärkt werden. Die Teilnahme ist freiwillig. Die Entscheidungshoheit liegt bei den einzelnen Leistungserbringern. Aktuelle Unterprojekte sind PflGERA (institutionsübergreifender Pflegepool als Initiative gegen den Fachkräftemangel), die Medikationsanalyse (Patientensicherheit und Reduktion der Multimedikation), Spezialisierung der Pflegeinstitutionen (Angebotschwerpunkte in der Langzeitpflege) und die Ausbildung von Pflegefachpersonen HF im Verbund. Neben der regionalen Versorgung werden auch wichtige, überregionale Angebote und Leistungen (etwa im Bereich Rehabilitation, Spitäler, etc.) erfasst und gepflegt.

Organisation

Folgende Gemeinden sind im Pilotprojekt GERA beteiligt: Aarau, Biberstein, Buchs, Kölliken, Küttigen, Muhen, Suhr und Unterentfelden. Alle Gemeinden ausser Kölliken gehören zur Repla Aarau Regio. Weitere interessierte Gemeinden können sich jederzeit anschliessen.

Die Projektsteuerung leitet das Projekt. Sie ist ein fixes Gremium, das sich aus je einem Mitglied der politischen Ressorts aus den Trägergemeinden zusammensetzt. Sie verantwortet die strategische Führung von GERA und hat die Kompetenz, Themen vorzugeben, die im GERA-Netz behandelt werden sollen und Verbindlichkeit einzufordern. Der Co-Vorsitz der Projektsteuerung wird durch eine Person der Projektleitung unterstützt. Beim GERA-Netz gibt es ein Kernteam aus 5–7 organisationsübergreifenden Personen.

Ressourcen

Der Regierungsrat unterstützt den Aufbau und die Etablierung des Projekts finanziell während vier Jahren bis 2026 mit maximal 485'000 Franken. Der entsprechende Verpflichtungskredit deckt

50 Prozent der veranschlagten Projektkosten und Kosten im Rahmen des Vorprojekts in der Höhe von 80'000 Franken. Dies erfolgt im Rahmen der Pilotprojekte nach § 39a GesG und der Verordnung über die Durchführung von Pilotprojekten in der Gesundheitsversorgung (VDPG) vom 5. Mai 2024 (SAR 301.112).

Erfahrungen

GERA schätzt die bisherigen Erfahrungen wie folgt ein: Stärken sind das breite Angebot, die kompetente Vermittlung und Beratung in der Erstanlaufstelle sowie der innovative Ansatz mit dem GERA-Chatbot. Zudem beurteilt sie die im Rahmen von GERA-Netz durch das Zusammenwirken seitens Politik und Leistungserbringern erzielte gute Vernetzung der Leistungserbringer und die daraus entstandenen konkreten Projekte als positiv. Die Bekanntheit der GERA-Erstanlaufstelle in der Bevölkerung und deren Inanspruchnahme seien unter den Erwartungen geblieben.

Besondere Chancen des Projekts sieht sie in der integrierten Versorgung als gesamtheitlicher Lösungsansatz, der besseren Nutzung von Synergien und der gemeinsamen Lösungsfindung für überbetriebliche Herausforderungen. Risiken stellen dominierende Partikularinteressen dar. Im Weiteren beurteilt sie die Projektphase als (zu) kurz, um nachhaltige Erfolge zu erzielen. So sei auch die ungeklärte Finanzierung ab 2027 ein zunehmend spürbarer Risikofaktor.

6.2 Projekt Fricktal "Betreut in der Gemeinde"

Zielsetzung

Initiantin des Projekts "Betreut in der Gemeinde" ist der Verein für Altersbetreuung im Oberen Fricktal (VAOF). Es basiert auf den Erkenntnissen aus dem vorangehenden Pilotprojekt des VAOF (Juli 2020 bis Juni 2023), mit dem der Verein begann, das selbstbestimmte Älterwerden im Fricktal zu fördern.²⁷ Aus dem Pilotprojekt ging hervor, dass es kaum neue Angebote braucht, jedoch eine koordinierte Angebotsgestaltung. So können passende Angebote ermittelt werden, damit die Unterstützung durch Fach- und Freiwilligenorganisationen gezielt auf die Betroffenen, ihr Umfeld und auch auf unerwartete Situationen abgestimmt werden kann.

Zielsetzung ist das selbstbestimmte Älterwerden im Fricktal. Der Fokus liegt darauf, bestehende Angebote sichtbar zu machen und miteinander zu vernetzen. Jeder Mensch soll im richtigen Moment – individuell abgestimmt auf die jeweiligen Bedürfnisse – Zugang zu den passenden Angeboten erhalten.

Die Vision einer umfassenden, aufeinander abgestimmten Versorgungskette für die Region Fricktal beinhaltet alle professionellen und privaten Akteurinnen und Akteure der Altersarbeit, sowohl öffentliche und private Anbieter als auch die Freiwilligenarbeit. Die Gemeinden schaffen die notwendigen Rahmenbedingungen für die Drehscheibe "Älterwerden im Fricktal". Diese übernimmt die Aufgaben einer niederschweligen Anlaufstelle, gewährleistet fachliche Triage und Beratung und stellt durch gezielte Vernetzung die Qualität und Fachlichkeit sicher.

Aufgaben/Tätigkeiten

Das Projekt bietet den Einwohnerinnen und Einwohnern, den Behörden und allen Akteuren in der Alterspolitik in den beteiligten Projektgemeinden:

- Die digitale Drehscheibe "Älterwerden im Fricktal" <https://www.aelterwerden-fricktal.ch/> mit dem "Angebotsfinder" (Lancierung April 2024),
- Telefonische und persönliche Angebots-Beratung/Triage,
- Aufsuchende Gesundheitsberatung (Hausbesuche/Infopoints; im Aufbau),

²⁷ <https://www.age-stiftung.ch> > Förderung > [Betreutes Wohnen in der Gemeinde](#)

- Netzwerk Fach- und Freiwilligenarbeit Alter,
- Integration Veranstaltungskalender auf der Drehscheibe (Herbst 2025).

Organisation und Governance

Dem Projekt "Betreut in der Gemeinde" haben sich bisher die Gemeinden Densbüren, Frick, Gipf-Oberfrick, Herznach-Ueken, Laufenburg, Oeschgen, Oberhof, Schwaderloch, Sisseln und Wölflinswil angeschlossen. Ausser Densbüren gehören alle anderen Gemeinden zur Repla Fricktal Regio.

Das Projekt verfolgt zudem einen partizipativen Ansatz, das heisst die aktive Beteiligung aller relevanten Akteure (Fach- und Freiwilligenorganisationen, Gemeinden, Betroffene, etc.) an der Planung, Gestaltung und Umsetzung von Massnahmen.

