

Gesetz über die Pflegefinanzierung

Botschaft und Entwurf der Regierung vom 29. Juni 2010

Inhaltsverzeichnis	Seite
Zusammenfassung.....	2
1. Ausgangslage	3
1.1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung	3
1.2. Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung und Verordnungsänderungen.....	4
1.2.1. Stationäre Pflege	5
1.2.2. Ambulante Pflege.....	6
1.2.3. Stationäre und ambulante Akut- und Übergangspflege	6
1.2.4. Ergänzungsleistungen.....	7
1.2.5. Hilflosenentschädigung zur AHV.....	7
1.2.6. Übersicht Regelungsbedarf	8
2. Heutige Situation im Kanton St.Gallen	9
2.1. Stationäre Pflege (Betagten- und Pflegeheime).....	9
2.1.1. Entwicklung	9
2.1.2. Zuständigkeiten	11
2.1.3. Leistungsangebot.....	13
2.1.4. Finanzierung.....	14
2.1.5. Quantitative und qualitative Weiterentwicklung.....	15
2.2. Ambulante Pflege (Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause)	16
2.2.1. Entwicklung	16
2.2.2. Zuständigkeiten	17
2.2.3. Leistungsangebot und Datenlage.....	17
2.2.4. Finanzierung.....	17
3. Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung in der stationären Pflege.....	18
3.1. Neue Gesetzesgrundlage.....	18
3.2. Regelungsbedarf im Kanton St.Gallen	18
3.2.1. Zulassung als Leistungserbringer	18
3.2.2. Abgrenzung von Pflege und Betreuung.....	19
3.2.3. Beiträge der Versicherungen und der Bewohnenden	19
3.2.4. Anrechenbare Pflegekosten	19
3.2.5. Abwicklung	20
3.2.6. Finanzierung von Tages- und Nachtaufenthalten.....	21
3.2.7. Übergangsbestimmung.....	21
3.2.8. Controlling	21
4. Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung in der ambulanten Pflege.....	22
4.1. Zuständigkeit der politischen Gemeinden.....	22
4.2. Zuständigkeit des Kantons	22
4.3. Beiträge der Leistungsbezügerinnen und -bezüger.....	22
4.4. Abwicklung.....	23
4.5. Übergangsbestimmung.....	23
5. Umsetzung der Akut- und Übergangspflege.....	23
5.1. Anordnung.....	23
5.2. Zulassung als Leistungserbringer	23
5.3. Finanzierung (Kostenträger, -anteile, Pauschalen)	24

5.4. Abwicklung.....	24
6. Finanzielle Auswirkungen.....	24
6.1. Stationäre Pflege	25
6.1.1. Kostenschätzung für die stationäre Pflege	25
6.1.2. Entwicklungen und Handlungsfelder im Kostenbereich	26
6.2. Ambulante Pflege	27
6.3. Stationäre und ambulante Akut- und Übergangspflege	28
6.4. Ergänzungsleistungen.....	28
6.5. Finanzielle Auswirkungen im Überblick und Kostenübernahme durch Kanton und Gemeinden.....	29
7. Vernehmlassung.....	31
7.1. Stationäre Pflege	32
7.1.1. Zuständigkeit der politischen Gemeinden und Kostenteiler Kanton-Gemeinden.....	32
7.1.2. Kostenarten, Festlegung von Pflegekosten und Betreuungskosten	33
7.1.3. Qualität und Wirtschaftlichkeit.....	33
7.1.4. Bewilligung, Zulassung und Aufsicht	34
7.2. Ambulante Pflege	34
7.3. Akut- und Übergangspflege.....	35
8. Bemerkungen zu einzelnen Artikeln.....	35
8.1. Allgemeine Bestimmungen (Art. 1 bis 4)	35
8.2. Finanzierung (Art. 5 bis 19)	37
8.2.1. Stationäre Pflege (Art. 5 bis 11).....	37
8.2.2. Ambulante Pflege (Art. 12 bis 17)	39
8.2.3. Akut- und Übergangspflege (Art. 18 und 19)	40
8.3. Schlussbestimmungen (Art. 20 bis 22).....	40
9. Verfahren (einschliesslich Referendum).....	41
10. Antrag	42
Entwurf (Gesetz über die Pflegefinanzierung).....	43

Zusammenfassung

Beim Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung handelt es sich um ein Reformpaket in Zusammenhang mit dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) aus dem Jahr 1996. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung tritt am 1. Januar 2011 in Kraft und hat zum Ziel, die Probleme im Bereich der Finanzierung der Pflege zu lösen, die bereits seit der Einführung des KVG bestehen. Das Paket umfasst Anpassungen bei den Vermögensfreibeträgen bei den Ergänzungsleistungen und die Einführung einer Hilflosenentschädigung bei leichter Pflegebedürftigkeit zu Hause. Diese Änderungen sind im Kanton direkt anwendbar.

Zusätzlich umfasst die Vorlage die Klärung der Finanzierung von ambulanter und stationärer Pflege (Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause und Pflegeheime) sowie der neuen Tarifkategorie der Akut- und Übergangspflege. Die Finanzierung der ambulanten und stationären Pflege bildet das Kernstück der Vorlage. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung wird künftig einen gesamtschweizerisch festgelegten Beitrag an die Pflegekosten leisten. Zusätzlich wird der Beitrag der Pflegebedürftigen limitiert. Die Finanzierung der restlichen Pflegekosten ist von der öffentlichen Hand sicherzustellen. Die Kantone haben dazu entsprechende Regelungen zu erlassen. Dabei wird insbesondere die neue Finanzierung der stationären Pflege grosse finanzielle Auswirkungen und organisatorische Veränderungen sowohl für die Heime als auch für die Bewohnerinnen und Bewohner mit sich bringen, da die öffentliche Hand als zusätzlicher Kostenträger eingeführt wird. Die Akut- und Übergangspflege definiert eine während höchstens zwei Wochen ärztlich verordnete Tarifkategorie im Anschluss an einen Spitalaufenthalt.

Da im Kanton St.Gallen keine Rechtsgrundlage für die Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung existiert, ist ein neues Gesetz zu schaffen. Der vorliegende Entwurf eines Gesetzes über die Pflegefinanzierung regelt demgemäss die Finanzierung der ambulanten und stationären Pflege sowie der Akut- und Übergangspflege. Trotz der zeitlichen Dringlichkeit erscheint es aufgrund der Tragweite der Vorlage und zur Gewährleistung der Rechtssicherheit dennoch angezeigt, das ordentliche Gesetzgebungsverfahren durchzuführen. Im vorliegenden Gesetzesentwurf sollen aber vornehmlich die Zuständigkeiten für die Finanzierungspflichten sowie die Abwicklung geregelt werden. Aufgrund der geltenden, im Sozialhilfe- und im Gesundheitsgesetz vorgegebenen Zuständigkeitsordnung sind primär die politischen Gemeinden für die Übernahme der Pflegekosten zuständig. Der Kanton soll sich bei den neu entstehenden Kosten der stationären Pflege jedoch beteiligen und die Gemeinden sollen künftig die Bezügerinnen und Bezüger von ambulanten Pflegeleistungen zur Kostendeckung einbeziehen können. Des Weiteren ist dem Wohnsitz- bzw. Herkunftsprinzip sowohl inner- als auch interkantonal über gesetzliche Regelungen Nachachtung zu verschaffen.

Nachdem der Bund während den vergangenen rund zehn Jahren die offenkundigen Probleme hinsichtlich Kostentransparenz, Tarifschutz, Festlegung von Pflegekosten, Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen und ähnlichem nicht geklärt hat, ist es nun an den Kantonen, erste Bereinigungen zu erwirken. Dieses Ansinnen ist eingebettet in die bisherigen Bestrebungen des Kantons und der Gemeinden zur Gewährleistung eines quantitativ und qualitativ guten Pflegeangebots in sämtlichen Regionen des Kantons.

Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen mit dieser Vorlage Botschaft und Entwurf zum Gesetz über die Pflegefinanzierung.

1. Ausgangslage

1.1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG) basiert auf dem Prinzip der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken. Es brachte Mitte der 1990er-Jahre den grundlegenden Systemwechsel, indem das Obligatorium für eine Grundversicherung eingeführt wurde, die gesetzlich umschriebene Leistungen umfasst und grundlegende Bedürfnisse bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft abdecken soll. Das KVG ist damit eine wichtige Säule im sozialen Sicherungssystem. Demgemäss umfasst es auch den Grundsatz, dass die Kosten für die Pflege durch Pflegefachpersonen und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (nachfolgend: Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause) und für die Pflege in Pflegeheimen – abgesehen von Selbstbehalt und Franchise – durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen werden (Art. 25 Abs. 2 KVG). Eine Kostenbeteiligung der versicherten Personen darüber hinaus war im KVG bisher ebenso wenig vorgesehen wie eine Mitfinanzierung der Pflegekosten durch Kantone und Gemeinden (Art. 64 KVG).

Da sich jedoch bereits kurz nach Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 zeigte, dass die dieser Regelung zugrunde liegenden Berechnungen zu tief waren, erliess der Bund auf den 1. Januar 1998 Rahmentarife für die von den Krankenversicherern zu vergütenden Kosten der ambulanten Pflege und der Pflege im Pflegeheim. Diese Tariffestlegung war so lange zu beachten, als sich die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause sowie die Pflegeheime mit den Versicherern nicht über gemeinsam erarbeitete Grundlagen zu den Tariffberechnungen einigen konnten (Art. 104a KVG). Nach diesen Rahmentarifen erfolgte seither die Vergütung der Pflegekosten ambulant je Stunde und jene im Pflegeheim je Tag, letztere abgestuft nach Pflegebedarf. Schätzungen zeigen, dass die Krankenversicherung die Kosten der Pflege am-

bulant und im Pflegeheim lediglich etwa zu 60 Prozent decken (Amtliches Bulletin 2007 des Nationalrates [AB 2007 N] 1106). Die restlichen Pflegekosten werden heute vorwiegend von den versicherten Personen (und damit oftmals durch die Ergänzungsleistungen) gedeckt.

Nachdem die zweite grössere Teilrevision des KVG im Jahr 2003 scheiterte, legte der Bundesrat dem Parlament im Februar 2004 zwei Reformpakete mit voneinander unabhängigen Teilbotschaften vor: die Neuregelung der Spitalfinanzierung sowie die Neuordnung der Pflegefinanzierung. Während den Beratungen und schliesslich bis zum Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung behielten die oben genannten Rahmentarife ihre Gültigkeit.

1.2. Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung und Verwaltungsänderungen

Mit Beschluss vom 13. Juni 2008 haben die eidgenössischen Räte schliesslich nach einem umfassenden Differenzbereinigungsverfahren dem Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (BBl 2008, 5247) zugestimmt. Mit diesem Mantelerlass werden neben dem KVG auch das Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (SR 831.10; abgekürzt AHVG) und das Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (SR 831.30; abgekürzt ELG) angepasst.

Bei der Neuordnung der Pflegefinanzierung handelt es sich in erster Linie um eine Finanzierungsvorlage. Sie umfasst keine materiellen Änderungen des Pflegeleistungskatalogs, wie er sich in Art. 7 Abs. 2 der eidgenössischen Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (SR 832.112.31; abgekürzt KLV) findet. Damit bleibt die Pflege nach KVG unverändert, unabhängig davon, ob sie ambulant, stationär oder vorübergehend nach einem Spitalaufenthalt durch die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause oder in Pflegeheimen erbracht wird. Durch die neue Finanzierungsordnung wird sich die Nachfrage nach Leistungen der Pflege, die ambulant oder im Pflegeheim zu erbringen sind, kaum namhaft verändern.

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung verfolgt insbesondere zwei Hauptziele: Zum einen soll die wirtschaftlich schwierige Situation bestimmter Gruppen pflegebedürftiger Personen verbessert, zum anderen soll die obligatorische Krankenpflegeversicherung, die im geltenden System zunehmend altersbedingte Pflegeleistungen übernimmt, finanziell nicht zusätzlich belastet werden. Das Bundesgesetz regelt dazu die Finanzierung von ambulant durch Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause oder stationär in Betagten- und Pflegeheimen erbrachten Pflegeleistungen neu. Insbesondere wird neu den Kantonen und/oder Gemeinden eine Mitfinanzierungspflicht überbürdet. Die Neuordnung sieht im Bereich KVG zudem künftig eine Unterscheidung zwischen der Finanzierung der «Pflegeleistungen» und der «Leistungen der Akut- und Übergangspflege» vor.

Mit der Schaffung einer Entschädigung für eine Hilflosigkeit leichten Grades zu Hause im AHV-Alter und den Anpassungen des ELG wird zudem angestrebt, dass durch den Aufenthalt in einem Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit entsteht.

Am 24. Juni 2009 hat der Bundesrat die erforderlichen Ausführungsbestimmungen zu den Gesetzesänderungen erlassen. Dabei wurden folgende eidgenössischen Verordnungen angepasst:

- Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.101; abgekürzt KVV) [AS 2009, 3525];
- Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (SR 832.112.31; abgekürzt KLV) [AS 2009, 3527];
- Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (SR 831.101; abgekürzt AHVV) [AS 2009, 3523].

1.2.1. Stationäre Pflege

Die kantonal oder regional vereinbarten Tarife zwischen den Krankenversicherern und Pflegeheimen werden mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung hinfällig. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet neu einen für die ganze Schweiz einheitlich festgelegten Beitrag an die Pflegekosten (Art. 25a Abs.1 und 4 KVG). Dieser Beitrag wird vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken festgelegt (Art. 7a KLV). Diese Festlegung erfolgt für das erste Jahr kostenneutral. Der Bund kann in den Folgejahren Anpassungen vornehmen. Jedoch wurde nicht festgelegt, nach welchen Grundsätzen Anpassungen erfolgen (z.B. Teuerung). Die bei Vollzugsbeginn in den Kantonen geltenden Tarife sind innert drei Jahren bis spätestens 31. Dezember 2013 an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge anzugleichen. Die Kantonsregierungen regeln diese Angleichung (Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG). Diese Eckwerte gelten im Übrigen auch für die ambulante Pflege (vgl. Ziff. 1.2.2).

Die Beiträge werden für zwölf zeitliche Abstufungen von je 20 Minuten täglichem Pflegebedarf festgelegt (von «bis 20 Minuten» bis «mehr als 220 Minuten») und wurden aktuell auf Fr. 9.– je 20 Minuten fixiert (Beitrag Krankenversicherer minimal: Fr. 9.–; maximal: Fr. 108.–). Den versicherten Personen dürfen nach Art. 25a Abs. 5 KVG von den nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckten Pflegekosten maximal 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgelegten Pflegebeitrags überwält werden. Dies entspricht derzeit einer maximalen Kostenbeteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner von Fr. 21.60 je Pflgetag. Zusätzlich zu diesen Kostenanteilen an die Pflege haben die Bewohnerinnen und Bewohner wie bis anhin die vollen Kosten für den Betreuungsaufwand und die Pension zu übernehmen.

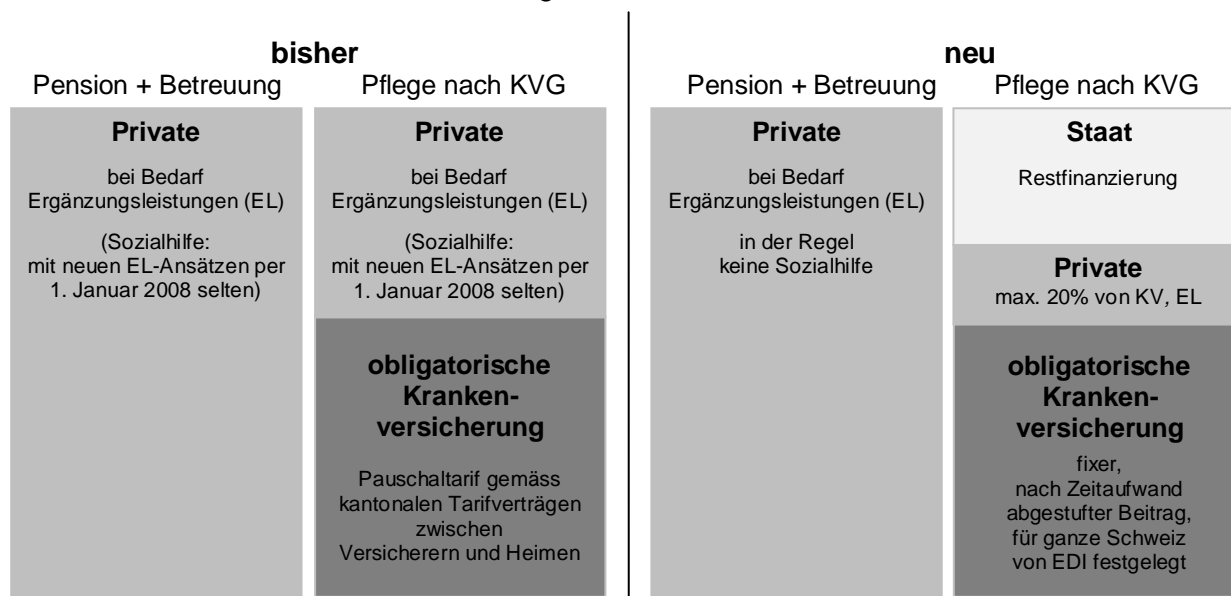


Abb. 1: Kostenträger in Pflegeheimen

Sofern die Pflegekosten nicht durch die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und den Beitrag der pflegebedürftigen Person gedeckt sind, sieht Art. 25a Abs. 5 KVG eine Restfinanzierung vor, welche die Kantone zu regeln haben. Die Restfinanzierung ist unabhängig von der finanziellen Situation der pflegebedürftigen Person zu gewährleisten (bedarfsunabhängige Leistung). Des Weiteren gilt es zu berücksichtigen, dass das Bundesrecht nicht definiert, was 100 Prozent der Pflegekosten sind bzw. was alles zu den Pflegekosten zu zählen ist. Entsprechende Regelungen zu den anerkannten Pflegekosten sind deshalb ebenfalls Sache der Kantone.