Ressourcen

Die Finanzierung des Projekts erfolgt durch den Swisslos-Fonds des Kantons Aargau mit insgesamt 300'000 Franken für die Jahre 2024–2026 sowie durch Beiträge der beteiligten Gemeinden und Stiftungen. Der Verein VAOF, der das Projekt initiiert hat, übernimmt die Kosten für den Verwaltungsapparat.

Erfahrungen

Insgesamt schätzten der Verantwortlichen des Projekts die bisherigen Erfahrungen wie folgt ein: Zum Gelingen trägt der modellgestützte Ansatz (Caring Community²⁸, altersfreundliche Gemeinde²⁹) und das partizipative, vernetzte und statistikgestützte Vorgehen bei. Zu den grössten Herausforderungen zählen gemäss den Verantwortlichen:

- offene Fragen zur konkreten Ausgestaltung der Anlaufstelle,
- unklare Zuständigkeiten in der GGpl 2023 bezüglich der Verbundaufgabe Alter zwischen Kanton und Gemeinden,
- die ungeklärte Finanzierung ab 2027 bis zum Inkrafttreten eines neuen Regelwerks im Rahmen der Umsetzung der GGpl 2030, was zu Zurückhaltung bei Investitionen der Gemeinden führt
- geringe politische Verankerung des Themas Alter in einzelnen Gemeinden und das Fehlen von (beispielsweise kantonalen) diesbezüglichen Vorgaben.

6.3 Projekt "Gesundheitsregion Brugg"

Zielsetzung

Der Repla Brugg Regio hat im Dezember 2020 eine Arbeitsgruppe "Gesundheitsregion Brugg" mit dem Auftrag der Planung einer Versorgungsregion innerhalb der Repla Brugg Regio eingesetzt. Der Fokus liegt auf der Altersversorgung. Mit dem Projekt werden die folgenden Ziele verfolgt:

Integrierte Versorgung: Aufbau einer koordinierten Versorgungsstruktur über alle Sektoren (ambulant, stationär, intermediär) hinweg. Dies soll durch eine aktive Steuerung und Vernetzung von Leistungserbringern und zivilgesellschaftlichen Akteuren geschehen.

Stabilisierung der Restkosten: Durch die Förderung von ambulanten statt stationären Leistungen sollen die Restkosten für Gemeinden stabilisiert werden.

Stärkung informeller Strukturen: Pflegende Angehörige und freiwillige Helfer sollen durch gezielte Massnahmen unterstützt werden, um die formellen Strukturen zu entlasten.

²⁸ Caring Community (auch übersetzt als Sorgende Gemeinschaft oder Sorgende Gemeinde) beschreibt eine bewusst gestaltete Gemeinschaft in einem Quartier, einer Gemeinde oder einer Region, in der die Mitglieder sich gegenseitig unterstützen.

²⁹ Das Modell der age-friendly cities der Weltgesundheits-Organisation WHO wurde an die Schweiz adaptiert und wird heute unter dem Namen "altersfreundliche Gemeinden" von Gerontologie CH gefördert.

Aufgaben/Tätigkeiten

Geplant ist eine Geschäftsstelle, die folgende Kernaufgaben übernehmen soll:

Monitoring:

- Erfassung der Angebote und Nachfrage,
- Bedarfsermittlung auf der Basis von Demographie, Epidemiologie und Nutzung,
- Erfassung der Migration aufgrund der Angebotsstrukturen.

Vernetzung:

- Vernetzung der Gemeinden zum Thema Altersversorgung,
- Vernetzung der Leistungserbringer,
- Partizipation der Bevölkerung (Seniorenrat).

Leistungsplanung:

- Planung der stationären Betten für die Gemeinden,
- Spitex-Entwicklung,
- Informelle Dienstleistungen der Zivilgesellschaft (in Abstimmung mit der bereits bestehende Fachstelle Alter und Pro Senectute),
- strukturiertes Wohnen,
- Doppelspurigkeiten und Lücken.

Stärkung:

- Stärkung der Zusammenarbeit und Absprache,
- Erhaltung der Versorgungssicherheit,
- Einbindung der Zivilgesellschaft,
- Unterstützung der Gemeinden in der Bewältigung zukünftiger Herausforderungen,
- Stärkung der Versorgungsregion als attraktive, gesunde Region.

Organisation

Das Konzept für die Organisation der Versorgungsregion Brugg schlägt als oberstes Organ die Vollversammlung der Mitgliedsgemeinden vor. Für die strategische Führung ist eine Steuergruppe von 3–5 Delegierten der Gemeinden angedacht. Eine Geschäftsstelle ist auf der operativen Ebene tätig. Ob dafür eigens eine Trägerorganisation geschaffen oder die Stelle an eine bestehende Gemeindeverwaltung angehängt oder im Mandat vergeben werden soll, ist im Konzept noch offen. Eine Möglichkeit wäre, dass eine sogenannte Leitgemeinde die personelle Führung, den Zugang zu Informationen und die Nutzung der vorhandenen Infrastruktur der Geschäftsstelle sichert, während die Steuergruppe Alter der Versorgungsregion Brugg Regio für die inhaltliche Führung zuständig wäre.

Ressourcen

Die Region Brugg verfügt über zwei bestehende physische Anlaufstellen: eine in Brugg, betrieben durch die Pro Senectute und die Koordinationsstelle für das Alter in Windisch. Wie in allen Aargauer Gemeinden ohne eigene Anlaufstelle kann in der Repla Brugg Regio bei Bedarf die Online-Anlauf- und Beratungsstelle www.info-ag.ch konsultiert werden und weiterhelfen.

Die Finanzierung der geplanten Versorgungsregion mit Geschäftsstelle ist durch die beteiligten Gemeinden und den Kanton (im Rahmen eines Pilotprojekts in der Gesundheitsversorgung) vorgesehen.

Erfahrungen

Insgesamt schätzte die Projektleitung die bisherigen Erfahrungen wie folgt ein: Es liegt ein theoretisch und konzeptionell reifes Konzept mit einer datengestützten Strategie vor, gespiesen aus einem intensiven Prozess und Erfahrungen aus anderen Kantonen. Als Herausforderungen in der Region werden die ungleiche Verteilung der Angebote (starker Stadt-Land-Unterschied), der unterschiedli-

che Kenntnisstand der Bevölkerung über die Angebote und das Fehlen eines Zuweisungsmanagements für stationäre Langzeitangebote gesehen. Risiken des Projektes sind vor allem die noch unsichere nachhaltige Finanzierung der zentralen Geschäftsstelle und die derzeitige personelle Abhängigkeit von wenigen Pionierinnen und Pionieren.

6.4 Beispiel Regionale Integrationsfachstellen (RIF)

Als Beispiel für einen erfolgreichen Lösungsansatz mit möglichen Mustern für eine Zusammenarbeit zwischen Gemeinden und Kanton im Bereich der Versorgungsregionen und Anlaufstellen nannten verschiedene Akteure die Regionalen Integrationsfachstellen (RIF). Diese werden im Folgenden kurz dargestellt.

Die Integration erfolgt in erster Linie in den Regelstrukturen (Schule, Arbeit, Gesundheit, etc.) und ist eine Aufgabe von Bund, Kantonen und Gemeinden in deren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen. Im Rahmen des Kantonalen Integrationsprogramms (KIP), der strategischen Grundlage der Integrationsförderung, unterstützt das Departement Volkswirtschaft und Inneres seit dem Jahr 2014 die Gemeinden fachlich und finanziell bei der spezifischen Integrationsförderung gemäss deren Bedarf. Mit dem Konzept Soziale Integration (seit April 2021 umgesetzt) wird zudem das Ziel verfolgt, Bestehendes und Neuerungen der letzten Jahre im Ausländer- und Asylintegrationsbereich in ein stimmiges Gesamtsystem zu bringen. Dabei arbeiten der Kanton, die Gemeinden und zivilgesellschaftliche Akteure zusammen. Das Konzept dient als strategischer Orientierungsrahmen für alle Beteiligten, wenn es um die Organisation des Zusammenlebens vor Ort geht. Gestützt auf das Konzept werden Zugänge für Angebote auf Gemeindeebene vereinfacht, effizienter gestaltet und regional koordiniert.

Eine zentrale Rolle in der Integrationsförderung als Verbundaufgabe spielen im Kanton Aargau die RIF, die gemeinsam mit den Gemeinden aufgebaut werden. Die RIF wirken auf strategischer und auf operativer Ebene als Dreh- und Angelpunkte der Zusammenarbeit von Kanton und Gemeinden. Sie übernehmen im Auftrag der beteiligten Gemeinden und des Kantons folgende Aufgaben:

a) Information und Beratung

Unterstützung der Trägergemeinden bei der Erstinformation von Neuzugezogenen, niederschwellige Kurzberatungen von Migrantinnen und Migranten, Veranstaltungen zur Förderung der Teilhabe, fachliche Beratungen von Privaten, Behörden oder Organisationen betreffend Integrationsfragen.

b) Koordination und Vernetzung

Überblick über die Integrationsangebote, Koordination und Vernetzung der Angebote, Schnittstelle zwischen Kanton und Trägergemeinden, Kontaktstelle zu Gemeindeverwaltungen, Schulen und Behörden, Vernetzung mit relevanten regionalen und kantonalen Stellen.

c) Angebots- und Projektförderung

Beratung und Unterstützung der Trägergemeinden, Schulen und Institutionen bei der Bereitstellung von zielgruppenspezifischen Angeboten, Lancierung von neuen Angeboten gemäss Bedarf, Qualitätssicherung und Erschliessung von Finanzquellen, Projektmittelvergabe KIP in Zusammenarbeit mit dem Kanton, eigenen Projektmittelvergabe für niederschwellige regionale Integrationsförderung.

d) Schlüsselpersonen

Aufbau, Rekrutierung, Pflege eines regionalen Netzwerks von gut integrierten Migrantinnen und Migranten, Vermittlung von Einsätzen zur Unterstützung von Gemeinden, Schulen und weiteren Institutionen.

e) Sensibilisierung und Öffentlichkeitsarbeit

Elektronische Präsenz, Medienarbeit, Veranstaltungen.

f) **Koordination Freiwilligenarbeit**

Sicherstellung eines Überblicks über Angebote, Initiierung von bedarfsgerechten Projekten, Unterstützung bei der Umsetzung von Projekten, Ansprechstelle für Freiwillige, Koordination und Vermittlung von Einsätzen bei Bedarf.

g) **Information, Beratung und Weiterbildung**

Ansprechstelle für Betreuende in den Asylunterkünften, für Trägergemeinden im Bereich soziale Integration im Asylbereich. Fallbezogene Beratung der Gemeindesozialdienste. Initiierung und Mitarbeit bei regionalen Weiterbildungsveranstaltungen.

In den Leistungsbereichen a bis e finanziert der Kanton in der Regel 60% der Personalkosten. Die Gemeinden tragen die Sachkosten und die übrigen Personalkosten. Unter dem Strich resultiert somit eine ungefähr paritätische Finanzierung von Gemeinden und Kanton. Der Kostenteiler unter den Gemeinden ist Sache der beteiligten Gemeinden. Die Leistungsbereiche f und g werden vollständig durch den Kanton finanziert (Personal- und Sachkosten).

Geschäftsführende Stellen führen die RIF. Sie können beispielsweise bei einer Gemeinde- oder Stadtverwaltung oder einem Regionalverband eingegliedert sein. Das Departement Volkswirtschaft und Inneres schliesst pro RIF eine Leistungsvereinbarung mit den geschäftsführenden Stellen ab.

Der Aufbau und Betrieb der RIF ist für die Gemeinden freiwillig. Sie können auch selbst wählen, mit welchen Gemeinden sie sich zusammenschliessen wollen. Dies ermöglicht einen fortschreitenden Aufbau von RIF durch interessierte Gemeinden. Per August 2025 bestehen in neun Regionen (AargauSüd, Aarau, Baden, Brugg, Freiamt, Fricktal, Lenzburg Seetal, Oberes Freiamt und Zofingen) RIF, mit insgesamt 83 beteiligten Gemeinden. Ausserdem beteiligen sich in der Region Mutschellen-Reusstal-Kelleramt seit Ende 2024 sechzehn Gemeinden an einem Konzeptprozess zum möglichen Aufbau einer weiteren, zehnten RIF.