Um sowohl für alle Bewohnerinnen und Bewohner der Heime als auch für alle Gemeinden – unabhängig davon, ob sie Standortgemeinden von Pflegeheimen sind oder nicht – einheitliche Voraussetzungen zu schaffen, müssen die Kantone schliesslich auch festlegen, welche Rege-

lungen und Zuständigkeiten für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Heimaufenthalten bzw. bei Heimaufenthalten ausserhalb der bisherigen Wohnsitzgemeinde gelten.

1.2.2. Ambulante Pflege

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung regelt die Kostenaufteilung für die ambulante Pflege wie folgt:

Staat (Restfinanzierung)
möglicher Privatanteil max. 20% von OKP
Franchise und Selbstbehalt
obligatorische Krankenversicherung

Abb. 2: Kostenträger der ambulanten Pflege

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (abgekürzt OKP) entrichtet einen Beitrag an die ambulanten Pflegeleistungen (Art. 25a Abs.1 KVG). Diese Beiträge werden vom Bund differenziert nach dem Pflegebedarf für die ganze Schweiz einheitlich in Franken festgelegt (Art. 7a KLV). Für ambulante Pflegeleistungen beläuft sich der Beitrag ab Inkrafttreten je nach Art der Leistungen auf:

- Massnahmen der Abklärung und Beratung: Fr. 79.80 je Pflegestunde
- Massnahmen der Untersuchung und Behandlung: Fr. 65.40 je Pflegestunde
- Massnahmen der Grundpflege Fr. 54.60 je Pflegestunde

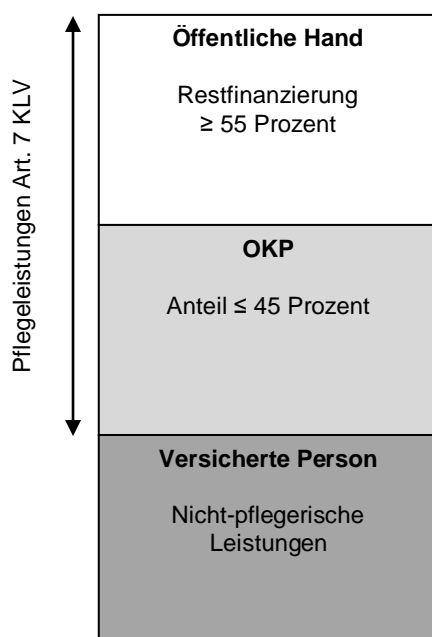
Die Vergütung erfolgt in Zeiteinheiten von fünf Minuten. Zu vergüten sind wenigstens zehn Minuten (Art. 7a Abs. 1 und 2 KLV).

Die nach Abzug dieser Beiträge verbleibenden Pflegekosten dürfen teilweise den Leistungsbezügerinnen und -bezügern verrechnet werden. Die Höchstbelastung ist dabei auf 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags der Krankenversicherer beschränkt (Art. 25a KVG), d.h. Fr. 15.95 je Tag, dies entspricht 20 Prozent des maximalen Stundentarifs von Fr. 79.80. Die Restfinanzierung der Pflegekosten ist von der öffentlichen Hand zu übernehmen.

1.2.3. Stationäre und ambulante Akut- und Übergangspflege

Mit der Definition der Akut- und Übergangspflege werden keine neuen Leistungen geschaffen. Es handelt sich um eine neue Tarifkategorie. In Bezug auf die Leistungserbringer und den Leistungskatalog (Art. 7 Abs. 3 KLV) unterscheiden sich die Leistungen der Akut- und Übergangspflege nicht von den ambulanten und stationären Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV. Leistungen der Akut- und Übergangspflege schliessen jedoch zwingend an einen Spitalaufenthalt an. Sie werden bei medizinischer Notwendigkeit durch eine Spitalärztin oder einen Spitalarzt verschrieben und sind auf 14 Tage befristet (ohne Verlängerungsmöglichkeit). Ziel der Akut- und Übergangspflege ist die Rückkehr der versicherten Person zu jenem Zustand, in dem sie sich vor dem Spitaleintritt befand. Die Akut- und Übergangspflege stellt einen Abschnitt der Behandlung dar und dient nicht der Finanzierung allfälliger Wartezeiten im Hinblick auf den Eintritt in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Heim. Die kumulative Vergütung von Leistungen der Akut- und Übergangspflege mit anderen Pflegeleistungen ist ausgeschlossen.

Die Tarife (Pauschalen) der Akut- und Übergangspflege werden zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern ausgehandelt und von den Kantonsregierungen genehmigt (Art. 46 Abs. 4 KVG). Dadurch besteht die Gewähr, dass die vereinbarten Pauschalen einer wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen.



Analog zur neuen Spitalfinanzierung sieht die Neuordnung der Pflegefinanzierung eine Beteiligung der öffentlichen Hand von wenigstens 55 Prozent und der Krankenversicherer von höchstens 45 Prozent an den Pflegekosten der Akut- und Übergangspflege vor. Anders als bei der neuen Spitalfinanzierung haben Kantone mit unterdurchschnittlichen Erwachsenenprämien keine Möglichkeit, den Anteil der öffentlichen Hand unter 55 Prozent festzulegen.

Die Versicherten müssen sich, abgesehen von den Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Franchise und Selbstbehalt), nicht an den Pflegekosten der Akut- und Übergangspflege beteiligen. Die nicht-pflegerischen Leistungen (beispielsweise Pension, Betreuung bzw. Hauswirtschaft) sind hingegen von den Versicherten zu tragen.

Abb. 3: Kostenträger der Akut- und Übergangspflege

1.2.4. Ergänzungsleistungen

Zusätzlich zu den Verbesserungen im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) hat sich der Bundesgesetzgeber nun für weitere, wesentliche Verbesserungen der Ergänzungsleistungen (abgekürzt EL) ausgesprochen. So wird der Vermögensfreibetrag bei Alleinstehenden von heute Fr. 25'000.– auf Fr. 37'500.– und bei Ehepaaren von Fr. 40'000.– auf Fr. 60'000.– erhöht. Zudem wird ein zusätzlicher Freibetrag von Fr. 300'000.– eingeführt für Liegenschaften, wenn ein Ehegatte im Heim und der andere im Wohneigentum lebt oder wenn eine im eigenen Wohneigentum lebende Person eine Hilflosenentschädigung bezieht.

Die Kantone haben jedoch nach Art. 10 Abs. 2 Bst. a ELG dafür zu sorgen, dass Beziehende von EL durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel nicht sozialhilfeabhängig werden. In Art. 1 der Verordnung über die nach Ergänzungsleistungsgesetz anrechenbare Tagespauschale (sGS 351.52) sind die höchstens anrechenbaren Tagespauschalen auf die zwölfstufigen Pflegebedarfserfassungssysteme (BESA und RAI/RUG) anzupassen. Dabei gilt es, kostensteigernde Anreizsysteme zu verhindern und sowohl die Beiträge nach Pflegestufe als auch der Grundbetrag für Personen ohne Pflegebedürftigkeit den tatsächlichen Kostenstrukturen in den Pflegeheimen anzupassen. Nachdem die EL bislang vornehmlich auch für die Deckung von stationären Pflegekosten sorgen musste, wird die neue und vorgelagerte bedarfsunabhängige Restfinanzierung in diesem Bereich zu einer Entlastung führen.

1.2.5. Hilflosenentschädigung zur AHV

Im AHVG wird eine neue Leistung geschaffen: die Hilflosenentschädigung leichten Grades für Altersrentnerinnen und -rentner, die zu Hause leben (20 Prozent der Mindestrente: Fr. 228.– monatlich; Fr. 2'736.– jährlich; Stand 2009). Aus den bundesrechtlichen Vorgaben entsteht weder ein gesetzlicher Anpassungsbedarf noch müssen Kantone und Gemeinden für die neue Hilflosenentschädigung aufkommen. Die Mehrkosten werden durch den Bund finanziert (Art. 102 Abs. 2 AHVG). Die verwaltungstechnische Umsetzung erfolgt direkt durch die Sozialversicherungsanstalt des Kantons St.Gallen.

1.2.6. Übersicht Regelungsbedarf

Das Bundesrecht zur Pflegefinanzierung sieht Neuregelungen in den Bereichen Pflege in Pflegeheimen, Pflege durch Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause, Akut- und Übergangspflege, EL und schliesslich im Bereich der Hilflosenentschädigungen zur AHV vor. Die Gesetzes- und Verordnungsänderungen auf Bundesebene erfordern die Festlegung von Ausführungsbestimmungen auf kantonaler Ebene in den Bereichen der ambulanten und stationären Pflege. Es ist zusammenfassend aber noch einmal festzustellen, dass sich die Vorlage auf die Finanzierung der Pflege nach KVG fokussiert. Sie umfasst keine materiellen Änderungen des Pflegeleistungskatalogs, wie er sich in Art. 7 Abs. 2 KLV findet. Damit bleibt die Pflege nach KVG unverändert, unabhängig davon, ob sie ambulant, stationär oder vorübergehend nach einem Spitalaufenthalt durch die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause oder in Pflegeheimen erbracht wird.

Die Eckwerte und Handlungsfelder lassen sich wie folgt zusammen fassen:

Aufgabenbereich mit Neuordnung der Pflegefinanzierung	Eckwerte der Neuordnung	Regelungsbedarf Kantone
Restfinanzierung der stationären Pflege	<ul style="list-style-type: none"> – fixer, nach Zeitaufwand abgestufter Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) – Beschränkung des Beitrags der versicherten Person auf max. 20 Prozent des höchsten OKP-Beitrags – Restfinanzierung durch die öffentliche Hand 	<ul style="list-style-type: none"> – Bestimmung der anerkannten Pflegekosten je Pflegestufe – Festlegung der Beitragshöhe der versicherten Person an die Pflegekosten – Bestimmung der Kostenträgerschaft für die Restfinanzierung (Kanton und/oder Gemeinden) – Festlegung der Abwicklung – Umsetzung des Wohnsitzprinzips (Herkunftsprinzip) – Erlass von Übergangsbestimmungen
Finanzierung der ambulanten Pflege	<ul style="list-style-type: none"> – fixer, nach Zeitaufwand abgestufter Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) – Möglichkeit zur Festlegung eines Beitrags der versicherten Person von max. 20 Prozent des höchsten OKP-Beitrags – Restfinanzierung durch die öffentliche Hand 	<ul style="list-style-type: none"> – Festlegung der Beitragshöhe der versicherten Person an die Pflegekosten – Bestimmung der Kostenträgerschaft für die Restfinanzierung (Kanton und/oder Gemeinden) – Festlegung der Abwicklung – Erlass von Übergangsbestimmungen – Umsetzung des Wohnsitzprinzips (Herkunftsprinzip)
Finanzierung der stationären und ambulanten Akut- und Übergangspflege	neuer Finanzierungsmodus für ärztlich verordnete Pflegeleistungen während längstens 14 Tagen nach Spitalaufenthalt	<ul style="list-style-type: none"> – Bestimmung der Kostenträgerschaft für die Restfinanzierung (Kanton und/oder Gemeinden) – Festlegung der Abwicklung
Ergänzungsleistungen (EL)	Erhöhung der Vermögensfreibeträge	kein Regelungsbedarf, Bundesgesetz regelt abschliessend, aber Anpassung des Vollzugs notwendig
Hilflosenentschädigung (HE)	Anspruch auf HE bei leichter Pflegebedürftigkeit zu Hause	kein Regelungsbedarf, Bundesgesetz regelt abschliessend, aber Anpassung des EL-Vollzugs notwendig

Der Bundesrat beschloss die Inkraftsetzung ursprünglich auf den 1. Juli 2010. Nachdem die Konferenzen der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) sowie der Finanzdirektorinnen und Finanzdirektoren (FDK) und schliesslich die Konferenz der Kantonsregierungen (KdK) mehrfach gegen diesen Inkraftsetzungstermin intervenierten, hat der Bundesrat mit Beschluss vom 4. Dezember 2009 den Vollzug auf den 1. Januar 2011 verschoben.

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung war bereits in den Beratungen der eidgenössischen Räte für die Kantone ein schwieriges Revisionsvorhaben. Richtigerweise sollte mit der Vorlage die finanzielle Belastung der versicherten Personen reduziert werden. Gleichzeitig sollten den Krankenversicherern keine weiteren Kosten überbürdet werden. Die Vorlage wurde vor diesem Hintergrund unweigerlich zu einer Vorlage mit erheblichen Kostenfolgen für Kantone und Gemeinden. Trotzdem fanden verschiedene materielle Anliegen der Kantone weder in die Gesetzgebung noch in die Verordnungsanpassungen Eingang. Insbesondere ist zu bemängeln, dass das Bundesrecht die Gesetzgebungsverfahren und den Vollzug in den Kantonen erschwert, da etliche Fragestellungen ungelöst sind, die beispielsweise auch interkantonalen Abstimmungen bedürften (z.B. Umsetzung Herkunfts- bzw. Wohnsitzprinzip).

Zur Schliessung einiger Lücken und zur Lösung einiger Vollzugsprobleme in den Kantonen verabschiedete der Vorstand der GDK am 22. Oktober 2009 zuhanden der Kantone Empfehlungen zur Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Auch für den Kanton St.Gallen bilden diese Empfehlungen wichtige Anhaltspunkte. Allerdings müssen diese auch den kantonalen Begebenheiten angepasst werden. Beispielsweise kann im Kanton St.Gallen auch geprüft werden, ob und wie den Empfehlungen des eidgenössischen Preisüberwachers vom 9. Februar 2010 nachgekommen wird (siehe Ziff. 3.2.4, 6.1.2 und 8.2.1).

2. Heutige Situation im Kanton St.Gallen

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung betrifft im Kanton St.Gallen die Tätigkeitsbereiche zweier Departemente: Während das Gesundheitsdepartement für die ambulante Pflege und Betreuung zuständig ist, ist im Bereich der stationären Betagten- und Pflegeeinrichtungen das Departement des Innern verantwortlich. Die bestehende Aufteilung der Zuständigkeiten im Altersbereich wurde im Rahmen der Departementsreform in den Jahren 2005 bis 2007 eingehend überprüft und für sinnvoll erachtet. Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil in Betagten- und Pflegeheimen nicht nur Gesundheitsdienstleistungen relevant, sondern auch Fragen zum Leben, Wohnen und zur Betreuung von hoher Bedeutung sind (vgl. schriftliche Antwort der Regierung vom 3. November 2009 auf die Interpellation 51.09.65 «Neue Pflegefinanzierung»).

2.1. Stationäre Pflege (Betagten- und Pflegeheime)

2.1.1. Entwicklung

Bis Anfang der 1960er-Jahre wurden die Betagten im Kanton St.Gallen primär in den Bürgerheimen betreut, die einst für «Arme, Alte und Hilflose» eingerichtet worden waren. Die Einrichtungen waren gekennzeichnet durch eine hohe Belegungsdichte, räumliche Enge und minimale technische Ausstattung. Dies erschwerte die Pflege der Bewohnenden enorm. Ende der 1960er-Jahre zeichnete sich im Kanton St.Gallen ein Notstand an Betreuungsplätzen für pflegebedürftige Betagte ab, weil die bestehenden Bürgerheime nicht mehr in der Lage waren, diese aufzunehmen und zu pflegen. Es entstand deshalb ein kantonales Konzept zur Errichtung regionaler Pflegeheime, und im Jahr 1969 wurden erste Ansätze einer systematischen Altersplanung festgehalten.

Im Jahr 1983 erfolgte im Kanton St.Gallen die Anschlussplanung an diese erste Pflegeheimplanung. Es sollten keine weiteren regionalen Pflegeheime gebaut werden. Ziel war nun das gemeindenahе, durchlässige Heim, in dem die Betagten nach Möglichkeit bis zum Tod verblei-

ben. Bis zu diesem Zeitpunkt war eine Einrichtung entweder ein Altersheim (Bürgerheim) oder ein Pflegeheim. Mit der neuen Ausrichtung konnte gewährleistet werden, dass die Betagten auch bei zunehmender Pflegebedürftigkeit nicht mehr umziehen mussten. Diese Ausrichtung war pionierhaft und entspricht dem Wunsch der Betreuten und ihrer Angehörigen, weshalb diese Ausrichtung auch heute noch vom Kanton verfolgt wird. Das Departement des Innern und das Baudepartement erliessen Richtlinien für die bauliche Gestaltung und den Betrieb von Altersheimen. Mit den Richtlinien wurde angestrebt, Wohnbedürfnisse mit den Pflegeanforderungen zu verbinden und mehr Individualität sowie Privatheit für die Bewohnenden zu gewährleisten.

Zwischen den 1950er-Jahren und dem Ende der 1980er-Jahre stand somit vor allem der Aufbau geeigneter Infrastrukturen und Organisationen für Betagte im Zentrum. Um über eine genügende Anzahl Betagteneinrichtungen zu verfügen, gewährte der Kanton grosszügige Baubeiträge (bis zu 60 Prozent der Investitionssumme). Damit verfügte der Kanton über ein wirkungsvolles Lenkungsinstrument sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht.