7. Lösungsansätze für den Kanton Aargau

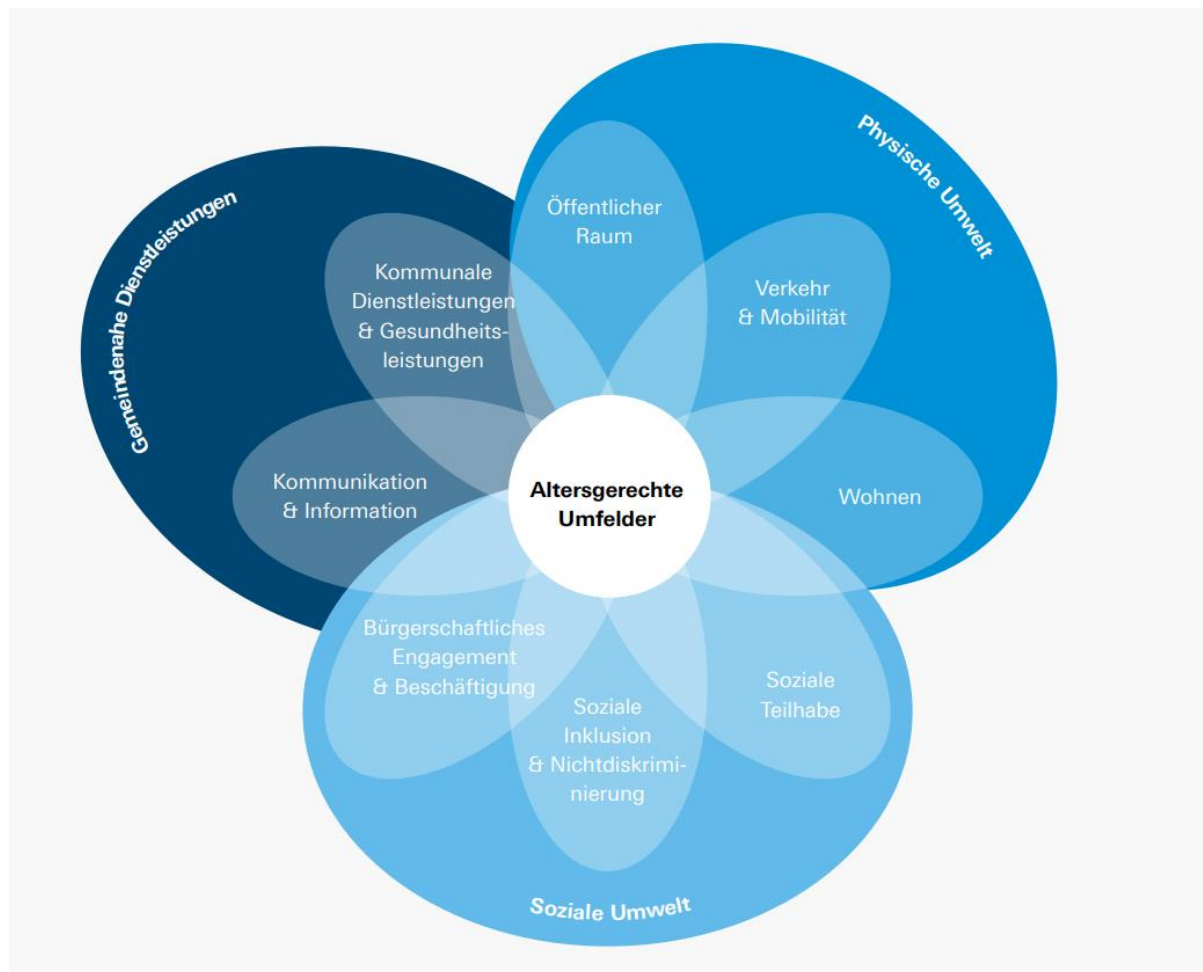
7.1 Gesamtheitlicher Ansatz

Die Bewältigung der kommenden grossen Herausforderungen aufgrund der demografischen Entwicklung mit bedeutender Zunahme an Personen mit Betreuungs- und Pflegebedarf, des Fachkräftemangels und der Kostenentwicklung kann am besten mit einem gesamtheitlichen, integrierten altersgerechten Umfeld, Hilfe, Betreuung und Pflegeversorgung erreicht werden.

7.1.1 Altersgerechtes Umfeld

Mit einem **altersgerechten Umfeld**, wie beispielsweise in der räumlichen Infrastruktur (Wohnen, öffentlicher Raum), mit Mobilitätsangeboten sowie bedarfsorientierten Möglichkeiten für die soziale Teilhabe, wird ein gesundes Altern gefördert, sodass die älteren Menschen so lange wie möglich mit ihren eigenen Ressourcen selbstbestimmt ihr Leben gestalten können.

In den Leitsätzen der Alterspolitik des Kantons Aargau 2023 wird das altersgerechte Umfeld anhand der von der WHO definierten acht Bereiche für altersgerechtes Handeln (WHO, 2020) gemäss Abbildung 7 aufgezeigt.



Quelle: WHO 2017, eigene Darstellung Kanton Aargau.

7.1.2 Abgestimmte Angebote Hilfe, Betreuung und Pflege

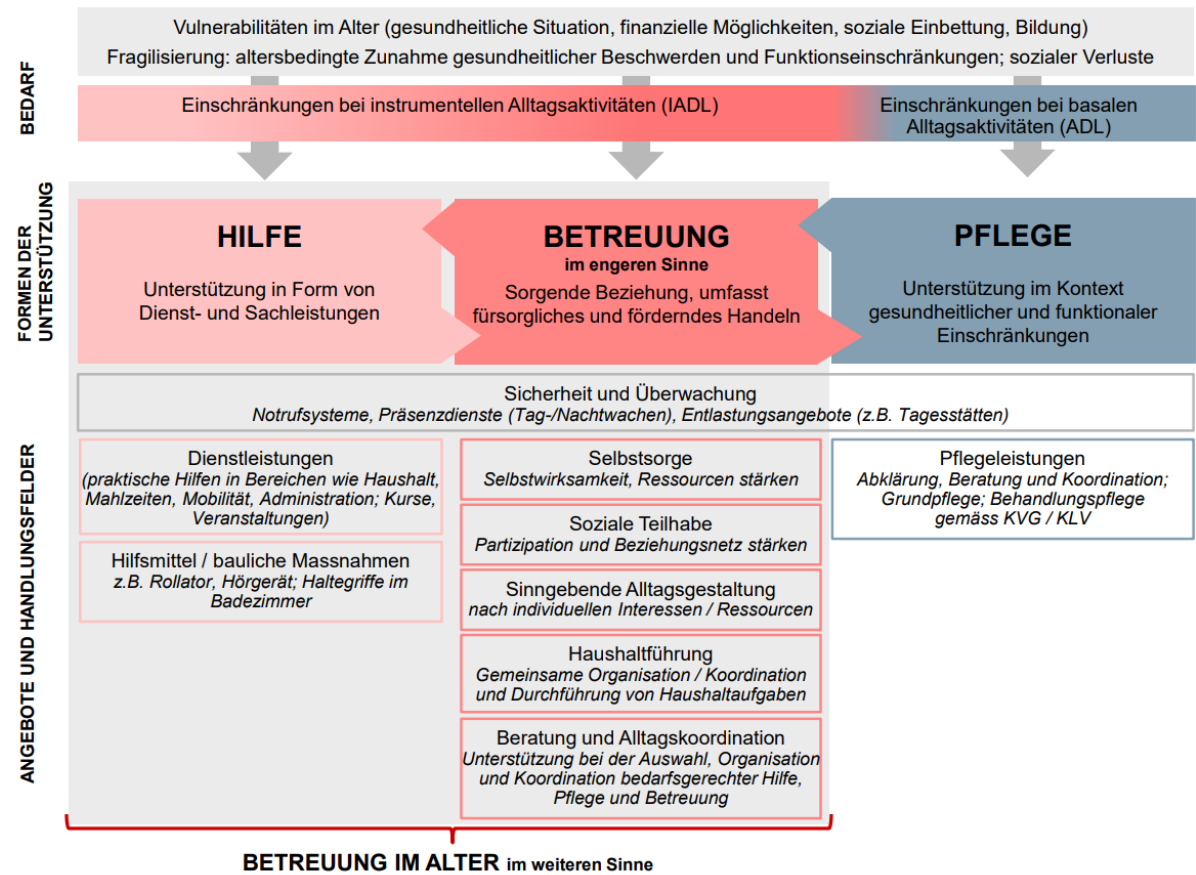
Zusätzlich zum altersgerechten Umfeld kann mit einem guten und optimal abgestimmten Angebot an Hilfe-, Betreuungs- und Pflegeangeboten sowie deren Vernetzung eine wirkungsvolle und bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt werden, die hilft das Kostenwachstum zu dämpfen. Eine Einordnung der Angebote der **Hilfe, Betreuung und Pflege** stellt das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) im Bericht "Betreuung im Alter – Bedarf, Angebote und integrative Betreuungsmodelle" (2023) gemäss Abbildung 8 dar.³⁰ Hilfe ist durch einen Dienstleistungscharakter geprägt. Dazu gehören Angebote wie praktische Hilfen (zum Beispiel Mahlzeiten- oder Fahrdienste, Putzhilfen), aber auch Kurse oder Veranstaltungen sowie Hilfsmittel und bauliche Massnahmen zur Unterstützung einer möglichst selbstbestimmten Alltags- und Lebensgestaltung. Bei der Betreuung steht das gemeinsame Tun im Vordergrund mit dem Ziel, Selbstbestimmung und Teilhabe trotz bestehender Einschränkungen zu ermöglichen (beispielsweise zusammen Hausarbeiten erledigen, gemeinsam besprechen, welche Hilfeleistungen eine sinnvolle Entlastung wären; gemeinsam nach Lösungen suchen, wie Hobbies und Kontakte erhalten und gepflegt werden können). Die Pflege bewegt sich zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit. Sie umfasst die Unterstützungsleistungen der Grundpflege für basale Alltagsaktivitäten (zum Beispiel Körperpflege/-hygiene, An-/Ausziehen, Beine einbinden oder Kompressionsstrümpfe anziehen, Essen und Trinken; siehe Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) wie auch Behandlungspflege bei Krankheitszuständen (zum Beispiel Wundbehand-

³⁰ www.bsv.admin.ch > Generationen & Gesellschaft > Alter > [Betreuung im Alter](#).

lungen, Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung, Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten, pflegerische Massnahmen und Unterstützung für psychisch kranke Personen; siehe Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit b KLV) und die Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (zum Beispiel Ermittlung des Pflegebedarfs, Beratung der Patientinnen und Patienten sowie anderer an der Pflege mitwirkenden Personen, Koordination; siehe Leistungen nach Art. 7 Abs 2 lit. a KLV).

Im professionellen Selbstverständnis von Pflegefachpersonen ist Betreuung ein integraler Bestandteil pflegerischen Handelns, und es gibt auch Überschneidungen im Bereich der gesundheitsfördernden und präventiven Tätigkeiten. Die Abgrenzung zwischen Pflege und Betreuung erfolgt primär anhand der sozialrechtlichen Regelung der Definition der Pflegeleistungen in Art. 7 Abs. 2 KLV.

Abbildung 8: Formen der Unterstützung im Alter

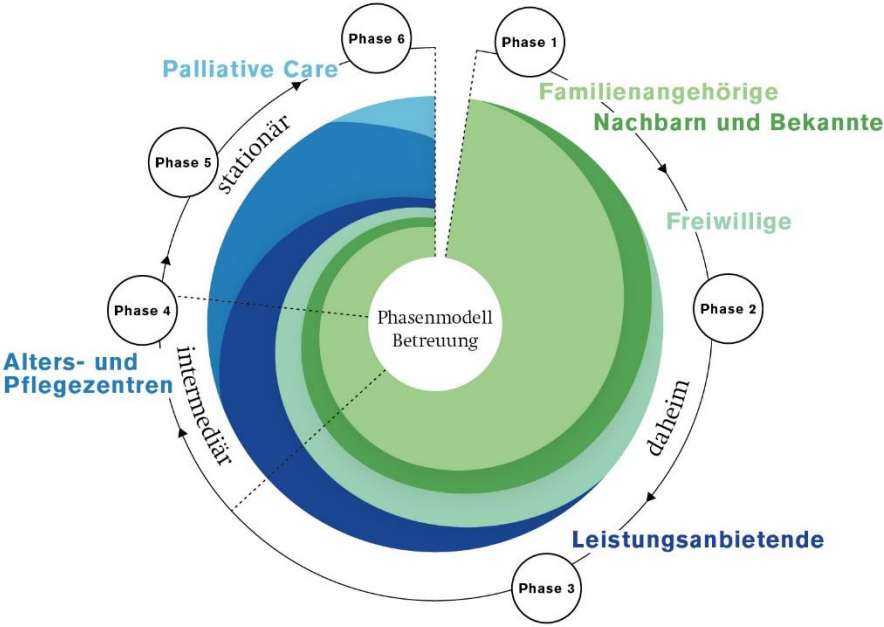


Darstellung BASS, basierend auf Knöpfel & Pardini (2020); Knöpfel et al. (2020b); Paul Schiller Stiftung (2023)

Im Alterungsverlauf der einzelnen Personen verändert sich der Bedarf an Hilfs-, Betreuungs- und Pflegeleistungen sowie auch das soziale Umfeld und der Kreis der unterstützenden Personen. Dies wird im **Phasenmodell** der Paul Schiller Stiftung³¹ dargestellt (siehe Abbildung 9). Je nach Betreuungsphase und individueller Lebenssituation stehen die beteiligten Akteure unterschiedlich stark im Vordergrund. Anfangs erfolgt die Unterstützung in Freizeitaktivitäten, sozialer Teilhabe und Bewältigung des Haushalts (Phase 1) meist schwerpunktmässig im Rahmen des Familien- und Bekanntenkreises. Bei Zunahme des Umfangs des Unterstützungsbedarfs in den alltäglichen Aufgaben und Bedarf an Begleitung ausser Haus (Phase 2) werden vermehrt die Nachbarschaft und informelle Hilfe und Betreuung durch Freiwilligenorganisationen involviert. Benötigen die Personen auch tägliche Unterstützung für lebensnotwendige Bedürfnisse wie Essen und Trinken, Waschen und Anziehen

(Phase 3) braucht es zusätzlich zur familiären und informellen Hilfe und Betreuung formelle Unterstützung von professionellen Anbietern der Pflege und Betreuung (zum Beispiel Spitex, Mahlzeiten-dienste, Begleitsdienste). Wird der Betreuungs- und Pflegebedarf noch aufwändiger und komplexer (Phase 4), gewinnen professionelle Angebote zu Hause als auch in Tagesstätten sowie zur Entlas-tung von pflegenden und betreuenden Angehörigen an Bedeutung. Angesichts der vermehrten Viel-fältigkeit und Intensität der Unterstützungsangebote wird auch deren gute Koordination wichtiger. Mit zunehmender Fragilität und gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder dem Verlust von nahestehen- den Personen, nehmen die sozialen, körperlichen und psychischen Herausforderungen zu. Professi- onelle Betreuungs- und Entlastungsangebote und stationäre Pflegeinstitutionen gewinnen an Bedeu- tung (Phase 5). Verstärken sich die gesundheitlichen Probleme zusätzlich und es wird Palliative Care benötigt (Phase 6), kommen spezialisierte Leistungserbringer zum Zug, während Angehörige und Freiwillige weiterhin eine wichtige Rolle spielen. Der zunehmende Bedarf an ärztlichen Leistungen sowie Spitalaufenthalte erhöhen die Anforderungen an die Koordination aller Angebote im Betreu- ungsprozess.