Im Jahr 1994 beauftragte die Regierung eine breit abgestützte Projektgruppe mit der Erarbeitung eines Altersleitbilds für den Kanton St.Gallen. Mitte des Jahres 1996 wurden die umfangreichen Arbeiten abgeschlossen. Unter Beteiligung der wichtigsten Akteure wurde das Alter(n) umfassend beleuchtet. Die Arbeit hatte interkantonal Pioniercharakter und hat bis heute wenig an Aktualität verloren. Der Kantonsrat nahm im Jahr 1997 vom Bericht der Regierung Kenntnis. Gemäss Altersleitbild ist die Sicherung der Lebensqualität der älteren Menschen das zentrale Ziel der st.gallischen Alterspolitik. Das Altersleitbild betrachtet folgende Elemente als unverzichtbar für die Erhaltung einer guten Lebensqualität:

- Gesundheit;
- materielle Existenzsicherung;
- bedarfsgerechte Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten;
- Chancen zur Persönlichkeitsentfaltung und sozialen Integration.

Mit der Einführung des KVG Mitte der 1990er-Jahre wurden dem Kanton neue Aufgaben übertragen: Nach Art. 39 KVG hat der Kanton zur Gewährleistung der stationären Pflege und Betreuung von älteren Menschen eine Planung zu erstellen und eine Pflegeheimliste zu führen. Die Pflegeheime, die in die Liste aufgenommen werden, können zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Pflegeleistungen erbringen und abrechnen. Nach Art. 39 KVG geht es jedoch nicht nur darum, dass das Angebot in quantitativer Hinsicht genügen muss, sondern der Kanton auch für die Sicherstellung der Qualität des Angebots zuständig ist. Die Regierung erliess erstmals am 2. Dezember 1997 die Pflegeheimliste für den Kanton St.Gallen (sGS 381.181); diese wurde mittels Nachträgen punktuell angepasst (Aufnahme von Mehrplätzen bzw. Streichung von Plätzen oder Pflegeheimen). Nach umfassender Überarbeitung wurde sie mit Beschluss der Regierung vom 23. August 2005 neu aufgelegt. Seither erfolgten sieben Nachträge. Entgegen der Praxis in anderen Kantonen wurde im Kanton St.Gallen diese planende und steuernde Aufgabe durch das KVG bereits frühzeitig aktiv wahrgenommen. Dies wird die Umsetzung der Pflegefinanzierung im Kanton St.Gallen vereinfachen.

Die aufgezeigten Entwicklungen hatten Einfluss auf das Sozialhilfegesetz (sGS 381.1; abgekürzt SHG), das am 1. Januar 1999 im Kanton St.Gallen in Vollzug trat. Das SHG bewirkte eine Verschiebung der Zuständigkeit hin zu den politischen Gemeinden. Diese tragen seither die Hauptverantwortung für die Sicherstellung eines wohnortnahen und bedarfsgerechten Angebots im Bereich der stationären Betreuung und Pflege von Betagten. Der Kanton wirkt übergeordnet, hauptsächlich in Bezug auf Planungs-, Qualitäts- und Finanzierungsfragen, nicht zuletzt auch aufgrund des KVG mit. Das Ausrichten von Baubeiträgen durch den Kanton fand im SHG keine Aufnahme mehr.

Zur materiellen Existenzsicherung von Personen in Betagten- und Pflegeheimen mussten durch den Kanton im Bereich der EL weitere kantonale Rechtsgrundlagen geschaffen werden. Das Ziel der im Jahr 1948 in Kraft getretenen AHV-Gesetzgebung, mit der AHV-Rente den

Existenzbedarf zu sichern, konnte nicht erreicht werden. Zur Überbrückung der Differenz zwischen den eigenen Mitteln und dem Aufwand, der für einen angemessenen Existenzbedarf besteht, wurden im Jahr 1966 die EL geschaffen. Um sicherzustellen, dass Pflegebedürftigkeit in der Regel nicht zu einer Sozialhilfeabhängigkeit führt, wurde per 1. Januar 2008 die maximal anrechenbare Tagespauschale bei Aufenthalt in einem Heim nicht mehr für alle Betroffenen auf Fr. 270.– begrenzt, sondern nach Pflegebedarf abgestuft (heute maximal Fr. 360.– je Tag in der höchsten Pflegebedarfsstufe).

2.1.2. Zuständigkeiten

Aktuell gelten im Kanton St.Gallen im Bereich der Betagten- und Pflegeheime nachfolgende Zuständigkeiten. Der Kanton nimmt schon heute Aufgaben wahr, die wie die Bestimmungen des KVG übergeordnet und im gesamten Kanton standortunabhängig zu erfüllen sind.

Staatsebene	Gesetz	Auftrag / Aufgabe
Kanton übergeordnet, standort-unabhängig	KVG	Zulassung von Pflegeheimen (Prüfung Bedarfsgerechtigkeit, Qualität) über die kantonale Pflegeheimliste (Berechtigung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abzurechnen) zur Gewährleistung der quantitativen und qualitativen Angebotssicherheit im Kanton St.Gallen (Art. 39)
	SHG	<ul style="list-style-type: none"> – Festlegung des kantonalen Bedarfsrichtwerts (Art. 29) – Qualitätsprüfung (Art. 31) – Bewilligung und Aufsicht privater Einrichtungen ohne Leistungsvereinbarung mit einer politischen Gemeinde (Art. 32 bis 34) – Einsetzung Fachkommission für Altersfragen (Art. 35)
	ELG	Ausrichtung von Ergänzungsleistungen und damit bedarfsabhängige Finanzierung von Heimaufenthaltskosten im Einzelfall ohne Einfluss auf die Kostenstruktur einer Einrichtung
Gemeinde wohnortnah	SHG	<ul style="list-style-type: none"> – Bereitstellung eines bedarfsgerechten, wohnortnahen Angebots (Art. 28) – Erstellung und Aktualisierung der Bedarfsplanung (Art. 29) – Aufsicht über private Einrichtungen mit Leistungsvereinbarung und über öffentlich-rechtliche Einrichtungen (Art. 33)

a) Kanton

Der Kanton ist damit in übergeordnetem Sinn für die Gewährleistung der quantitativen und qualitativen Angebotssicherheit im Bereich der stationären Pflege von Betagten zuständig. Das zentrale Planungs- und Steuerungsinstrument ist die st.gallische Pflegeheimliste (Art. 39 KVG). Ein Pflegeheim erhält mit der Aufnahme in die Liste die Berechtigung, Pflegeleistungen an eine festgelegte Zahl allgemeinversicherter Personen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringen. Diese Zulassung nach KVG gilt auch als Anerkennung des Pflegeheims für die EL. Ohne eine solche werden durch die EL bei Bedarf lediglich Pensions- und Betreuungskosten, nicht aber stationäre Pflegekosten gedeckt (vgl. Ziff. 2.1.4).

Die Aufnahme in die kantonale Pflegeheimliste ist u.a. an einen Bedarfsnachweis gebunden. Der Bedarfsplanung, für die im Kanton St.Gallen die politischen Gemeinden zuständig sind, ist der kantonale Bedarfsrichtwert zu berücksichtigen, der auch für den Vollzug des KVG notwendig ist. Dieser bemisst sich aktuell nach folgender Formel: 29 Prozent der 80-Jährigen und älteren Personen bei einer Heimauslastung von 96 Prozent. Dieser Richtwert bezieht alle stationären Angebote (z.B. auch Plätze zur spezialisierten Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenzerkrankungen) sowie Pflegestufen mit ein und ist über das gesamte Kantonsgebiet, und damit für alle Gemeinden, relevant. Er ist keine Sollvorgabe, sondern entspricht einem Wachstumsdach für die kantonale Pflegeheimliste (Maximale) und lässt den Gemeinden damit Spielraum. Die Platzdichte im Kanton St.Gallen liegt deshalb mit Ausnahme von einigen weni-

gen Regionen real unter dem aktuellen Bedarfsrichtwert. Die Grundlagen zur Angebotsplanung werden zurzeit im Rahmen des Projekts «Bedarfsrichtwert» in Zusammenarbeit mit den politischen Gemeinden, den Krankenversicherern sowie dem Verband CURAVIVA St.Gallen überprüft (vgl. Ziff. 2.1.5). Durch dieses Projekt soll sichergestellt werden, dass die Planungsseckwerte auch künftige Entwicklungen beispielsweise beim Eintrittszeitpunkt und bei der Aufenthaltsdauer abbilden.

Die Aufnahme der Plätze eines Pflegeheims in die kantonale Pflegeheimliste ist nebst dem Bedarfsnachweis an die Erfüllung von qualitativen Zulassungsbedingungen geknüpft. Das Einhalten der Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 39 KVG wird durch das Amt für Soziales des Kantons St.Gallen überprüft: ausreichende ärztliche Betreuung, genügend Fachpersonal, zweckentsprechende medizinische Einrichtungen und pharmazeutische Versorgung. In Einklang mit den Aufgaben des Kantons nach Art. 39 KVG obliegt nach Art. 31 SHG dem Kanton die Zuständigkeit zur Qualitätsprüfung in Betagten- und Pflegeheimen. Dazu wurden unter Beteiligung aller Akteure Qualitätsziele und Empfehlungen bezüglich Qualitätssystemen erarbeitet. Zur Gewährleistung der infrastrukturellen Qualität liegen mit den kantonalen Richtlinien zur baulichen Gestaltung von Betagtenheimen spezifische infrastrukturelle Standards vor. Diese beiden Grundlagen werden im Rahmen des Projekts «Basisqualität» aktuell im Amt für Soziales unter Beteiligung der Hauptakteure überarbeitet (vgl. Ziff. 2.1.5).

Der Betrieb eines privaten Betagten- oder Pflegeheims mit mehr als fünf Plätzen bedarf nach Art. 32 SHG einer Betriebsbewilligung des Departementes des Innern, soweit keine Leistungsvereinbarung mit einer Gemeinde vorliegt. Für die Aufsicht über diese Einrichtungen ist ebenfalls der Kanton zuständig (Art. 33 SHG). Dabei sind die betreuerischen, strukturellen, betrieblichen, personellen und fachlichen Rahmenbedingungen sowie die finanzielle Sicherung der Einrichtung zu prüfen. Die Rahmenbedingungen müssen so ausgestaltet sein, dass das Wohl und der Schutz der Betagten gewährleistet werden können.

Nach Art. 35 SHG kann das Departement des Innern eine Fachkommission für Altersfragen unter Mitwirkung der politischen Gemeinden einsetzen. Die Fachkommission für Altersfragen wurde Ende der 1990er-Jahre gebildet. Ihr primärer Auftrag war zu Beginn die Umsetzung des Altersleitbilds des Kantons St.Gallen zu begleiten. Die aktuellen Entwicklungen und Zuständigkeiten zog im Jahr 2009 eine Verschiebung von Zielsetzung und Funktion der Fachkommission für Altersfragen nach sich, weshalb die Fachkommission für Altersfragen neu konstituiert wurde. Heute sind unter Leitung des Amtes für Soziales in der Fachkommission vertreten: CURAVIVA St.Gallen, santésuisse, Vereinigung St.Galler Gemeindepräsidentinnen und Gemeindepräsidenten (VSGP), Sozialversicherungsanstalt St.Gallen (SVA) sowie Gesundheitsdepartement.

b) Gemeinde

Die politischen Gemeinden sind nach Art. 28 SHG verpflichtet, für ein wohnortnahes und bedarfsgerechtes Angebot an Plätzen in stationären Einrichtungen zur Betreuung und Pflege von betagten Menschen zu sorgen. Sie können die Aufgabe gemeinsam mit anderen politischen Gemeinden erfüllen, von der Ortsgemeinde erfüllen lassen, soweit es dieser aus ihren Mitteln möglich ist, oder mit Leistungsvereinbarungen privaten Einrichtungen übertragen. Die Finanzierung bzw. Mitfinanzierung dieser Einrichtungen ist damit ebenfalls Sache der Gemeinden.

Die Wohnortnähe stellt beim stationären Angebot ein wesentliches Prinzip dar: Wird der Eintritt in ein Heim unumgänglich, sollen in der Nähe zum bisherigen Wohnort ausreichend Angebote zur Verfügung stehen. Dabei sollen die älteren Menschen und ihre Angehörigen nicht nur autonom in der Wahl des Heims, sondern auch des Eintrittszeitpunkts sein. Allerdings ist die Wahlfreiheit und die Wohnortnähe häufig auch eingeschränkt (aufgrund der allgemein hohen Auslastung keine freien Plätze vor Ort, Notwendigkeit eines spezialisierten Betreuungsangebotes, Nähe zum Wohnort von Verwandten u.ä.). Neben gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen oft auch soziale Aspekte zu einem Eintritt in ein Betagten- und Pflegeheim.

Um in quantitativer Hinsicht ein bedarfsgerechtes Angebot sicherzustellen, sind die politischen Gemeinden verpflichtet, eine Bedarfsplanung zu erstellen und diese periodisch anzupassen (Art. 29 SHG).

Die politische Gemeinde übt die Aufsicht über die von ihr betriebenen Einrichtungen sowie nach Art. 33 SHG über private Einrichtungen aus, wenn mit dieser eine Leistungsvereinbarung besteht.

2.1.3. Leistungsangebot

a) Pflegeheimangebot

Von den insgesamt 122 Betagten- und Pflegeheimen im Kanton St.Gallen werden 67 Betagten- und Pflegeheime von einer oder mehreren politischen Gemeinden gemeinsam geführt, 55 Betagten- und Pflegeheime haben eine private oder andere öffentliche Trägerschaft (Kanton, Ortsbürgergemeinde). Von den privat geführten Betagten- und Pflegeheimen verfügen 16 Betagten- und Pflegeheime über eine Leistungsvereinbarung mit einer politischen Gemeinde. Gemäss der Datenerhebung des Amtes für Soziales im Jahr 2009 standen im Jahr 2008 im Kanton St.Gallen 6'025 Plätze zur Verfügung, was 28,5 Prozent der 80-Jährigen und Älteren entspricht. Die Auslastung der Plätze liegt bei über 94 Prozent. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in st.gallischen Pflegeheimen beträgt analog dem schweizerischen Durchschnitt rund drei Jahre. Das Durchschnittsalter der Bewohnenden beträgt im Kanton St.Gallen 81,7 Jahre bei Männern und 85,2 Jahre bei Frauen. Diese Werte liegen leicht über den schweizerischen Durchschnittswerten (Männer: 80,8 Jahre; Frauen: 84,8 Jahre), was als Indiz gewertet werden darf, dass im Kanton St.Gallen der Heimeintritt generell nicht zu früh erfolgt.

Von den 122 st.gallischen Einrichtungen sind 117 Betagten- und Pflegeheime mit insgesamt 5'877 Plätzen in der kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt (Stichtag 1. Januar 2010). Bei diesen Plätzen sind die Pflegekosten durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung und bei Bedarf durch die EL finanziert.

Wahlkreis	Anzahl Pflegeheime	Anzahl Plätze
St.Gallen	27	1'643
Rorschach	10	484
Rheintal	13	653
Werdenberg	7	370
Sarganserland	10	446
See-Gaster	21	713
Toggenburg	15	772
Wil	14	796
Pflegeheimliste des Kantons St.Gallen (Stichtag 1. Januar 2010)	117	5'877

Aus verschiedenen Gründen sind einige wenige Einrichtungen nicht in die kantonale Pflegeheimliste aufgenommen worden. Es sind dies zurzeit fünf Einrichtungen mit insgesamt 86 Plätzen (Sarganserland: 1 Einrichtung mit 8 Plätzen; Toggenburg: 2 Einrichtungen mit 12 und 20 Plätzen; Rorschach: 1 Einrichtung mit 29 Plätzen; Rheintal: 1 Einrichtung mit 17 Plätzen). Bei diesen Einrichtungen müssen die Pflegekosten durch die Bewohnenden selbst gedeckt werden. Bei ausgewiesenem Bedarf können zur Deckung von Betreuungs- und Pensionskosten auch EL bezogen werden.

Gemäss Bundesstatistik der sozialmedizinischen Institutionen lebten im Jahr 2008 464 Betagte aus anderen Kantonen in einer st.gallischen Einrichtung (entspricht rund acht Prozent aller Bewohnenden von st.gallischen Betagten- und Pflegeheimen). Etwas mehr Betagte (552) aus dem Kanton St.Gallen lebten in ausserkantonalen Betagten- und Pflegeheimen. Die Nutzungsverflechtungen werden mit der neuen Pflegefinanzierung Relevanz erhalten: Es ist sicherzu-

stellen, dass die Herkunftskantone und -gemeinden für ihre Bewohnenden die Restfinanzierung der Pflegekosten sicherstellen. Ansonsten entstünden Fehlanreize hinsichtlich der Angebotsbereitstellung, und Kantone sowie Gemeinden mit qualitativ und quantitativ angemessenem bzw. gutem Angebot hätten das Nachsehen. Zudem würde damit die Angebotssicherheit längerfristig gefährdet, da keine Weiterentwicklungen des Angebots erfolgten, obschon diese mit Blick auf die demographische Entwicklung zwingend sind.

b) Tagesstättenangebot

Temporäre Pflege- und Betreuungsplätze werden vornehmlich in stationären Einrichtungen angeboten (Ferien- und Entlastungsplätze, Tagesplätze, Nachtplätze). Eine genaue Quantifizierung des Angebots ist nicht möglich, da mehrheitlich keine spezifischen Plätze dafür geschaffen werden, sondern stationäre Plätze vorübergehend temporär genutzt werden. Dies ist auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht nachvollziehbar. Im Kanton St.Gallen existieren auch einige wenige Tagesangebote, die unabhängig von Pflegeheimen betrieben werden.