Abbildung 9: Phasenmodell Betreuung im Alter der Paul Schiller Stiftung



© Paul Schiller Stiftung

Die Versorgung mit Hilfs-, Betreuungs- und Pflegeleistungen erfolgt mittels **lokal und regional ver- schiedenen informellen und formellen Formen von Versorgungsangeboten**. Die untenstehende Tabelle zeigt eine Übersicht von Versorgungsangeboten nach Kategorien ohne Anspruch auf Voll- ständigkeit.

Tabelle 16: Formen der informellen und formellen Angebote der Hilfe, Betreuung und Pflege

Kategorie	Versorgungsangebot
Ambulant informell:	Familien/Angehörige
	Nachbarschaft
Ambulant formell allgemein:	Freiwilligenorganisationen:
	- Fahrdienste - Besuchsdienste - Begleitsdienste

Kategorie	Versorgungsangebot
	Telefonketten
	Entlastungsdienste
	Mahlzeitendienste
	Hauswirtschaftliche Leistungen
	Recht, Finanzen, Vorsorge, Administration
	Seelsorge, spirituelle Betreuung
Ambulante Pflege	Ambulante Pflege allgemein
	Ambulante Pflege spezialisiert (Palliative Care, Onkologie, psychiatrisch/psychosozial, Demenz, Kinder/Jugendliche)
Intermediäre Angebote	Betreutes Wohnen
	Tageszentren
	Tages-/Nachstrukturen von Pflegeheimen
	Ferienbetten
Stationäre Langzeitpflege	Pflegeheim stationär allgemein
	Pflegeheim stationär spezialisiert: • Palliative Care • Schwerstpflege • Gerontopsychiatrie • Demenz • Akut- und Übergangspflege

7.2 Lösungsansatz Versorgungsregionen Pflege gemäss GGpl 2030

7.2.1 Ziel, Zweck und Nutzen der Versorgungsregionen Pflege

Wie oben dargelegt haben die Versorgungsaspekte mit Hilfs-, Betreuungs- und Pflegeangeboten einen wesentlichen regionalen und lokalen Charakter. Auch weisen die Regionen im Kanton Aargau wesentliche Unterschiede hinsichtlich ländlichem oder städtischem Charakter und der Infrastruktur auf. Das Ziel 12 der GGpl 2030 sieht zur Sicherstellung der Pflegeversorgung regionale Versorgungsregionen der Gemeinden mit Aufgaben der Planung sowie Vernetzung und Koordination der ambulanten, intermediären und stationären Pflegeangebote vor. Das Ziel 23 verbindet den Bereich der Pflegeversorgung zusätzlich mit den weiteren Dienstleistungs- und Versorgungsangeboten rund ums Alter (Zielpublikum 60+) sowie der Information und Beratung durch Anlauf- und Beratungsstellen.

Diese Aufgaben können in einem Verbund von Gemeinden besser und effizienter erfüllt werden, als wenn dies jede Gemeinde selbst tun müsste. Eine zentrale Zuständigkeit des Kantons kann die regionalen Aspekte nicht zufriedenstellend abdecken. Die organisatorische Verselbstständigung und die Spezialisierung führen zur Professionalisierung der Versorgungstätigkeiten. Synergien und Fachwissen können in Versorgungsregionen besser genutzt werden. Der Kanton soll die Tätigkeiten der Versorgungsregionen mit Planungsgrundlagen und Betriebsbeiträgen unterstützen.

Die Versorgungsregionen sollen einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, dass die betroffenen Personen eine angemessene Versorgung mit einem gut abgestimmten, sich an den lokalen Lebensrealitäten orientierenden Unterstützungsangebot von informellen und formellen Leistungserbringern erhalten. Dabei können auch Über- und Unterversorgung vermieden und die Qualität der Behandlung verbessert werden. Die Versorgungsregionen sollen für die verschiedenen Anspruchsgruppen den im Folgenden beschriebenen Nutzen haben.

Nutzen für die Bevölkerung:

- Gewährleistung einer dem regionalen und lokalen Bedarf angemessenen, phasengerechten und vernetzten Versorgung in Hilfe, Betreuung und Pflege,
- Gewährleistung oder Verbesserung der Selbständigkeit, des selbstbestimmten Lebens und der Lebensqualität,
- Reduktion von Überforderung bei Betroffenen und Angehörigen in der Organisation von bedarfsgerechter Hilfe, Betreuung und Pflege durch niederschweligen, kostenlosen Zugang zu Anlaufstellen,
- Kostendämpfung durch besser vernetzte Versorgung in zweckmässigen und wirtschaftlichen Strukturen mit bedarfsgerechten Leistungsangeboten (insbesondere weniger Personen in kostenintensiveren stationären Einrichtungen).

Nutzen für die Gemeinden:

- Aufbau von unterstützenden Strukturen für die Bewältigung der künftigen Herausforderungen der demografischen Entwicklung der älteren Bevölkerung,
- Entlastung der Gemeindeverwaltungen durch professionelle Strukturen der Versorgungsregionen für die strategische Beratung und Planung in den Themenbereichen altersgerechtes Umfeld und Pflegeversorgung (ambulant, intermediär und stationär),
- Mitbestimmung der Gemeinden in der Gestaltung einer bedarfsgerechten Versorgung für die Hilfe, Betreuung und Pflege ihrer Bevölkerung,
- Unterstützung von Seite des Kantons in fachlicher und finanzieller Hinsicht für die Strukturen der Versorgungsregionen,
- Dämpfung des Anstiegs der Aufwände der Gemeinden für die Pflegefinanzierung und die Sozialhilfe.

Nutzen für den Kanton:

- Sicherstellung einer regionalen, vernetzten bedarfsgerechten Pflegeversorgung in Zusammenarbeit zwischen Kanton und Versorgungsregionen,
- Stärkung der Kompetenz der regionalen Partner in der Pflegebettenplanung für die Erstellung der Pflegeheimliste,
- Dämpfung des Anstiegs der kantonalen Aufwände für die EL.

Nutzen für die Leistungserbringer:

- Langfristige Planungssicherheit im Ausbau des Leistungsangebots und dessen Finanzierung,
- Regionales Versorgungsnetz mit verbesserten Prozessen und Informationsfluss.

7.2.2 Aufgaben der Versorgungsregionen

In den Strategien 12.3 und 23.1 der GGpl 2030 sind die folgenden Eckwerte zu den Aufgaben der Versorgungsregionen genannt:

- Koordination und Vernetzung der ambulanten, intermediären und stationären Leistungserbringer,
- Erarbeitung und Umsetzung eines regionalen Versorgungskonzeptes,
- Erarbeitung der regionalen Pflegeheimplanung für die kantonale Pflegeheimliste gemäss kantonalen Vorgaben,
- Sicherstellung einer regionalen Anlaufstelle (Information, Beratung und Unterstützung hinsichtlich passender Angebote rund ums Alter und der regionalen Gesundheitsversorgung).

Im Kanton Basel-Landschaft haben die Versorgungsregionen die zusätzliche Aufgabe des Betriebs einer Bedarfsabklärungsstelle (Pflegebedarfsabklärung, insbesondere vor einem Ersteintritt in ein Pflegeheim). Für die Bedarfsabklärung sind teilweise unabhängige Stellen oder Spitexorganisationen von den Versorgungsregionen beauftragt (siehe Kapitel 4.1.2). Im Kanton Basel-Stadt ist für den Eintritt in ein Pflegeheim ein Nachweis der Pflegebedürftigkeit notwendig, durchgeführt von einer unabhängigen Stelle (siehe Kapitel 5.2).

In Anlehnung an die Regelungen in anderen Kantonen (BL, BS) stellt das Departement Gesundheit und Soziales zur Förderung einer zweckmässigen und wirtschaftlichen Versorgung die folgende zusätzliche Aufgabe für die Versorgungsregionen zur Diskussion:

- Führen einer Stelle für die Bedarfsabklärung vor Pflegeheimeintritt (unabhängige Fachstelle oder Spitexorganisation).

Hinsichtlich der Aufgabe der Koordination und Vernetzung der ambulanten, intermediären und stationären Leistungserbringer schlägt das Department Gesundheit und Soziales die folgenden Konkretisierungen vor:

- Koordination und Vernetzung unter den Leistungserbringern zwecks Optimierung der Betreuungspfade (zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort, Informationsfluss unter den Leistungserbringern, Vermeidung von Doppelspurigkeiten).
- Koordination und Vernetzung in Zusammenarbeit zwischen Politik und Leistungsanbietern zur Ausgestaltung eines gut auf die lokalen und regionalen Bedürfnisse der Bevölkerung abgestimmten Versorgungsangebots an informellen und formellen Leistungen der Hilfe, Betreuung und Pflege (siehe Kapitel 7.1.2), basierend auf dem regionalen Versorgungskonzept und der regionalen Pflegeheimplanung. Innerhalb des Netzes sollen Angebotslücken erkannt und entsprechende Lösungen initiiert werden.
- Strategische und planerische Unterstützung der Gemeinden für deren Ausgestaltung der Alterspolitik durch die im Rahmen der Vernetzung erlangten Kenntnisse der lokalen Situation und der Bedürfnisse der Bevölkerung.

Diese Aufgaben können innerhalb einer Versorgungsregion durch ein Fach-Netzwerk (Beispiel: Projekt GERA, Kapitel 6.1) oder durch Anlaufstellen (Beispiel: von Gemeinden betriebene Fachstellen, Kapitel 2.2.2) wahrgenommen werden.

7.2.3 Finanzierung der Versorgungsregionen

Die Gemeinden tragen grundsätzlich die Restkosten im Rahmen der Pflegefinanzierung und sind für die finanzielle Abgeltung der Anlauf- und Beratungsstellen nach § 18 PflG zuständig. Die Aufgaben der Versorgungsregionen tragen wesentlich zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Pflegeversorgung bei, wovon die Gemeinden im Rahmen der Pflegefinanzierung profitieren. Gemäss dem Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz (Gestaltungskompetenz und Finanzierung soweit möglich auf der gleichen Ebene, § 5 Abs. 2 des Gesetzes über die wirkungsorientierte Steuerung von Aufgaben und Finanzen [GAF] vom 6. Juni 2012 [SAR 612.300]) ist somit die Finanzierung der Versorgungsregionen wesentlich Sache der Gemeinden. Die Strategie 12.4 der GGpl 2030 sieht eine Unterstützung der Versorgungsregionen durch den Kanton mittels Betriebsbeiträgen vor. Als Grundsätze für die Bemessung des Kantonsbeitrags sind folgende Ansätze denkbar:

- Bemessung nach Anzahl Mitgliedsgemeinden und Wohnbevölkerungsbestand (ähnlich wie bei Repla),
- Anteilsmässige Übernahme der Lohnkosten für den administrativen Betrieb der Versorgungsregionen (ähnlich wie bei den RIF).

7.2.4 Aufgaben der Gemeinden

Die Aufgaben der Gemeinden sind gemäss Strategie 12.1:

- Bildung, Organisation und Führung der Versorgungsregion,
- Jede Gemeinde gehört mindestens einer Versorgungsregion an,
- Finanzierung der Tätigkeiten der Versorgungsregionen (siehe auch Kapitel 7.3).

7.2.5 Aufgaben des Kantons

Die Aufgaben des Kantons sind gemäss Strategien 12.2 und 12.4:

- Planung der Pflegebetten und führen der Pflegeheimliste gemäss KVG-Vorgabe,
- Leistungsverträge für spezialisierte stationäre Pflegeangebote (gemäss der vom Regierungsrat genehmigten Pflegeheimkonzeption),
- die Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen für Versorgungsregionen mit Gewährleistung von modularen und flexiblen Lösungen,
- Unterstützung der Tätigkeiten der Versorgungsregionen mittels Betriebsbeiträgen,
- Festlegung von minimalen Qualitätsstandards,
- Festsetzung der Pflegenormkosten und Betrieb der Clearingstelle (diese erfahren Änderungen bei Einführung von EFAS).

Angelehnt an den Beispielen der Fachstelle Alter und Familie (Kapitel 3.1.5) und der Regionalen Integrationsfachstellen (Kapitel 6.6) wird folgende zusätzliche Aufgabe zur Diskussion gestellt:

- Unterstützung der Gemeinden durch das Departement Gesundheit und Soziales in fachlicher Hinsicht mittels Beratung und Bereitstellung von Kennzahlen, Prognosemodellen und methodischen Werkzeugen für die Versorgungsregionen zum Aufbau und Weiterentwicklung ihrer Tätigkeiten.