Da Tagesstätten für betagte Menschen unter sozialmedizinischen, gesellschaftspolitischen und volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten eine hohe Bedeutung zukommt, verfolgte der Kanton St.Gallen bis ins Jahr 2008 die Vollzugspraxis, wonach Tagesstätten für Betagte in die kantonale Pflegeheimliste aufgenommen werden konnten. Diese Tagesstätten waren zugelassen, zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Pflegeleistungen zu erbringen. Diese Lösung wurde einvernehmlich mit *santésuisse* Ostschweiz erarbeitet. Da Tagesstätten ihre Leistungen nicht rund um die Uhr erbringen, legten die Krankenversicherer zusammen mit dem Heimverband im Tarifvertrag für st.gallische Pflegeheime vom 1. Februar 2004 reduzierte Tarife je Pflegebedarfsstufe zur Leistungsabgeltung in Tagesstätten fest. Dieses Vorgehen stand in Einklang mit den Vollzugsangaben des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 23. August 1999, wonach die Tagesstätten unter Erfüllung der Voraussetzungen von Art. 39 Abs. 3 KVG über eine kantonale Pflegeheimliste eine Zulassung erhalten können.

Aufgrund einer Beschwerde von *santésuisse* Ostschweiz gegen die Aufnahme der dritten Tagesstätte in die st.gallische Pflegeheimliste und des bundesrätlichen Beschwerdeentscheids musste die Regierung diese Vollzugspraxis ab dem Jahr 2008 ändern. Demgemäss wurde fortan die KVG-Zulassung von Tagesstätten über den ambulanten Sektor geregelt. Die Zuständigkeit liegt deshalb aktuell beim Gesundheitsdepartement. Nun hat der Bundesrat mit dem Erlass der Ausführungsbestimmungen zur neuen Pflegefinanzierung eine überraschende Kehrtwende vollzogen. Trotz seines genannten Entscheids im Jahr 2008 will er bei den Tages- oder Nachtstrukturen neu Pauschalen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Pflegeheime zur Anwendung bringen. Somit wird mit Inkraftsetzung der neuen Pflegefinanzierung wieder das Departement des Innern für die Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen zuständig sein. Die kantonale Pflegeheimliste kann dabei aber nicht wieder als Zulassungsinstrument dienen, da diese Angebote keiner Bedarfsplanungspflicht nach KVG unterliegen.

2.1.4. Finanzierung

a) Finanzierung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung

Für Betagten- und Pflegeheime, die in der Pflegeheimliste des Kantons St.Gallen aufgeführt sind, sind gemäss KVG die Tarifverträge zwischen dem Verband der Krankenversicherer und dem Heimverband CURAVIVA St.Gallen, Thurgau und Glarus bzw. der SENIOcare Management massgebend. Diese Tarifverträge halten die finanzielle Beteiligung der Versicherer an den Pflegeleistungen fest. Die Verträge regeln auch die Einstufung der Pflegebedürftigkeit und weitere Pflichten der Betagten- und Pflegeheime (z.B. Reporting). Die Tarifverträge sind nach Art. 46 Abs. 4 KVG von der Regierung des Kantons St.Gallen genehmigt.

Die Kostenübernahme von Pflegeleistungen durch die Krankenversicherer mittels Tagespauschalen erfolgt über zwölf Stufen je nach Pflegebedürftigkeit. Die Betagten- und Pflegeheime erheben den Pflegebedarf entweder mit dem BESA- oder mit dem RAI-System. Die Kranken-

versicherer leisten seit 1. Januar 2009 bis zum Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung Tagespauschalen von Fr. 11.50 (BESA-Stufe 1a) bis Fr. 204.– (RAI-Stufe 12).

b) Finanzierung durch Ergänzungsleistungen

Der Kanton beteiligt sich über die Ausrichtung von EL in erheblichem Mass an der Finanzierung der anrechenbaren Pensions-, Betreuungs- und Pflegekosten, die nicht durch die betagten Personen selbst gedeckt werden können. Nach Art. 13 ELG werden die EL zu fünf Achteln vom Bund und zu drei Achteln von den Kantonen getragen. Bei in Heimen (oder Spitälern) lebenden Personen übernimmt der Bund fünf Achtel der jährlichen EL, soweit die Beträge für den allgemeinen Lebensbedarf, für den höchstmöglichen Mietzins und für die anerkannten Ausgaben nach Art. 10 ELG durch die angerechneten Einnahmen nicht gedeckt sind. Den Rest tragen die Kantone. Gegenwärtig ergibt sich so bezüglich der in Heimen lebenden Personen eine Aufteilung der Kosten von rund 13 Prozent für den Bund und rund 87 Prozent für den Kanton. Im Kanton St.Gallen trägt der Kanton 100 Prozent des Aufwands, der nach Abzug des Bundesbeitrags verbleibt (V. Nachtrag zum Ergänzungsleistungsgesetz vom 27. September 2009, nGS 44-108).

In Ausführung von Art. 4 ELG hat die Regierung die Verordnung über die nach Ergänzungsleistungsgesetz anrechenbare Tagespauschale erlassen (sGS 351.52). Nach Art. 1 dieser Verordnung betragen die bei Aufenthalt in einem Heim oder Spital höchstens anrechenbaren Tagespauschalen:

- a) Fr. 180.– für Personen ohne Pflegebedürftigkeit und für Betagte in stationären Einrichtungen, die nicht auf einer kantonalen Pflegeheimliste nach Art. 39 KVG aufgeführt sind;
- b) Fr. 240.– bei BESA 1 a bis 1 c oder RAI 1;
- c) Fr. 270.– bei Pflegestufen BESA 2 a bis 2 c oder RAI 2 und 3;
- d) Fr. 300.– bei Pflegestufen BESA 3 a bis 3 c oder RAI 4 und 5;
- e) Fr. 360.– bei Pflegestufen BESA 4 a bis 4 c oder RAI 6 bis 12.

Demgemäss werden Kosten für Pflegeleistungen nur durch die EL getragen, wenn der Leistungserbringer auf einer kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt ist. Damit ist sichergestellt, dass die Pflege den Anforderungen des KVG entspricht und insbesondere fachgerecht erbracht wird.

2.1.5. Quantitative und qualitative Weiterentwicklung

Gemäss der Bevölkerungsperspektive wird im Kanton St. Gallen (vgl. auch Demographie-Bericht 40.09.02) die Bevölkerungsgruppe der 65- bis 79-Jährigen (Altersgruppe mit geringem Pflegebedarf) bis zum Jahr 2035 sehr stark wachsen von rund 56'000 Personen im Jahr 2010 auf rund 90'000 Personen im Jahr 2035. Ein ausgeprägtes Wachstum ist insbesondere ab dem Jahr 2020 zu beobachten. Danach dürfte die Zahl der 65- bis 79-Jährigen langsam wieder sinken, sie liegt im Jahr 2050 jedoch wahrscheinlich immer noch bei über 80'000 Personen und damit auf einem hohen Niveau. Die Zahl der 80- bis 110-Jährigen (Altersgruppe mit relativ hohem Pflegebedarf und vermehrt kognitiven Einschränkungen) dürfte bis ins Jahr 2050 ebenfalls stark zunehmen (von rund 21'500 Personen im Jahr 2010 auf rund 57'000 Personen im Jahr 2050). Im Unterschied zu vielen anderen Bevölkerungsperspektiven sind hier die Unsicherheiten der Prognose nicht sehr hoch, denn diese Generationen sind heute 60 bis 70 Jahre alt und haben eine Lebenserwartung, die statistisch relativ stabil ist.

Unter Hinzunahme der bisherigen Planungseckwerte (vgl. Ziff. 2.1.2, kantonaler Bedarfsrichtwert) wären aufgrund dieser Bevölkerungsentwicklung im Kanton St.Gallen bis ins Jahr 2020 maximal 1'700 neue Plätze für die stationäre Betreuung und Pflege von Betagten notwendig. Da der Bedarfsrichtwert bisher primär als Wachstumsgrenze angewandt wurde, ist diese Zahl selbstverständlich zu relativieren. In Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern und den politischen Gemeinden werden die Planungseckwerte aktuell überprüft.

Neben der Schaffung von stationären Mehrplätzen in Betagten- und Pflegeheimen sind künftig auch vermehrt weitere Angebote wie Tagesstätten, Betten für einzelne Übernachtungen oder

Plätze für temporäre Aufenthalte bereitzustellen. In Kombination mit den Leistungen der Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause kann so nicht nur den Bedürfnissen der pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen, sondern vor allem auch der pflegenden Angehörigen Rechnung getragen werden.

Zur Sicherstellung des künftigen Angebotsspektrums für pflegebedürftige Personen ist nicht zuletzt auch die Frage relevant, ob ausreichend Pflegepersonal und ob ausreichend Pflegefachpersonal verfügbar ist. Da die demographische Entwicklung nicht nur zu einer höheren Zahl pflegebedürftiger Personen, sondern auch zu einer geringeren Zahl an Pflegepersonal führen dürfte, muss der Ausbildungstätigkeit und Attraktivität des Berufsfeldes deshalb vermehrt Beachtung geschenkt werden.

Der kantonale Bedarfsrichtwert nach Art. 29 Abs. 2 SHG wurde im Jahr 1996 mit dem kantonalen Altersleitbild festgelegt. Die Erfahrungen mit Blick auf Auslastung, Aufenthaltsdauer und Eintrittszeitpunkt zeigen, dass dieser statistisch fundierte Richtwert den Bedarf bislang sehr gut abgebildet hat. Zur Gewährleistung der mittelfristigen Angebotssicherheit hat die Regierung das Departement des Innern beauftragt, den aktuell gültigen kantonalen Bedarfsrichtwert für stationäre Betreuung und Pflege von Betagten sowie die Grundlagen zur Angebotsplanung zu überprüfen. Die Überprüfung läuft seit Mitte des Jahres 2009 unter Mitarbeit von Vertreterinnen und Vertretern aus der Fachkommission für Altersfragen sowie der Stadt St.Gallen. Die Arbeiten werden voraussichtlich Ende des Jahres 2010 abgeschlossen.

Neben Fragen der Finanzierung und der notwendigen Anzahl Plätze in Betagten- und Pflegeheimen ist die Frage der Qualität der Angebote für die Betreuung und Pflege von Betagten von grosser Bedeutung. Da die Tarifverträge zwischen santésuisse und CURAVIVA St.Gallen bzw. SENIOcare Management, die per 1. Januar 2008 in Kraft getreten sind, keine spezifizierenden Qualitätsanforderungen für Pflegeheime mehr umfassen, hat die Regierung das Departement des Innern im Weiteren beauftragt, gestützt auf Art. 39 und Art. 43 Abs. 6 KVG und in Übereinstimmung mit dem SHG, massgebende Anforderungen an die Basisqualität in Pflegeheimen zu erlassen. Der Start dieses Projekts erfolgt Mitte des Jahres 2010 und baut auf den bisherigen Grundlagen und Erfahrungen auf (vgl. Ziff. 2.1.1).

2.2. Ambulante Pflege (Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause)

2.2.1. Entwicklung

Bis zum Vollzugsbeginn des Gesetzes über die Umsetzung der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (sGS 813.6) am 1. Januar 2008 war der Bereich der ambulanten Pflege wie folgt geregelt: Nach dem Gesundheitsgesetz vom 28. Juni 1979 (sGS 311.1; abgekürzt GesG) zählte spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege grundsätzlich zum Aufgabenbereich der politischen Gemeinden. In den meisten Gemeinden wurden Spitex-Vereine, öffentlich-rechtliche, gemeindeeigene Betriebe und in Einzelfällen Stiftungen gegründet, die mittels Leistungsvereinbarung die Aufgabe der spitalexternen Kranken- und Gesundheitspflege im Namen der Gemeinden ausführten.

Die Zuständigkeit der Gemeinden für die spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege wurde ins Gesetz über die Umsetzung der Neugestaltung des Finanzausgleichs übernommen und die finanzielle Zuständigkeit wurde vollständig den Gemeinden übertragen.

Die Kosten für die pflegerischen Leistungen nach Art. 7 KLV werden zurzeit von den Krankenversicherern und von den Gemeinden getragen. Auf die Krankenversicherer fallen ungefähr zwei Drittel der Kosten (ungefähr 19 Mio. Franken), auf die Gemeinden ein Drittel (ungefähr 10 Mio. Franken). Die Klientinnen und Klienten sind an der Finanzierung durch Franchise und Selbstbehalt beteiligt. Die öffentlich subventionierten Organisationen erhalten zudem Beiträge von Kirchgemeinden, Spenden und Mitgliederbeiträge.

2.2.2. *Zuständigkeiten*

Die Zuständigkeit der politischen Gemeinden umfasst nach Art. 36quater Abs. 2 GesG sowohl die quantitative und qualitative Sicherstellung als auch die Finanzierung des Angebots.

Erbracht wird die ambulante Pflege im Kanton St.Gallen von drei unterschiedlichen Gruppen von Leistungserbringern:

- öffentlich subventionierte Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause;
- private Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause;
- freiberuflich tätige Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner.

Der Kanton ist für die Bewilligungserteilung für private Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause wie auch für die Berufsausübungsbewilligung für freiberuflich tätige Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner nach Art. 44 GesG zuständig und hat die Aufsicht über die Tätigkeit dieser Leistungserbringer wahrzunehmen.

2.2.3. *Leistungsangebot und Datenlage*

Im Kanton St.Gallen gibt es 59 öffentlich subventionierte Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause, die alle Mitglieder des Spitex Verbands St.Gallen sind und über eine Leistungsvereinbarung mit einer Gemeinde verfügen. Im Weiteren wird das Angebot der spitalexternen ambulanten Pflege im Kanton St.Gallen durch die Leistungen von 20 privaten Organisationen der Hilfe und Pflege sowie durch 18 freiberuflich tätige Pflegefachpersonen ergänzt. Die privaten Organisationen verfügen über eine kantonale Betriebsbewilligung und die freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen über eine kantonale Berufsausübungsbewilligung.

Das Leistungsangebot der öffentlich subventionierten Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause ist in Art. 36bis GesG festgelegt. Die Hilfe und Pflege zu Hause umfasst:

- Hilfe zu Hause;
- Pflege zu Hause;
- ergänzende Dienstleistungen.

Die Hilfe zu Hause umfasst:

- die stellvertretende Haushaltsführung;
- die sozial-begleitende Unterstützung;
- die Betreuung von Kindern.

Pflege zu Hause umfasst Massnahmen der Abklärung und Beratung, der Untersuchung und der Behandlung oder der Grundpflege nach KVG.

Die öffentlich subventionierten Organisationen wie auch die privaten Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause sind nach Art. 22a KVG verpflichtet, dem Spitex Verband Kanton St.Gallen jährlich Angaben über die Organisation, das Dienstleistungsangebot, das Personal, die Klientinnen und Klienten sowie die Finanzen der Organisation zu melden. Der Spitex Verband Kanton St.Gallen führt gestützt auf eine Leistungsvereinbarung mit dem Kanton die Spitex-Statistik des Kantons St.Gallen.

2.2.4. *Finanzierung*

Die Finanzierung der öffentlich subventionierten Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause obliegt den Gemeinden. Die Höhe und die Verwendung des Gemeindebeitrags an die Organisation der Hilfe und Pflege zu Hause werden in einer Leistungsvereinbarung festgelegt.

3. Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung in der stationären Pflege

3.1. Neue Gesetzesgrundlage

Anders als in den meisten Westschweizer und in einigen Deutschschweizer Kantonen existieren im Kanton St.Gallen für die Restfinanzierung der Pflege in Pflegeheimen keine Gesetzesgrundlage und keine Abwicklungssysteme und -strukturen. Das Sozialhilfegesetz regelt lediglich die Zuständigkeit für die Bereitstellung und Aufsicht über das stationäre Betreuungs- und Pflegeangebot. Die Finanzierung der Pflege und weiterer Aufenthaltskosten im Einzelfall ist nicht Gegenstand des Sozialhilfegesetzes. Nachdem auch im ambulanten Bereich und für die Akut- und Übergangspflege legislativer Handlungsbedarf besteht, ist die Schaffung einer neuen kantonalen Gesetzesgrundlage für die Umsetzung der Pflegefinanzierung angezeigt.

Mit der Schaffung eines Gesetzes über die Pflegefinanzierung können im Kanton St.Gallen die bundesrechtlichen Vorgaben zur Neuordnung der Pflegefinanzierung integral umgesetzt werden. Aufgrund des zeitlichen Umsetzungsdrucks ist es nicht möglich, die heute in unterschiedlichen Gesetzen (z.B. Gesundheitsgesetz, Sozialhilfegesetz) verankerten Bestimmungen in einem umfassenden Gesetz zusammenzuführen. Allerdings ist dies auch nicht notwendig: Das neue Gesetz über die Pflegefinanzierung muss die Finanzierung von ambulanten und stationären Pflegeleistungen regeln. Die Bereitstellung der Leistungen, und damit die Anbieterschaft, sollen weiterhin unabhängig von der Finanzierung der Nutzungskosten geregelt bleiben. Zudem haben sich die bisherigen Gesetzesgrundlagen bewährt. Insbesondere die Verankerung der stationären Betreuung und Pflege für Betagte im Sozialhilfegesetz ist sinnvoll, da hierbei nicht nur Fragen der Gesundheitsversorgung und Pflege, sondern des Lebens und Wohnens in einer sozialen Einrichtung von Belang sind. Vor diesem Hintergrund besteht kein Anlass, die bisherige gesetzliche Verankerung umfassend anzupassen.

3.2. Regelungsbedarf im Kanton St.Gallen

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung wird die öffentliche Hand direkter Kostenträger für die Pflegekosten von Personen in Betagten- und Pflegeheimen. Neu werden alle St.Gallerinnen und St.Galler – völlig unabhängig von ihrem Einkommen und ihrem Vermögen – Anspruch auf Beiträge der öffentlichen Hand an ihre stationären Pflegekosten haben (aktuell rund 6'000 Personen). Auch deshalb sind die neuen bundesrechtlichen Bestimmungen von grosser Tragweite.