7.2.6 Bildung von Versorgungsregionen

Die Bildung von Versorgungsregionen ist gemäss Strategie 12.1 der GGpl 2030 die Aufgabe der Gemeinden. Weitere Vorgaben, beispielsweise zur Mindestgrösse von Versorgungsregionen oder zum Prozess des Zusammenschlusses werden in der GGpl 2030 nicht genannt. Dass ein Regionalplanungsverband als Versorgungsregion fungiert, wird in der GGpl 2030 als Möglichkeit genannt. Die Daten der Versorgungsdichte und Inanspruchnahme pro Repla zeigen Unterschiede, die darauf hindeuten, dass sich die Regionen der Repla teilweise nicht mit den regionalen Einzugsgebieten der stationären Langzeitpflege decken. Im Planungsbericht der GGpl 2030 wird in den Erläuterungen zum Ziel 12 auch eine nicht an Gemeinden- oder Kantonsgrenzen endende koordinierte Versorgungsperspektive erwähnt, die sich an Patientenströmen, an bereits bestehenden Kooperationen von Leistungserbringern und der Bevölkerungsstruktur ausrichtet.

Im Kanton Basel-Landschaft haben die Gemeinden die Möglichkeit der freien Wahl des Zusammenschlusses unabhängig von den bestehenden Bezirksstrukturen wahrgenommen.

In anderen umliegenden Kantonen sind keine Versorgungsregionen mit vergleichbaren Zuständigkeiten und Kompetenzen wie in der GGpl 2030 vorhanden, es gibt jedoch Regionenbildungen für die Pflegeheimplanung oder Spitexversorgung. Der Kanton Bern verwendete für die Neuorganisation der Spitexregionen die Perspektiven Lebensraum (zusammengehörende Arbeitsmarktregionen sowie Einzugsgebiete der Pflegeheime), die Versorgungsplanung und die Versorgungssicherheit (siehe Kapitel 4.2).

Bezüglich Minimalgrösse sind in den umliegenden Kantonen verschiedene Ansätze zu finden. Im Kanton Basel-Landschaft weisen die Versorgungsregionen Einwohnerzahlen zwischen knapp 3'400 bis über 48'000 auf. Im Kanton Bern beträgt der Zielwert für die Bildung der Spitexregionen 40'000 Einwohner. Der Kanton Zürich strebt betreffend die Versorgungsregionen für die Pflegeheimbettenplanung einen Richtwert für die Mindestgrösse von 30'000 Einwohnern an.

Aufgrund der GGpl 2030 und den Erfahrungen aus anderen Kantonen werden für den Kanton Aargau die folgenden Lösungsansätze vorgeschlagen:

Kriterien für die Regionenbildung:

- Orientierung an Patientenströmen, Einzugsgebieten der Pflegeheime und Lebenswelten der älteren Bevölkerungsgruppen,
- Orientierung an bereits bestehenden Kooperationen von Leistungserbringern,
- Orientierung an bestehenden Strukturen (Repla, Bezirke),
- Mit oder ohne Vorgabe einer Mindestgrösse.

Prozesse zur Regionenbildung:

- Selbstorganisation durch die Gemeinden (allenfalls Zuteilungsentscheid für Gemeinden durch Regierungsrat oder Grosser Rat, die sich innert gesetzter Frist keiner Versorgungsregion anschliessen),
- Kantonale Arbeitsgruppe mit Vertretern der Gemeinden, der Leistungserbringer und des Kantons (über definitive Zugehörigkeit zu einer Versorgungsregion entscheiden die Gemeinden),
- Gesetzliche Festlegung bestehender Strukturen (Bezirke oder Repla).

7.2.7 Organisationsformen für Versorgungsregionen

Die GGpl 2030 nennt keine anzustrebende Organisationsform. Sie nennt die Repla lediglich als Möglichkeit. Aufgrund der Gegebenheiten im Gesetz über die Einwohnergemeinden (Gemeindegesetz, GG) vom 19. Dezember 1978 (SAR 171.100) im Kanton Aargau und den Beispielen im Kanton Basel-Landschaft (Beschreibung siehe Kapitel 4.1.1) stellt das Department Gesundheit und Soziales die folgenden Möglichkeiten zur Diskussion:

- Gemeindevertrag (§ 72–73 GG)
- Gemeindeverband (§ 74–82 GG)

7.2.8 Regionale Anlaufstellen

In den Strategien 12.3 und 23.1 der GGpl 2030 werden die folgenden **Aufgaben** der Anlaufstellen benannt:

- Informationsfunktion zu Dienstleistungs- und Versorgungsangeboten rund ums Alter und der regionalen Gesundheitsversorgung,
- Sachgerechte Beratung und Unterstützung rund ums Alter,
- Vermittlung von passenden Angeboten und Dienstleistungen bei Bedarf.

Hinsichtlich **Organisation und Betrieb** der Anlaufstellen wird in der Strategie 23.1 der GGpl 2030 die Möglichkeiten des direkten Betriebs durch die Versorgungsregion oder die Auslagerung an eine Drittorganisation genannt. Betreffend Drittorganisation spielt bereits heute die Pro Senectute eine wesentliche Rolle, die im Auftrag von mehr als der Hälfte der Gemeinden im Kanton Aargau für den Betrieb der Anlauf- und Beratungsstelle gemäss § 18 PlfG verantwortlich ist.

8. Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
APG	Altersbetreuungs- und Pflegegesetz Basel-Landschaft
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBS	Bedarfsabklärungsstelle
BFS	Bundesamt für Statistik
BPG	Betreuungs- und Pflegegesetz Kanton Luzern
CS	Clearing Stelle
CURAVIVA	Branchenverband der Dienstleister für Menschen im Alter
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EFAS	einheitliche Finanzierung der Leistungen
FAF	Fachstelle Alter und Familie
GAF	Gesetz über die wirkungsorientierte Steuerung von Aufgaben und Finanzen
GemG	Gesetz über die Organisation und Verwaltung der Gemeinden (Gemeindegesetz)
GERA	Gesundheit Region Aarau
GG	Gesetz über die Einwohnergemeinden (Gemeindegesetz)
GGpl 2030	Gesundheitspolitische Gesamtplanung 2030
GSI	Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion, Kanton Bern
IBS	Informations- und Beratungsstelle
IV	Invalidenversicherung
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankpflegeversicherung
PfIG	Pflegegesetz
PfIV	Pflegeverordnung
Repla	Regionalplanungsverband
RIF	Regionale Integrationsfachstellen
SHG	Sozialhilfegesetz Kanton Zürich
SL	Spezialitätenliste
SLFV	Swisslos-Fonds-Verordnung
SLG	Gesetz über die sozialen Leistungsangebote Kanton Bern
SPITEX	Spitalexterne Hilfe und Pflege
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
VAOF	Verein für Altersbetreuung im Oberen Fricktal
WHO	World Health Organisation, Weltgesundheitsorganisation