Nachdem seit Inkrafttreten des KVG dieser Sektor hinsichtlich Kosten und Preisen einer weitgehend unkontrollierten Dynamik unterlag, ist es unumgänglich, dass der Kanton St.Gallen wie die anderen Kantone eine aktive, steuernde Rolle übernimmt. Es ist vorzusehen, dass der Kanton zuständig wird, wo das KVG übergeordnete Zugänge und Standards hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit vorsieht.

Um Standortgemeinden und -kantone von Betagten- und Pflegeheimen nicht zu benachteiligen, ist sicherzustellen, dass die Herkunftsgemeinden und -kantone für die Restfinanzierung ihrer Einwohnenden aufkommen. Deshalb muss analog zu den Bestimmungen im EL-Bereich gesetzlich geregelt sein, dass ein Heimeintritt keine neue Zuständigkeit begründet. Ansonsten entstünden bezüglich der Angebotsbereitstellung erhebliche Fehlanreize, da die Standortgemeinden mit quantitativ und qualitativ gutem Angebot über Gebühr Kosten übernehmen müssten und damit für ihr Engagement zugunsten pflegebedürftiger Betagter bestraft würden. Die interkantonale Abwicklung dürfte zu erheblichen Schwierigkeiten führen, da in den Kantonen verschiedene Finanzierungs- und Abwicklungsarten geplant sind.

3.2.1. Zulassung als Leistungserbringer

Als Leistungserbringer sind Pflegeheime zugelassen, soweit sie auf einer kantonalen Pflegeheimliste nach Art. 39 KVG mit Angabe der zugelassenen Plätze und Leistungskategorien aufgeführt sind. Diese Bestimmungen erfahren durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung keine Änderung und sind deshalb unverändert massgebend.

In Art. 7 Abs. 2ter KLV ist vorgesehen, dass die Pflegeleistungen ambulant oder in einem Pflegeheim und auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden können. Damit können zur Erbringung von KVG-Leistungen auch Anbieter von Tages- und Nachtstrukturen zugelassen werden. Wie in Abschnitt 2.1.3 Bst. b ausgeführt, ist die Zulassung gesondert zu regeln.

3.2.2. *Abgrenzung von Pflege und Betreuung*

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung tangiert den Leistungskatalog und damit die Definition der Pflege nach KVG nicht. Trotz unveränderter Ausgangslage ergeben sich in Pflegeheimen allerdings Probleme für die Umsetzung der Pflegefinanzierung: Wie auch in der Botschaft des Bundesrates zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung festgehalten, entzieht sich die pflegerische Tätigkeit in der Praxis einer scharfen Abgrenzung von Betreuungsleistungen, denn im Heimalltag gehen Pflege und Betreuung in der Regel einher. Die Finanzierungspflicht gemäss der vorliegenden Gesetzesvorlage beschränkt sich jedoch auf die Restfinanzierung der Kosten für die Pflege nach KVG bzw. nach Art. 7 Abs. 2 KLV. Betreuungs- und Pensionskosten fallen nicht darunter. Deshalb sind alle Akteure gefordert, für eine einheitliche und gesetzeskonforme Bemessung, Kostenermittlung und Abrechnung der Pflegeleistungen zu sorgen.

3.2.3. *Beiträge der Versicherungen und der Bewohnenden*

Sowohl die Höhe des Beitrags der Krankenversicherer als auch des maximalen Beitrags der pflegebedürftigen Personen (vgl. Ziff. 1.2.1) sind betragsmässig durch das Bundesrecht bestimmt. Pflegebedürftigen Personen im Pflegeheim dürfen nach Art. 25a Abs. 5 KVG von den Gesamtpflegekosten im Sinn von Art. 7 Abs. 2 KLV maximal 20 Prozent des höchsten vom Bund für die Krankenversicherer festgelegten Pflegebeitrags je Tag überwältzt werden. Bei der Krankenpflege im Pflegeheim entspricht dies derzeit Fr. 21.60 (nach Art. 7a Abs. 3 KLV 20 Prozent von Fr. 108.–). Die bundesrechtliche Formulierung bedeutet, dass es grundsätzlich auch möglich wäre, den pflegebedürftigen Personen tiefere oder keine Pflegekosten zu überwältzen. Dies würde eine entsprechende Mehrbelastung der öffentlichen Hand als Restfinanziererin bedeuten. Bei Personen mit tiefem Pflegebedarf ist davon auszugehen, dass ihnen nach Abzug des Beitrags der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ein geringerer Restbetrag als der maximale Beitrag von Fr. 21.60 verbleibt.

Zu beachten gilt es zudem, dass pflegebedürftige Personen zusätzlich zum Beitrag an die Pflegekosten weiterhin die mit der Krankenpflege zusammenhängenden Leistungen (insbesondere Pensions- und Betreuungskosten) zu tragen haben. Trotzdem können mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung vor allem Bewohnerinnen und Bewohner mit hohem Pflegebedarf von einer deutlichen finanziellen Entlastung profitieren.

Die neu von Kanton und Gemeinden zu tragende Restfinanzierung umfasst nach Art. 25a Abs. 5 KVG sämtliche Pflegekosten, die nicht durch den Beitrag der Sozialversicherungen und den Beitrag der pflegebedürftigen Person gedeckt sind. Dabei gelten Beiträge der EL und Hilfenentschädigungen nicht als Sozialversicherungen im Sinn der neuen Bestimmungen, sondern dienen den Privatpersonen zur Deckung ihres Beitrags an die Pflege- und Betreuungskosten. Die neue Restfinanzierung von Pflegekosten durch die öffentliche Hand ist hingegen bedarfsunabhängig auszurichten und demgemäss der EL vorgelagert.

3.2.4. *Anrechenbare Pflegekosten*

Der von der öffentlichen Hand zu finanzierende Rest der Pflegekosten wird durch das Bundesrecht nicht limitiert. Als wesentliche Kostenträger haben Kanton und Gemeinden damit ein legitimes Interesse, auf die Kostenentwicklung im Bereich der Pflege Einfluss zu nehmen und finanzielle Fehlanreize für die Leistungserbringer zu vermeiden. Die GDK empfiehlt deshalb, die Pflegetaxen normativ oder Höchstwerte festzulegen. Die eidgenössische Preisüberwachung hat diesbezüglich starke Vorbehalte angemeldet, da sie insbesondere eine Verletzung des Ta-

rifschutzes nach Art. 44 KVG befürchtet. Würden die Kantone Norm- oder Höchstwerte festlegen, würden die ungedeckten Pflegekosten der Leistungserbringer auf Betreuungs- oder Pensionskosten und damit auf die Bewohnerinnen und Bewohner überwältigt. Dies würde klar gegen den Tarifschutz nach Art. 44 KVG verstossen.

Die Regierung kann die Befürchtungen der eidgenössischen Preisüberwachung nachvollziehen. Allerdings ist eine unbegrenzte Anerkennung der individuellen Pflegekosten eines jeden Heims keine Alternative. Damit hätte der Kanton keine Möglichkeit sicherzustellen, dass die öffentliche Hand nur für Kosten aufkommt, die aus der Erbringung von Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV entstehen. Zudem wäre keine Kostensteuerung möglich, und die finanziellen Auswirkungen wären für die öffentliche Hand, die jegliche Restkosten zu finanzieren hätte, nicht absehbar. Insbesondere ist nach KVG auch nur jene Leistung anerkannt, die wirtschaftlich erbracht wird. Nach Art. 49 Abs. 8 KVG sind Betriebsvergleiche durchzuführen. Diese dienen der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit nach Art. 32 KVG und stellen damit eine wesentliche Basis für die Tarifierung dar. Die Pflorgetaxen und ein allfälliges Kostendach für die Restfinanzierung dürfen nicht willkürlich und systematisch zu tief festgelegt werden, sondern bedürfen einer betriebswirtschaftlichen Grundlage.

Zusammenfassend wird deutlich, dass bei der Umsetzung der Pflegefinanzierung nach Art. 44 KVG Nachachtung zu verschaffen ist. Es ist aber auch zu gewährleisten, dass Steuergelder ausschliesslich zur Deckung von anerkannten Pflegekosten verwendet und die Pflegeleistungen nach Art. 32 KVG wirtschaftlich erbracht werden. Das Restfinanzierungsmodell muss diesen beiden Zielsetzungen genügen und der Gesetzgeber hat geeignete Massnahmen zu ergreifen, dass die Restfinanzierung ausschliesslich Pflegekosten betrifft, die Pflegeleistungen wirtschaftlich erbracht werden und der Tarifschutz durch die Pflegeheime eingehalten wird.

Eine normative Festlegung der Pflgetarife für sämtliche Pflegeheime ist ein sehr grosser Eingriff in die Preisgestaltung und garantiert keine wirtschaftliche Leistungserbringung. Die Festlegung eines Kostendachs (Höchstansätze) hat sich dagegen bereits in anderen Bereichen, insbesondere bei den EL, bewährt. Damit werden die effektiven Pflegekosten je Heim bis zu einem je Pflegestufe festgelegten maximalen Kostendach vergütet. Sofern die effektiven Kosten tiefer sind, werden diese verrechnet. Diese Höchstansätze sollen wie bei den EL auf Verordnungsstufe festgelegt werden. Grundlage für die Festlegung der anrechenbaren Pflegeleistungen bilden die Kostenrechnungen der Heime, welche diese bereits heute nach Krankenversicherungsrecht und nach Verbandsvorgaben erstellen müssen. Diese Kostenrechnungen sollen von den Einrichtungen nach qualitativ einheitlichem Standard geführt werden und können im Controlling für die Überwachung einheitlicher und korrekter Abgrenzungen zwischen Pflege- und Betreuungskosten herangezogen werden. Die Schaffung dieser Leistungs- und Kostentransparenz auch gegenüber dem Kanton ist notwendig, um den Tarifschutz nach Art. 44 KVG sicherzustellen.

3.2.5. *Abwicklung*

Zur Abwicklung der Restfinanzierung schlägt die Regierung, gestützt auf die Erfahrungen in der Ausrichtung der EL, eine Subjektfinanzierung vor. Wie bisher sollen die Heime direkt an die betroffenen Personen (Subjekt) Rechnung stellen. Diese sollen sodann weiterhin mit den für sie zuständigen Stellen Abrechnungen vornehmen. Auch heute erfolgt dies mit den Krankenversicherern auf diese Weise (System des Tiers garant nach Art. 42 Abs. 1 KVG; Regelfall). Dieses Abwicklungsmodell hat den Vorteil, dass die bisherige Art der Rechnungstellung durch die Heime beibehalten werden kann. Nur für Personen, die bislang keine EL bezogen, ergibt sich daraus der Bedarf, zusätzlich zum Krankenversicherer mit einer zweiten Stelle eine Abrechnung vorzunehmen. Damit behalten Bewohnerinnen und Bewohner weiterhin die Übersicht über sämtliche Finanzierungsabläufe ihres Heimaufenthalts. Sie sind zudem am besten in der Lage, in einem ersten Schritt die Richtigkeit der Rechnungstellung beispielsweise hinsichtlich ihrer Pflegebedarfseinstufung zu überprüfen. Das Subjektfinanzierungsmodell ermöglicht damit eine wirksame und direkte (Erst-)Kontrolle der Rechnungstellung.

Nach Art. 42 Abs. 2 KVG ist es möglich, dass Heime mit den Krankenversicherern das sogenannte System des Tiers payant vereinbaren. Dabei würden die Beiträge der obligatorischen Krankenversicherung durch die Krankenversicherer direkt an das Heim geleistet. Auch mit dem Subjektfinanzierungsmodell für die Restfinanzierung steht den Heimen und Krankenversicherern diese Möglichkeit weiterhin offen.

Um den Aufwand für die Abwicklung der Restfinanzierung möglichst gering zu halten, müssen die Zahlungsabläufe für alle Personen mit Wohnsitz im Kanton St.Gallen – unabhängig, ob sie in einem st.gallischen oder ausserkantonalen Pflegeheim leben – zentral und einheitlich abgewickelt werden. Da sich die Zuständigkeit des Kantons und seiner Gemeinden an den EL orientiert, ist eine EL-nahe Abwicklung sachgerecht. Bereits rund die Hälfte der St.Gallerinnen und St.Galler in Pflegeheimen bezieht EL und ist damit bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons St.Gallen (SVA) bereits bekannt. Eine EL-nahe Abwicklung bietet deshalb Gewähr für eine kostengünstige und reibungslose Abwicklung der Restfinanzierung.

Mit der Gründung der SVA wurde die Möglichkeit geschaffen, bedeutsame Bereiche des Sozialversicherungsrechts effizient und bürgernah zu vollziehen. Gleichzeitig wurde ermöglicht, dass bei Bedarf weitere sozialversicherungsrechtliche Aufgaben bei einer einzigen Vollzugsstelle konzentriert werden können. Die SVA kann nach Art. 2 Abs. 2 des Einführungsgesetzes zur Bundesgesetzgebung über die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 13. Januar 1992 (sGS 350.1) die Restfinanzierungsabwicklung im Einzelfall nur übernehmen, wenn ihr die Aufgabe durch Gesetz übertragen wird.

3.2.6. *Finanzierung von Tages- und Nachtaufenthalten*

Nach der Bundesgesetzgebung leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung auch Beiträge für Pflegeleistungen, die in Tages- oder Nachtstrukturen erbracht werden. Die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gelten je Tag oder je Nacht und entsprechen jenen, die Pflegeheimen ausgerichtet werden (Art. 7a Abs. 4 KLV). Für die Kostenübernahme, die anrechenbaren Pflegekosten sowie die Geltendmachung der Restfinanzierung sollen dieselben Regelungsmechanismen wie in Pflegeheimen gelten.

3.2.7. *Übergangsbestimmung*

Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung räumt den Kantonsregierungen die Möglichkeit ein, innert einer Übergangsfrist von drei Jahren die Angleichung der Tarife an die vom Bund festgesetzten Beiträge zu regeln. Damit werden die bestehenden Tarifverträge zwar nicht automatisch nichtig, es obliegt jedoch der Regierung, über die weitere Anwendung der in den Tarifverträgen vereinbarten st.gallischen Tarife zu befinden. Dies kann in Zusammenhang mit der Vollzugsverordnung erfolgen.

3.2.8. *Controlling*

Die Berechnung der Restfinanzierung soll im Kanton St.Gallen künftig auf den individuellen Pflegekosten je Heim basieren, aber durch ein Kostendach je Pflegestufe begrenzt werden. Damit müssen die von den Heimen ausgewiesenen Pflegekosten nicht nur daraufhin geprüft werden, ob sie tatsächlich angefallen sind, sondern auch, ob sie bei Einhaltung der geforderten Qualität auch wirtschaftlich vertretbar sind. Dazu muss gegenüber der mitfinanzierenden öffentlichen Hand Kosten- und Leistungstransparenz hergestellt werden, sodass eine Prüfung der abgeltungsrechtlichen Vorgaben im Bereich der Finanzierung möglich wird. Eine verantwortungsvolle Aufgabenerfüllung durch Gemeinden und Kanton bedingt deshalb, dass ihnen die dazu erforderlichen Informationen und Daten zur Verfügung stehen. Im Bereich der stationären Pflege wird dieses finanzielle Controlling sinnvollerweise zentral durch den Kanton vorgenommen. Hierbei sind die Synergien zum bereits bestehenden Controlling von sozialen Einrichtungen in den Bereichen Behinderung, aber auch Kinder und Jugend zu nutzen, weshalb diese neue Aufgabe künftig sinnvollerweise durch das Amt für Soziales im Departement des Innern erfüllt wird. Um den administrativen Aufwand für die Beteiligten möglichst gering halten zu kön-

nen, soll sich das Controlling auf Auszüge aus der für die Einrichtungen bereits in Art. 11 der eidgenössischen Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (SR 832.104; abgekürzt VKL) vorgeschriebenen und nach einheitlichem Standard zu führenden Kostenrechnung abstützen.

4. Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung in der ambulanten Pflege

4.1. Zuständigkeit der politischen Gemeinden

Seit der Einführung des Gesetzes über die Umsetzung der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (sGS 813.6) am 1. Januar 2008 ist die Zuständigkeit für die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause, die eine Leistungsvereinbarung mit einer Gemeinde nach Art. 36quater Abs. 2 GesG abgeschlossen haben, bei den Gemeinden. Somit obliegt auch die Restfinanzierung der Pflegekosten der ambulanten Pflege den Gemeinden.

Durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung umfasst die Restfinanzierung durch die Gemeinden aber nicht nur die Pflegeleistungen von öffentlich subventionierten Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause, sondern aller Leistungserbringer, auch der privaten Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause und der freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen. Alle drei Gruppen der Leistungserbringer können künftig Beiträge für die Deckung der Restfinanzierung bei den Gemeinden einfordern.

Da der Stundenansatz zur Abgeltung von Pflegeleistungen nach KVG keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen (z.B. für Bereitschaftsdienst, 24-Stunden-Dienst, Aufnahmepflicht, Beratungsleistungen ausserhalb des KVG, spezielle Aufwendungen für Onkologie, Psychiatrie und Kinder-Spitex oder die Organisation der Patientenübernahme nach Spitalaufenthalt) enthält, können die Gemeinden weiterhin – je nach Bedarf – mit ausgewählten Organisationen Leistungsvereinbarungen zur Erbringung gemeinwirtschaftlicher Leistungen abschliessen. Die Gemeinden bleiben zuständig für die Finanzierung dieser gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

4.2. Zuständigkeit des Kantons

Trotz der Übernahme der Restfinanzierung durch die Gemeinden, ist es die Aufgabe des Kantons, einen Höchstansatz für die ambulante Pflege zu erlassen, da gesamtantonale Festsetzungen durch den Kanton vorzunehmen sind. Der Kanton legt einen Höchstansatz, der den effektiven Aufwand für die Leistung deckt, nach Pflegeleistungsgruppen auf Verordnungsstufe fest.

Der Kanton bleibt unverändert für die Bewilligungserteilung für private Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause wie auch für die Berufsausübungsbewilligung für freiberuflich tätige Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner nach Art. 44 GesG zuständig.

4.3. Beiträge der Leistungsbezügerinnen und -bezüger

Die nach Abzug des Versichererbeitrags verbleibenden Pflegekosten dürfen teilweise den Leistungsbezügerinnen und -bezügern verrechnet werden. Im Kanton St.Gallen soll der von den Leistungsbezügerinnen und -bezügern zu übernehmende Anteil 20 Prozent des von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergüteten Betrags ausmachen, aber maximal 20 Prozent des höchsten vom EDI für die Krankenversicherer festgelegten Pflegebeitrags je Stunde überbürdet werden, d.h. maximal 20 Prozent von Fr. 79.80. Somit haben die Klientinnen und Klienten nebst Selbstbehalt und Franchise je Tag maximal Fr. 15.95 an die Pflegekosten der ambulanten Pflegeleistungen zu bezahlen. Keine Beteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger ist vorgesehen, wenn es sich bei den Leistungsbezügerinnen und -bezügern um Kin-

der und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Altersjahr handelt. Bei dieser Bezugsgruppe wird auf eine Kostenbeteiligung verzichtet, da für sie nach Art. 64 Abs. 4 KVG auch keine Franchise und nur höchstens die Hälfte des Selbstbehalts berechnet wird. Der Philosophie, dass Kinder und Jugendliche von einer Kostenbeteiligung entlastet werden, soll auch in der Neuordnung der Pflegefinanzierung gefolgt werden. Im Bereich der ambulanten Pflege beanspruchen Kinder und Jugendliche weniger als zwei Prozent der Leistungen. Ein Verzicht auf eine Kostenbeteiligung hat deshalb fast keine Auswirkungen auf den von den Gemeinden zu tragenden Kostenanteil.

4.4. Abwicklung

Für die Abwicklung der Restfinanzierung soll in Anlehnung an die bisherige Rechnungsstellung von ambulanten Pflegeleistungen eine aufgeteilte Rechnungsstellung durch die Leistungserbringer vorgenommen werden. Das heisst, die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause sowie die freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen stellen wie bisher eine Rechnung für den Krankenversichererbeitrag und den Betrag, den die Leistungsbezügerinnen und -bezüger selber übernehmen müssen, diesen direkt zu. Die Leistungsbezügerinnen und -bezüger fordern aufgrund dieser Rechnungsstellung die ihnen zustehende Rückvergütung bei den Krankenversicherern ein. Den Betrag der Restfinanzierung, der von der Gemeinde getragen wird, stellen die Leistungserbringer direkt der Gemeinde in Rechnung.

4.5. Übergangsbestimmung

Die bestehenden Tarifverträge der Krankenversicherer mit dem Spitex Verband des Kantons St.Gallen und den einzelnen privaten Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause sind nicht automatisch nichtig. Es obliegt gemäss Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung der Regierung, über die weitere Anwendung der in den Tarifverträgen vereinbarten st.gallischen Tarife zu befinden. Dies kann in Zusammenhang mit der Vollzugsverordnung erfolgen.

5. Umsetzung der Akut- und Übergangspflege

5.1. Anordnung

Was unter Akut- und Übergangspflege im Detail zu verstehen ist, wurde vom Bundesgesetzgeber weitgehend offen gelassen. Art. 25a Abs. 2 KVG hält aber ausdrücklich fest, dass die Leistungen, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich als Akut- und Übergangspflege angeordnet werden, von den Krankenversicherern und der öffentlichen Hand während längstens zwei Wochen zu vergüten sind.

Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege entsprechen inhaltlich grundsätzlich den Pflegeleistungen der Krankenpflege durch Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause oder im Pflegeheim. Anders als bei der regulären Krankenpflege werden diese Pflegeleistungen nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet (Art. 25a Abs. 2 KVG; Art. 7b KLV). Dies bedeutet faktisch, dass es sich bei der Akut- und Übergangspflege nicht um ein inhaltlich neues Pflegesegment, sondern um eine bestehende Leistung handelt, die anders finanziert wird.

5.2. Zulassung als Leistungserbringer

Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege können nach Art. 7 Abs. 3 KLV von stationären Einrichtungen (Pflegeheime), Organisationen und Personen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie Pflegefachfrauen und -männern erbracht werden. Spitäler (darunter fallen auch Rehabilitationskliniken) sind gemäss KLV keine zugelassenen Leistungserbringer für Akut- und Übergangspflege. Da es sich bei der Akut- und Übergangspflege nicht um eine neue Leistung

handelt, wird auf die Festlegung von Zulassungsbedingungen verzichtet, womit sämtliche Leistungserbringer, die zur Erbringung von KVG-Pflegeleistungen ermächtigt sind, auch Akut- und Übergangspflege anbieten können. Wie bisher können die Leistungserbringer im stationären Bereich diese Leistung im Rahmen der zugelassenen Heimplätze erbringen. Es werden für Akut- und Übergangspflege deshalb keine zusätzlichen Heimplätze zugelassen.

5.3. Finanzierung (Kostenträger, -anteile, Pauschalen)

Nach Art. 25a KVG hat der Wohnkanton wenigstens 55 Prozent und die obligatorische Krankenpflegeversicherung höchstens 45 Prozent der Pflegeleistungen zu finanzieren. Die Formulierung von Art. 25a KVG schliesst eine Kostenbeteiligung der Gemeinden nicht aus, da der Bund bei einer Übertragung von Aufgaben an den Kanton nicht vorschreibt, wie die Kostenträgerschaft zwischen Kanton und Gemeinden aufgeteilt wird. Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege im Bereich Pflegeheime und im Bereich ambulante Pflege werden durch Leistungserbringer erbracht, die in den Zuständigkeitsbereich der Gemeinden fallen. Deshalb erscheint eine Finanzierung durch die Gemeinden naheliegend, wie von der Vereinigung der St.Galler Gemeindepräsidentinnen und -präsidenten (VSGP) vorgeschlagen. Eine Beteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger an den Kosten der Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV ist – abgesehen von Franchise und Selbstbehalt der obligatorischen Krankenpflegeversicherung – nicht zulässig. Die nicht-pflegerischen Leistungen sind jedoch von den Leistungsbezügerinnen und -bezüger zu tragen.

Der Kantonsanteil für die Leistungen der Akut- und Übergangspflege soll entsprechend der Mindestvorgabe des Bundes auf 55 Prozent festgelegt werden. In Anbetracht der Mehrbelastung, die die neue Pflegefinanzierung für Kanton und Gemeinden zur Folge hat, drängt sich kein höherer Kantonsanteil auf. Zudem soll dieser Anteil auf Gesetzesstufe festgelegt sein, um den Gemeinden die notwendige Beständigkeit zu garantieren.

Art. 25a Abs. 2 KVG sieht vor, dass die Krankenversicherer und die Leistungserbringer Pauschalen vereinbaren. Die Vereinbarungen sind von der Kantonsregierung zu genehmigen, andernfalls hätte die öffentliche Hand Kosten zu tragen, auf deren Höhe sie keinen direkten Einfluss hat. Obwohl dies in Art. 25a Abs. 2 KVG nicht explizit erwähnt ist, ergibt sich die Genehmigung der Vereinbarungen durch die Kantonsregierung sinngemäss aus den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abs. 1 i.V.m. Art. 49 Abs. 1 KVG). Art. 46 Abs. 4 KVG hält dazu fest, dass der Tarifvertrag der Genehmigung durch die Kantonsregierung bedarf.

Zum heutigen Zeitpunkt ist noch nicht klar, wie hoch die nach Art. 25a Abs. 2 KVG von den Krankenversicherern und den Leistungserbringern auszuhandelnden Pauschalen sein werden. Des Weiteren ist noch ungewiss, wie sich die Inanspruchnahme entwickeln bzw. wie lange die Akut- und Übergangspflege durchschnittlich benötigt und verordnet wird (maximal 14 Tage).

5.4. Abwicklung

Nach Art. 7b Abs. 2 KLV haben die Gemeinden den Anteil für ihre Einwohnerinnen und Einwohner direkt dem Leistungserbringer zu entrichten. Die Modalitäten dazu sind zwischen Leistungserbringern und Gemeinden zu vereinbaren. Eine Subjektfinanzierung (Vergütung an die betroffenen Personen) ist aufgrund des Bundesrechts nicht möglich.

6. Finanzielle Auswirkungen

Nachdem der Kanton bislang keine Aufgaben im Bereich der Pflegefinanzierung wahrnehmen musste, ist die Datenlage lückenhaft. Die nachfolgenden Ausführungen zu finanziellen Auswirkungen basieren auf Kostenschätzungen.

6.1. Stationäre Pflege

Zur Verbesserung der Datenlage führte das Departement des Innern im Herbst 2009 bei den im Kanton zugelassenen Pflegeheimen eine Datenerhebung durch. 88 Heime haben ihre detaillierten Zahlen zur Kostenrechnung fristgerecht eingereicht. Nach der Datenauswertung und Plausibilisierung konnten die Betriebszahlen von 83 Heimen (72 Prozent der zugelassenen Heime), die rund 74,6 Prozent der nach Pflegeheimliste zugelassenen Heimplätze anbieten, als Basis für die Hochrechnungen dienen. Sämtliche Berechnungen und Schätzungen basieren auf Zahlen aus dem Jahr 2008. Die vom Bund festgelegten neuen Tarife für Pflegeleistungen im Pflegeheim basieren auf einem zwölfstufigen System, welches die Beiträge der Krankenversicherer vom zeitlichen Pflegebedarf abhängig macht. Die Abstufung erfolgt mittels einer 20-Minuten-Skala. Die ermittelten Daten aus dem Jahr 2008 basieren jedoch auf dem vierstufigen BESA-Modell und mussten auf das zwölfstufige System umgelegt werden.

6.1.1. Kostenschätzung für die stationäre Pflege

Die Pflegekosten im Kanton St.Gallen beliefen sich im Jahr 2008 auf rund 171 Mio. Franken. Die Verteilung nach Pflegestufen lässt sich wie folgt darstellen:

Berechnung Pflegekosten stationär			
Pflegestufe	Pflegetage	Punkte	Pflegekosten
BESA 1	420'000	2'910'000	Fr. 8'250'000
BESA 2	460'000	8'350'000	Fr. 23'750'000
BESA 3	485'000	17'300'000	Fr. 49'000'000
BESA 4	575'000	31'700'000	Fr. 90'000'000
Total Pflegekosten	1'940'000	60'260'000	Fr. 171'000'000

Die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Gesamtkosten von 171 Mio. Franken dürften sich künftig näherungsweise wie folgt verteilen (vereinfachende Annahme: gleich bleibende Pflegetage je Pflegestufe):

Berechnung Beiträge obligatorische Krankenpflegeversicherung				
Pflegestufe	Tage	Tarif neu	Ø	Beitrag KV
BESA 1	420'000	9.00 18.00	13.50	Fr. 5'670'000
BESA 2	460'000	27.00 36.00	31.50	Fr. 14'490'000
BESA 3	485'000	45.00 54.00	54.00	Fr. 26'190'000
BESA 4	575'000	63.00 72.00 81.00 90.00 99.00 108.00	rund 77.00 ¹⁾	Fr. 44'250'000
Total Beiträge obligatorische Krankenpflegeversicherung ²⁾				Fr. 90'600'000

¹⁾ In der Umrechnung der bisherigen BESA-Stufen 4 kann nicht der Ø über alle 5 Teilstufen berechnet werden, da im Kanton St.Gallen gemäss Datenerhebung vor allem die beiden untersten Stufen gepflegt werden. Kostenschätzungen von santésuisse gehen in der bisherigen BESA-Stufe 4 von einem höheren Ø von Fr. 83.–.

²⁾ Aufgrund der schwer abzuschätzenden Veränderungen der Pflegetage pro Pflegestufe sind die Berechnungen mit namhaften Unsicherheiten behaftet. Kostenschätzungen von santésuisse stützen sich zum Teil auf unterschiedliche Pflegetage pro BESA-Stufe (insbesondere Verschiebungen der Pflegetage zwischen den Pflegestufen).

An den Pflegekosten, die nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt sind, beteiligen sich die Pflegebedürftigen künftig wie folgt:

Berechnung Anteile Private					
Pflegestufe	Tage	Berechnung		Anteil	Pflegekosten
BESA 1	420'000	= Pflegekosten – Beitrag KV	1)	6.50	Fr. 2'730'000
BESA 2	460'000	= Ermittlung Datenerhebung	2)	19.07	Fr. 8'770'000
BESA 3	485'000	= 20% vom max. KV-Beitrag	3)	21.60	Fr. 10'480'000
BESA 4	575'000	= 20% vom max. KV-Beitrag	3)	21.60	Fr. 12'420'000
Total Anteil Private					Fr. 34'400'000

- 1) BESA 1: In dieser Stufe entsteht keine Restfinanzierung. Die Privaten haben den Betrag, der nicht durch die KV-Beiträge gedeckt ist, zu bezahlen, da dieser in jedem Fall kleiner ist als 20 Prozent des max. KV-Tarifs (Berechnung: Pflegekosten 8,25 Mio. – Beitrag KV 5,67 Mio. = Anteil Private 2,58 Mio.).
- 2) BESA 2: Gemäss Datenerhebung entstanden im Jahr 2008 in dieser Stufe durchschnittliche Beiträge der Privaten von Fr. 19.07 je Tag.
- 3) BESA 3-4: Diese Stufen entsprechen den neuen (12-stufigen) KLV-Stufen e bis l. Nach Abzug des Beitrags der Krankenversicherer verbleibt in jedem Fall ein Restbetrag von mehr als 20 Prozent des max. Krankenversicherungstarifs. Damit ist der max. Privatanteil von Fr. 21.60 zu berechnen.

Für die Restfinanzierung ist zusammenfassend von folgendem Kostenvolumen auszugehen (ohne Abwicklungs- bzw. Verwaltungskosten):

Gesamtrechnung Pflege stationär	
Total Pflegekosten	Fr. 171'000'000
./. Total Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	Fr. 90'600'000
./. Total Anteil Private	Fr. 34'400'000
Restfinanzierung (Basis 2008)	Fr. 46'000'000
Restfinanzierung (+ ca. 2% Teuerung)	Fr. 47'000'000

6.1.2. Entwicklungen und Handlungsfelder im Kostenbereich

Die Beiträge der Krankenversicherer sind durch das EDI gesamtschweizerisch mittels Frankenbeträgen festgelegt. Der Bund hat es unterlassen, insbesondere für die Teuerung einen Anpassungsmodus vorzusehen. Im Hinblick auf die demographischen Veränderungen (vgl. Ziff. 2.1.5) ist ohnehin mit einer Kostenzunahme zu rechnen. Es muss deshalb vor dem Hintergrund der Kostendebatte im Gesundheitswesen befürchtet werden, dass die Beiträge der Krankenversicherer mittelfristig keiner Anpassung unterzogen werden. Nachdem auch der Beitrag der Pflegebedürftigen an die fixen Beiträge der Versicherer gekoppelt ist, wird die Kostendynamik (Teuerung) die Restfinanzierenden und damit die öffentliche Hand zu tragen haben.

Die in der Datenerhebung des Kantons ermittelten Pflegekosten zeigen grosse Unterschiede in den ausgewiesenen Pflegekosten der einzelnen Heime. Während z.B. das günstigste Heim in der Pflegestufe BESA 4 durchschnittliche Pflegekosten je Tag unter Fr. 100.– auswies, beliefen sich diese Kosten für das teuerste Heim auf mehr als Fr. 200.–. Mit einem errechneten gewichteten Mittelwert von rund 152 Franken könnten nur rund 60 Prozent der ausgewerteten Betagten- und Pflegeheime ihre Pflegekosten decken. Diesem Umstand ist insbesondere bei der Festlegung des künftigen maximalen Kostendachs je Pflegestufe Rechnung zu tragen.

Für die oben dargelegte Ermittlung der reinen Pflegekosten mussten die eingereichten Zahlen der Kostenstelle 110 (Pflege und Betreuung) aufgeteilt werden. Diese Abgrenzung in KVG- und nicht-KVG-pflichtige Leistungen sind im Alltag bei den Pflegeheimen nicht immer klar. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass in den Pflegekosten auch Kosten für Betreuungsaufgaben enthalten sind. Diese Aufteilung beeinflusst massgeblich die Ermittlung der Gesamt-

kosten für die KVG-Pflege und damit die Höhe der Restfinanzierung. Der in den Heimen angewandte Verteilschlüssel der Löhne stützt sich auf Messungen und Schätzungen und wird von CURAVIVA mit 80:20 geschätzt (80 Prozent Pflege, 20 Prozent Betreuung). Aufgrund der Datenerhebung wurde jedoch ein durchschnittliches Kosten-Verhältnis von 75 Prozent Pflege zu 25 Prozent Betreuung nachgewiesen. Die Hochrechnungen zur Restfinanzierung in der stationären Pflege basieren auf diesem durch den Kanton ermittelten Kosten-Verhältnis.

Die von der Regierung vorgeschlagene Begrenzung der anerkannten Pflegekosten durch ein Kostendach hat zur Folge, dass Heime, deren Pflegekosten über dem Kostendach liegen, versucht sein könnten, ihre nicht gedeckten Pflegekosten auf die Betreuungs- oder Pensionskosten umzulegen. Der Preisüberwacher macht geltend, dass damit der Tarifschutz nach Art. 44 KVG verletzt werde und die Bewohnerinnen und Bewohner einen Teil der Pflegekosten mittels überhöhter Betreuungs- oder Pensionstarife mitfinanzieren müssten. Das Gesetz über die Pflegefinanzierung muss deshalb Mechanismen vorsehen, wie auf die Kostenentwicklung Einfluss genommen werden kann und die Vorgaben des KVG (vor allem Tarifschutz) überprüft werden können. Auf Verordnungsstufe ist dies zu konkretisieren. Die Führung einer standardisierten Kostenrechnung durch die Heime ist zwingend vorzusehen. Damit die Heime nicht kurzfristig in finanzielle Nöte geraten, ist ihnen aber auch die nötige Zeit einzuräumen, um mit betrieblichen Massnahmen auf die neuen Vorgaben reagieren zu können.

Auf Basis der Datenerhebung wurde die Befürchtung geäußert, dass sich Heime – wie in den meisten Marktsegmenten der freien Marktwirtschaft üblich – bei der Festlegung ihrer Tarife nicht an der Kostenstruktur, sondern am geschätzten Marktpotential und allfälligen maximalen Vorgaben des Marktes orientieren könnten. Dies zeigt sich im Bereich der Pflege im Kanton St.Gallen insbesondere an einer Orientierung am Maximum der EL. Die Verordnung zu den anrechenbaren Tagespauschalen im Ergänzungsleistungsbereich hat diesem Umstand Rechnung zu tragen und ist zudem auf das zwölfstufige System anzupassen. Zudem ist sicherzustellen, dass die öffentliche Hand Tarife mitfinanziert, die auf anerkannten Kosten basieren und nicht aufgrund eines Kostendachs festgesetzt wurden.

6.2. Ambulante Pflege

Die Kostenschätzungen basieren auf einer Hochrechnung auf der Grundlage der Leistungen der Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause. Im Bereich der ambulanten Pflegeleistungen erfolgt die Kostenübernahme der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anhand von drei Tarifstufen je nach Komplexität der Leistung.

Spitex-Tarife je Stunde	2008	2011
Abklärung / Beratung	Fr. 70.80	Fr. 79.80
Untersuchung / Behandlung	Fr. 63.00	Fr. 65.40
Massnahmen Grundpflege	Fr. 46.80 / Fr. 63.00	Fr. 54.60
Berechnung Erträge	2008	2011
Geleistete Stunden	341'494 h	341'494 h
Durchschnittlicher OKP-Ertrag je Stunde	Fr. 57.75	Fr. 59.85
Total OKP-Ertrag	Fr. 19'700'000	Fr. 20'400'000

Der effektive Aufwand je Stunde dürfte sich je nach Pflegeleistungen zwischen Fr. 70.– und Fr. 110.– bewegen. Dies entspricht einem Umfang von rund zehn bis elf Mio. Franken für die Restkostenfinanzierung. Die Gemeinden müssen für die Restkostenfinanzierung mit rund 6 bis 7 Mio. Franken rechnen. Rund vier Mio. Franken sind von den Leistungsbezüglerinnen und -bezügern bei einem Selbstbehalt von 20 Prozent selber zu tragen.

Im Jahr 2008 haben die Gemeinden öffentlich subventionierten Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause insgesamt Beiträge von rund 14,7 Mio. Franken ausgerichtet. Darin sind nebst den Kosten für Pflegeleistungen auch Beiträge an weitere Leistungen der Organisationen enthalten.

6.3. Stationäre und ambulante Akut- und Übergangspflege

Die Kostenschätzung für die Akut- und Übergangspflege basiert auf folgenden Annahmen:

- Da es sich hier nicht um ein neues Leistungssegment, sondern lediglich um einen veränderten Finanzierungsmodus für eine bereits bisher angebotene Leistung handelt, beruhen die Kostenberechnungen nicht auf einem zusätzlichen Bettenbedarf, sondern auf den geschätzten bisherigen Pflgetagen (stationär) und Pflegestunden (ambulant).
- Aufgrund fehlender Vergleichs- und Erfahrungswerte basieren die nachfolgenden Zahlen auf Schätzungen. Auch die der Berechnung zugrunde liegenden Stunden-Ansätze mussten geschätzt werden, da die von den Leistungserbringern und Krankenversicherern zu vereinbarenden Pauschalen noch ausstehen.
- Eine vorsichtige Aufwandschätzung, die sich unter anderem auch auf Daten aus Kantonen stützt, die über entsprechende Daten verfügen oder deren Schätzungen sich auf eine Auswertung aussagekräftiger Austrittsstatistiken der Spitäler stützen, geht im stationären Bereich von einem maximalen Bedarf von einem Prozent der insgesamt geleisteten Pflgetage und im ambulanten Bereich von maximal zehn Prozent der insgesamt geleisteten Pflegestunden aus.

Kosten Akut- und Übergangspflege		Gesamtkosten		Anteil öffentliche Hand (55%)	
stationär					
1 Prozent der gesamten Pflgetage (Basis SOMED 2008)		Tage	18'000		
Tarif: Ø 1 Pflegestunde je Tag à BESA 4b		Fr.	170		
= Total Kosten stationär		ca. Fr.	3'060'000	Fr.	1'700'000
ambulant					
10 Prozent der gesamten Pflegestunden (Basis Spitex-Statistik 2008)		Stunden	38'000		
Tarif: Ø Pflegestunde		Fr.	90		
= Total Kosten ambulant		ca. Fr.	3'420'000	Fr.	1'900'000
Total Akut- und Übergangspflege		Fr.	6'480'000	Fr.	3'600'000

6.4. Ergänzungsleistungen

Die Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf die EL sind mehrseitig:

Die Erhöhung der Vermögensfreibeträge durch das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung führt zu einer Erweiterung des Kreises der EL-Anspruchsberechtigten und damit zu EL-Mehrkosten. Diese werden aktuell auf rund 8,5 Mio. Franken geschätzt.

Neu wird mit der Restfinanzierung der stationären Pflege ein den EL vorgelagerter Kostenträger installiert. Die Pflegebedürftigen, die heute aufgrund der durch sie zu tragenden hohen Kosten durch Pflegeheimaufenthalte häufig auf EL angewiesen waren, werden entlastet. Deshalb erfahren auch die EL eine Entlastung bei der bedarfsabhängigen Finanzierung der Pflegekosten. Aufgrund der neuen vorgelagerten Restfinanzierung dürften gegen 150 Personen die bisherige EL-Anspruchsberechtigung verlieren, sofern sie nicht wiederum von den höheren Vermögensfreibeträgen profitieren. Die restlichen EL-Beiträge für Pflegeheimbewohnende die-

nen der Deckung von weiteren Aufenthaltskosten (Betreuung und Pension), weshalb darüber hinaus keine Einsparungen erwartet werden können. Eine genaue Berechnung der EL-Entlastung ist schwierig und kann nur geschätzt werden. Aktuell wird auf Basis des Jahres 2008, in welchem die EL rund 88 Mio. Franken an Aufenthalte in Pflegeheimen leisteten, davon ausgegangen, dass die EL um rund 25 Mio. Franken jährlich entlastet werden.

Werden die Pflegebedürftigen im Bereich der ambulanten Pflege zur Mitfinanzierung der ambulanten Pflegekosten verpflichtet, dürfte dies auch zu einer Mehrbelastung bei den EL führen. Diese Kostenfolgen sind momentan nicht abschätzbar, aber im Vergleich zu den anderen Kostenfolgen als gering einzustufen.

Zusammenfassend ist mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung eine Nettoentlastung der EL um rund 16,5 Mio. Franken je Jahr zu erwarten.

6.5. Finanzielle Auswirkungen im Überblick und Kostenübernahme durch Kanton und Gemeinden

Während die Zuständigkeit bei den EL (Kanton) und bei der ambulanten Pflege (Gemeinden) bereits geregelt ist, sind die Zuständigkeiten und insbesondere die Kostenübernahme der Akut- und Übergangspflege sowie der Restfinanzierung der stationären Pflege zu klären. Dabei steht aufgrund des grossen Kostenvolumens von gegen 50 Mio. Franken vornehmlich die Restfinanzierung der stationären Pflege im Fokus.

Im Kanton St.Gallen nehmen die politischen Gemeinden bereits die Verantwortung für das ambulante und stationäre Pflege- und Betreuungsangebot wahr (SHG, GesG). Sie gewährleisten wohnortnah und unter Berücksichtigung der kommunalen und regionalen Begebenheiten die Sicherstellung eines bedürfnisgerechten Angebots. Die Regierung kommt aufgrund dieser Zuständigkeit zum Schluss, dass grundsätzlich die Gemeinden für die Pflegefinanzierung zuständig sind, auch wenn damit spürbare Auswirkungen auf den Finanzausgleich befürchtet werden.

Da der Kanton durch die Neuerungen bei den EL aber netto Einsparungen erfährt, soll sich der Kanton an den neu anfallenden Kosten der stationären Pflege beteiligen. Dies scheint auch deshalb gerechtfertigt, weil dem Kanton bei der stationären Pflege steuernde Aufgaben zukommen (Qualitäts- und Mengensteuerung insbesondere über die kantonale Pflegeheimliste). Zudem kann nur der Kanton flächendeckend auf die Pflegekosten der Pflegeheime Einfluss nehmen. So auch bei Einrichtungen, die nicht von den Gemeinden getragen werden. Dennoch sollen sich in der Mehrheit der Ostschweizer Kantone die Gemeinden namhaft an den finanziellen Belastungen durch die neue Pflegefinanzierung beteiligen. Jedoch haben die Vernehmlassungen in den anderen Kantonen gezeigt, dass diese Frage umstritten ist. Aktuell ist deshalb auch kein fundierter interkantonaler Umsetzungsvergleich möglich, da in sämtlichen Kantonen die politische Entscheidungsfindung noch nicht abgeschlossen ist. Auf eine Darstellung der Regelungen in anderen Kantonen muss deshalb an dieser Stelle verzichtet werden.

Das vorgeschlagene Kostenübernahme-Modell für den Kanton St.Gallen führt zu einer Kostenteilung in der stationären Pflege von einem Drittel Gemeinden und zwei Drittel Kanton, wobei der Kanton aufgrund der geschätzten Einsparungen bei den EL gleich viel aufwendet wie die Gemeinden. Von einem dynamischen Kostenübernahme-Modell, wonach jährlich die Beteiligung des Kantons neu berechnet wird, muss abgesehen werden. Die finanziellen Auswirkungen auf die EL sind mehrseitig und deshalb kaum präzise bezifferbar. Für Kanton und Gemeinden würde ein variabler Kostenteiler zu unabsehbaren, jährlichen finanziellen Verpflichtungen führen. Die Aufwendungen der EL unterliegen diversen weiteren Einflussgrössen. Insbesondere hat die EL neben der Pflege je Fall für diverse weitere Auslagen unter Berücksichtigung der Einnahmen und des Vermögens der betroffenen Person aufzukommen. Der vorgeschlagene Kostenteiler scheint deshalb eine sachgerechte Lösung zu sein.

Im Aufgaben- und Finanzplan 2011 bis 2013 (33.10.04; abgekürzt AFP 2011 bis 2013) war vorgesehen, die Pflegefinanzierung gänzlich den Gemeinden zu überlassen. Von dieser Planvorgabe wird nun abgewichen und der Kanton übernimmt einen namhaften Teil der Mehrkosten. Deshalb wurde die Kompensation der Aufwendungen in anderen, von der Pflegefinanzierung unabhängigen Bereichen diskutiert, aber nicht weiterverfolgt. Es ist aktuell vorgesehen, die Mehrbelastung des Kantons an die Globalbilanz des Projekts «Aufgabenteilung Kanton – Gemeinden» anzurechnen.

Die interkantonale Nutzungsverflechtung und die Umsetzung des Wohnsitz- bzw. Herkunftsprinzips machen überdies ein Engagement des Kantons in der Abwicklung notwendig. Deshalb soll die Abwicklung der Restfinanzierung der stationären Pflege zentral geregelt werden und durch die SVA erfolgen. Die Kostenübernahme durch Kanton und Gemeinden sind im Sinn eines verwaltungsökonomischen Modells analog der vormaligen EL-Lösung zu pauschalieren. Es ist insbesondere zu vermeiden, dass Fehlanreize geschaffen werden und die Indikation für einen Heimaufenthalt von Finanzierungsproblemen und Zuständigkeitsstreitigkeiten überlagert wird. Würden insbesondere die Gemeindebeiträge nicht pauschaliert, wäre mit wesentlich höheren EDV- und Personalkosten bei der Abwicklung zu rechnen. Die Durchführungskosten für die vorgeschlagene Pauschalkostenabwicklung durch die SVA werden auf rund 2 Mio. Franken geschätzt und könnten ebenfalls dem gewählten Kostenteiler unterliegen.

Neben Kanton und Gemeinden müssen sich auch die Pflegeheime, die Betroffenen und ihre Angehörigen auf die Neuerungen vorbereiten. Die Umsetzungsfrist dürfte bereits zu knapp ausfallen. Auch deshalb soll das Umsetzungsmodell für den Kanton St.Gallen so einfach wie möglich gehalten werden. Allfällige Detaillierungsprozesse sollten auf Basis von fundierten Umsetzungserfahrungen vorgenommen werden. Es ist deshalb ein Wirkungsbericht nach spätestens fünf Jahren vorzusehen, der sich auf wenigstens drei Erfahrungsjahre stützen kann. Darin sind auch die finanziellen Auswirkungen auf Kanton und Gemeinden zu beleuchten wie auch beispielsweise die Auswirkungen auf die EL durch die Erhöhung der Vermögensfreibeträge und die angepasste Finanzierung der stationären (EL-Entlastung) und ambulanten Pflegekosten (EL-Belastung).

Aufgrund der vorstehenden Kostenschätzungen, der generellen Zuständigkeit der politischen Gemeinden für die Pflegefinanzierung und einer Mitbeteiligung des Kantons bei der Restfinanzierung der stationären Pflege ergeben sich aus der Neuordnung der Pflegefinanzierung für den Kanton St.Gallen und die st.gallischen Gemeinden die nachfolgenden Belastungen:

Leistungsspektrum	Kostenträger				Gesamtkosten Fr. ¹⁾
	obligatorische Krankenversicherung	Leistungsbe- züger (Private)	Gemeinden	Kanton	
Pflege Pflegeheime (einschliesslich Tages- und Nachtstätten; exkl. Pensions- und Betreuungskosten)					
bisher	93'250'000	82'250'000	0	0	175'500'000
Neuordnung Pflegefinanzierung ²⁾	93'250'000	34'750'000	15'500'000 ²⁾	32'000'000 ²⁾	
Mehrbelastung / Entlastung (-)	0⁴⁾	-47'500'000	15'500'000	32'000'000	
Pflege Spitex (exkl. haus- und gemeinwirtschaftliche Leistungen)					
bisher	20'500'000	0	11'000'000	0	31'500'000
Neuordnung Pflegefinanzierung	20'500'000	4'000'000	7'000'000		
Mehrbelastung / Entlastung (-)	0⁴⁾	4'000'000	-4'000'000	0	

Akut- und Übergangspflege Pflegeheime					
bisher ³⁾	1'300'000	1'700'000	0	0	3'000'000
Neuordnung Pflegefinanzierung	1'300'000	0	1'700'000	0	
Mehrbelastung / Entlastung (-)	0	-1'700'000	1'700'000	0	
Akut- und Übergangspflege Spitex					
bisher ³⁾	2'300'000	0	1'200'000	0	3'500'000
Neuordnung Pflegefinanzierung	1'600'000	0	1'900'000	0	
Mehrbelastung / Entlastung (-)	-700'000	0	700'000	0	
Ergänzungsleistungen EL					
Entlastung EL	0	25'000'000	0	-25'000'000	
Erhöhung Vermögensfreibeträge	0	-8'500'000	0	8'500'000	
Mehrbelastung / Entlastung (-)	0	16'500'000	0	-16'500'000	
Veränderungen / Gesamttotal	-700'000⁴⁾	-28'700'000	13'900'000	15'500'000	

- 1) Berechnungsbasis 2008; einschliesslich 2 Prozent Teuerung, jedoch ohne Kostensteigerung für Mengen- und Kostenzuwachs bis zur Einführung und Abwicklungs- / Verwaltungskosten.
- 2) Berechnung der Kostenaufteilung Restfinanzierung Pflege Pflegeheime: Die stationäre Pflege ist Sache der Gemeinden. Der Kanton beteiligt sich jedoch aus Gründen der Steuerung sowie des Wirkungszusammenhangs mit den EL und trägt die abzüglich seiner EL-Nettoeinsparungen verbleibenden Kosten zusammen mit den Gemeinden je zur Hälfte. Dies ergibt folgenden Berechnungsmodus:
Restfinanzierung Pflege Pflegeheime 47,5 Mio.
abzüglich Netto-Entlastung EL 16,5 Mio. (Kostenträger Kanton)
= zu verteilende Restkosten Restfinanzierung 31,0 Mio. (Kostenträger je zur Hälfte Kanton und Gemeinden)
Dies entspricht einer Aufteilung der gesamten Mehrbelastungen von 1/3 auf die Gemeinden und 2/3 auf den Kanton.
- 3) Akut- und Übergangspflege: Da es sich hier nicht um eine neue Pflegeleistung, sondern lediglich um ein neues Abrechnungsegment handelt, wurden diese Leistungen bisher im Rahmen der normalen Pflegeleistungen von Pflegeheimen und Spitex erbracht und im gleichen Verhältnis wie die übrigen Leistungen durch die Kostenträger finanziert.
- 4) Die Berechnungen basieren auf vereinfachten Annahmen hinsichtlich Zahl verrechneter Pflegetage pro Pflegestufe bzw. verrechneter Leistungen in der ambulanten Pflege. santéuisse geht von Veränderungen beim Pflegeleistungsvolumen und deshalb einer Mehrbelastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bis zum Vollzug der neuen Pflegefinanzierung aus. Da die Belastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung insbesondere auch von der Übergangsbestimmung zur Tarifangleichung abhängig ist, wurde in dieser Gesamtübersicht vorderhand vereinfachend von einem unveränderten Kostenvolumen für die obligatorische Krankenpflegeversicherung ausgegangen.

Den Netto-Entlastungen für die Pflegebedürftigen von 28,7 Mio. Franken stehen Netto-Mehrbelastungen für Kanton und Gemeinden von 29,4 Mio. Franken gegenüber. Die Belastungen von Kanton und Gemeinden halten sich mit dem vorgeschlagenen Kostenübernahme-Modell annähernd die Waage.

7. Vernehmlassung

In Anbetracht der kurzen Umsetzungsfrist dauerte die Vernehmlassung rund einen Monat bis zum 27. Mai 2010. Zur Stellungnahme eingeladen wurden die im Kantonsrat vertretenen politischen Parteien, die politischen Gemeinden sowie alle im Kanton St.Gallen aktiven Verbände und Interessensvertretungen im Bereich Alter, der ambulanten und stationären Pflege sowie entsprechende Schulungseinrichtungen und Personalverbände. Den Parteien standen zudem an einer Veranstaltung vom 19. Mai 2010 die Vorsteherin des Departementes des Innern sowie Fachpersonen aus beiden involvierten Departementen zur Beantwortung von Fragen zur Verfügung.

Es gingen insgesamt 75 Vernehmlassungsantworten ein. Alle eingegangenen Antworten konnten in die Auswertung der Vernehmlassung miteinbezogen werden. Die Mehrheit, nämlich 45 der Stellungnahmen wurden durch einzelne Gemeinden, durch mehrere Gemeinden gemeinsam und durch die VSGP eingereicht. Die weiteren Stellungnahmen sind von den Parteien

(CVP, EVP, FDP, Grüne, SP) und von Fach- und Interessensverbänden eingegangen. Die SVP hat sich aufgrund der kurzen Frist nicht an der Vernehmlassung beteiligt.

Die überwiegende Mehrheit der Gemeinden lehnt den Gesetzesentwurf ab, wobei die Kritik die Zuständigkeit der Gemeinden in der stationären Pflege und der stationären Akut- und Übergangspflege sowie die aus Sicht der Gemeinden zu geringe Beteiligung der Leistungsbezüglerinnen und -bezügler in der ambulanten Pflege betrifft. In diesem Zusammenhang wird auch die Aufsichtstätigkeit des Kantons im stationären Bereich kritisch beleuchtet. Unter anderem haben die beiden Städte St.Gallen und Rapperswil-Jona Stellungnahmen eingereicht, die sich zum Teil erheblich von den übrigen Gemeinden unterscheiden und eine grundsätzliche Zustimmung zur Vorlage signalisieren. In einem Gespräch zwischen einer Delegation der Regierung und dem Vorstand der VSGP am 21. Juni 2010 konnte mit Ausnahme der stationären Pflege eine Annäherung der Standpunkte erreicht werden.

Abgesehen von den Stellungnahmen der politischen Gemeinden findet die Vorlage grundsätzlich Zustimmung und wird von verschiedenen Vernehmlassungsteilnehmenden sogar ausdrücklich unterstützt. Insbesondere die politischen Parteien, der Spitex Verband Kanton St.Gallen, CURAVIVA St.Gallen sowie santésuisse stimmen dem vorgelegten Entwurf im Grundsatz zu. Anpassungsvorschläge betreffen Teilaspekte der Vorlage. Trotz kurzer Vernehmlassungsfrist zeugen die eingegangenen Stellungnahmen von einem grossen Interesse und einer eingehenden Auseinandersetzung mit der Vorlage.

7.1. Stationäre Pflege

Abgesehen von den politischen Gemeinden, welche ihre Zuständigkeit bestreiten, begrüssen die Vernehmlassungsteilnehmenden, insbesondere die politischen Parteien, die Vorschläge zur stationären Pflege. Einzig die Gestaltung der Aufsicht durch den Kanton wird kritisch beleuchtet. Explizit wird das Abwicklungsmodell in der stationären Pflege begrüsst (Subjektfinanzierung durch die SVA und Rückabwicklung mit den Gemeinden per Stichtag).

7.1.1. Zuständigkeit der politischen Gemeinden und Kostenteiler Kanton-Gemeinden

Die überwiegende Zahl der Gemeinden stellt die Zuständigkeit der politischen Gemeinden in Frage und lehnt die Aufteilung der verbleibenden stationären Pflegekosten ab. Sie begründen die Ablehnung hauptsächlich damit, dass sich der Versorgungsauftrag der Gemeinden lediglich auf eine bedarfsgerechte Infrastruktur und nicht auf deren Betrieb beziehe und die entsprechenden Steuerparameter vollständig beim Kanton liegen würden. Die zusätzlichen öffentlichen Gelder für die Pflegefinanzierung sollten nicht über einen Verteilschlüssel, sondern solidarisch über den Staatshaushalt bzw. Staatssteuerfuss finanziert werden. Der vorgeschlagene Kostenteiler im stationären Bereich sei rein finanzpolitisch motiviert.

Sämtliche politischen Parteien, die sich in der Vernehmlassung äusserten (ausser SVP), unterstützen eine Kostenteilung zwischen Kanton und Gemeinden. FDP, CVP, SP und EVP begrüssen diesen im vorgeschlagenen Umfang, während für die Grünen eine grössere Beteiligung des Kantons diskutiert werden kann. Von weiteren Vernehmlassungsteilnehmenden wird begrüsst, dass sich die Gemeinden wie im ambulanten Bereich auch an den stationären Pflegekosten beteiligen sollen.

Das Angebot in stationären sozialen Einrichtungen gilt gemäss SHG als betreuende stationäre Sozialhilfe. Die politischen Gemeinden sind dabei für die Bereitstellung eines bedarfsgerechten Angebots an Plätzen in Betagten- und Pflegeheimen zuständig (Art. 28 Abs. 1 SHG). Dazu gehört nicht nur die Bereitstellung der Infrastruktur, sondern auch die Übernahme weiterer Kosten des Betriebs. Diese Zuständigkeit der Gemeinden geht klar aus der Botschaft zum Entwurf des SHG vom 5. August 1997 sowie den Protokollen der Kommissionssitzungen hervor. Dabei wurde auch die Verflechtung finanzieller Aufgaben von Kanton und Gemeinden diskutiert und festgehalten, dass die ausschliessliche Zuständigkeit bei den Gemeinden liege.

Damit wurde bei Erlass des SHG der Grundsatz gelegt, dass die Gemeinden für die Bereitstellung eines bedarfsgerechten Angebots an Betagtenheimen zuständig sind und im Sinn dieser Aufgabenteilung auch für deren Finanzierung. Dieser Grundsatz wurde bei Erlass des GesG für den ambulanten Bereich konsequent weitergeführt. Es besteht hinsichtlich der Zuständigkeit der politischen Gemeinden für das stationäre Betreuungs- und Pflegeangebot kein Unterschied zu deren Zuständigkeit für das ambulante Betreuungs- und Pflegeangebot nach GesG.

Es ist aber weiterhin gerechtfertigt, dass sich der Kanton aufgrund seiner bundesrechtlichen Aufgaben nach KVG und aufgrund der finanziellen Entlastung bei den EL an den Mehrkosten beteiligt und die Gemeinden auch mit Blick auf den Finanzausgleich die Mehrkosten von rund 50 Mio. Franken nicht allein tragen müssen.

An der vorgeschlagenen Aufteilung der verbleibenden Pflegekosten (2/3 durch Kanton, 1/3 durch Gemeinden) wird deshalb festgehalten. Die Durchführungskosten der SVA sollen aber nicht diesem Kostenteiler unterliegen, sondern aufgrund des Äquivalenzprinzips durch den Kanton getragen werden.

7.1.2. Kostenarten, Festlegung von Pflegekosten und Betreuungskosten

Die Notwendigkeit einer Begrenzung der anerkannten Pflegekosten durch Höchstansätze je Pflegestufe und Pflegetag blieb auch in der Vernehmlassung unbestritten. Von verschiedenen Vernehmlassungsteilnehmenden wurde jedoch die Notwendigkeit und Zulässigkeit der vorgesehenen Bestimmungen bestritten, wonach die Regierung durch Verordnung sowohl den anrechenbaren Aufwand der Leistungserbringer zur Ermittlung der Pflege- und der Betreuungskosten als auch das anrechenbare Verhältnis zwischen Pflege- und Betreuungskosten festlegen könnte. Dabei wurde u.a. eingewendet, dass für Kosten, die nicht mitfinanziert würden (Betreuungskosten), keine Maximaltarife vorgeschrieben werden dürften, dass der Staat sich damit in die operative Entscheidungsfreiheit der Pflegeheime einmische und es den Heimen verunmögliche, sich durch unterschiedliche Betreuungsangebote im Markt zu positionieren. Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, dass der Staat mit den Bestimmungen zur Festlegung der Höchstansätze und der Bestimmung der anrechenbaren Aufwendungen im Pflegebereich genügend zur Preissteuerung legitimiert sei.

Diese Argumentation ist nachvollziehbar. Die neue Pflegefinanzierung fokussiert auf Fragen der Pflege. Weitergehende Bestimmungen zum Betreuungsbereich sind nicht direkt Gegenstand des neuen Gesetzes, weshalb auf genannte Bestimmungen verzichtet wird. Nachdem über die EL die weiteren Aufenthaltskosten namhaft durch den Kanton mitfinanziert werden, ist zu prüfen, ob und wie andernorts den teilweise enormen Kostensteigerungen bei Betreuung und Pension begegnet werden kann. Dies wird sicherlich im Rahmen der Anpassung der Vollzugsverordnungen zum ELG geprüft werden, die aufgrund der neuen Pflegefinanzierung ohnehin vorgenommen werden muss.

7.1.3. Qualität und Wirtschaftlichkeit

Mehrere Vernehmlassungsteilnehmende verlangten, dass die vorgesehene Regelung, wonach die Regierung durch Verordnung Bestimmungen über Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung erlassen könne, zu ändern bzw. zu streichen sei.

Der Kanton ist im Rahmen der Führung der kantonalen Pflegeheimliste nach den Voraussetzungen von Art. 39 KVG zur Qualitätsprüfung verpflichtet. Da sowohl private als auch öffentlich-rechtliche Betagten- und Pflegeheime auf der kantonalen Pflegeheimliste geführt werden, gilt die Qualitätsprüfung durch den Kanton für sämtliche Heime, die nach KVG zugelassen sind. Die Notwendigkeit zur Überprüfung der wirtschaftlichen Leistungserbringung ist zudem bereits durch das KVG und Art. 6 des Gesetzesentwurfs legitimiert. Vor diesem Hintergrund kann auf eine umfassende Delegationsnorm aus Gründen der Redundanz verzichtet werden. Art. 11 wird entsprechend angepasst und auf das Führen und den Ausweis einer Kostenrechnung fokussiert.

7.1.4. Bewilligung, Zulassung und Aufsicht

In den Schlussbestimmungen der Vernehmlassungsvorlage war vorgesehen, in Art. 32 und 33 SHG die Aufsicht des Kantons für sämtliche Heime zu verankern. Dies wurde insbesondere von der Mehrzahl der Gemeinden abgelehnt. Wie unter Ziff. 2.1.2 erläutert, werden grundsätzlich zwei Verfahrensarten unterschieden:

- die Bewilligung und Aufsicht nach SHG (Bewilligung zur Führung eines Betriebs und deren Beaufsichtigung);
- die Zulassung nach KVG und damit Anerkennung nach ELG («Finanzierungszulassung»).

Die polizeirechtliche Bewilligung und Aufsicht der Betagten- und Pflegeheime ist der Zulassung nach KVG bzw. Anerkennung nach ELG von Betagten- und Pflegeheimen vorgelagert. Bewilligung und Aufsicht sind dort notwendig, wo betagte Menschen auf institutionelle Betreuung und Pflege angewiesen sind und dadurch in einem Abhängigkeitsverhältnis stehen. Sie gewährleisten das Wohl und den Schutz von allen betagten Menschen, die auf dauerhafte oder vorübergehende Unterstützung angewiesen sind. Sie sind unabhängig von der Finanzierung der Einrichtung bzw. der erbrachten Leistungen für die Bewohnenden erforderlich.

Während der Kanton für Bewilligung und Aufsicht über die privaten Einrichtungen ohne Leistungsvereinbarung mit einer Gemeinde zuständig ist, obliegt die Aufsicht über die öffentlich-rechtlichen Einrichtungen sowie über die privaten Einrichtungen mit einer Leistungsvereinbarung den politischen Gemeinden.

Aufgrund der Zuständigkeit der Gemeinden für die Bereitstellung des Angebots und trotz finanzieller Beteiligung des Kantons soll auf eine Ausdehnung der Aufsicht durch den Kanton auf öffentliche Pflegeheime verzichtet werden. Damit bleibt im ambulanten und stationären Pflegebereich dieselbe Aufsichtssystematik bestehen, wonach der Kanton die privaten Anbietenden und die Gemeinden die öffentlich-rechtlichen Anbietenden beaufsichtigen. Damit wird ebenfalls dem Umstand Rechnung getragen, dass die Gemeinden aufgrund der im Sozialhilfegesetz statuierten Aufgabenteilung grundsätzlich auch für die Finanzierung zuständig sind.

7.2. Ambulante Pflege

Die Vernehmlassungsteilnehmenden begrüssen grundsätzlich die im Bericht und Entwurf zum Gesetz über die Pflegefinanzierung vorgeschlagene Finanzierung und Organisation des Bereichs der ambulanten Pflege. In keiner Stellungnahme wurde die Zuständigkeit der Gemeinden für die Sicherstellung des Angebots der ambulanten Pflege sowie deren Finanzierung durch die Gemeinden bestritten.

Die FDP, die CVP sowie die Mehrheit der politischen Gemeinden, die VSGP und die privaten Spitexorganisationen verlangen, dass die Beteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger gemäss dem gesetzlichen Rahmen voll ausgeschöpft wird (20 statt 10 Prozent). Die SP, die Stadt St.Gallen, der Spitex Verband St.Gallen und einzelne Spitexorganisationen bedauern es, dass von einer Patientenbeteiligung im ambulanten Bereich nicht gänzlich Abstand genommen wurde.

Zur Beteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger gingen einerseits von den politischen Gemeinden, andererseits von den Leistungserbringern unterschiedliche Stellungnahmen ein. Wichtig ist, dass mit einer Patientenbeteiligung keine falschen Anreize geschaffen werden, dass dem Grundsatz «ambulant vor stationär» entsprochen wird. Zudem sollte eine Patientenbeteiligung im Rahmen der finanziellen Ressourcen der Leistungsbezügerinnen und -bezüger liegen. Aufgrund der Vernehmlassung und dem Gespräch zwischen einer Delegation der Regierung und dem Vorstand der VSGP am 21. Juni 2010 wird die Beteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger 20 Prozent betragen.

7.3. Akut- und Übergangspflege

Die Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden heisst die unterbreitete Strukturierung und Finanzierung der Akut- und Übergangspflege gut. Die CVP sowie die Stadt Rapperswil-Jona und die politische Gemeinde Goldingen verlangen im Sinn der fiskalischen Äquivalenz, dass die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege durch den Kanton zu erfolgen hat.

In Anlehnung an die Spitalfinanzierung wurde die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege durch den Kanton geprüft. Aufgrund der Zuständigkeit der Gemeinden, ein Angebot der stationären und ambulanten Pflege sicher zu stellen, wurde die Zuständigkeit für die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege auch den Gemeinden übertragen.

santésuisse beurteilte Art. 19, in dem die Vereinbarung der Tarife zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern sowie die Genehmigung durch die Regierung geregelt ist, als nicht notwendig, da diese Punkte bereits in Art. 46 Abs. 4 KVG geregelt sind. Auf eine entsprechende Bestimmung in der kantonalen Gesetzesgrundlage kann deshalb verzichtet werden.

8. Bemerkungen zu einzelnen Artikeln

Art. 1 Abs. 1 KVG erklärt die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (SR 830.1; abgekürzt ATSG) auf die Krankenversicherung als anwendbar, soweit das KVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vorsieht. In Bezug auf die Neuregelung der Pflegefinanzierung nach Art. 25a KVG sieht das KVG weder eine Abweichung vor, noch sind Bereiche als Ganzes ausdrücklich vom Geltungsbereich des ATSG ausgenommen. Die Restfinanzierung der Kantone nach Art. 25a Abs. 5 KVG ist Teilelement dieses sozialversicherungsrechtlichen Finanzierungssystems. Insofern sind die Kantone in dieses System und damit auch in diesen Teil des Sozialversicherungsrechts eingebunden. Die im Rahmen der Restfinanzierung nach Art. 25a Abs. 5 KVG zu erbringenden Leistungen gelten als sozialversicherungsrechtliche Beiträge nach KVG. Das ATSG hat demnach auch Geltung für die Pflegefinanzierung. Damit sind die entsprechenden kantonalen Ausführungsbestimmungen grundsätzlich dem ATSG unterstellt und die Verfahren richten sich nach Art. 2 ATSG. Unter diesen Umständen kann auf eine weitere Regelung im kantonalen Erlass verzichtet werden.

8.1. Allgemeine Bestimmungen (Art. 1 bis 4)

Geltungsbereich (Art. 1)

Nach Art. 25a KVG haben die Kantone die Restfinanzierung der Pflegeleistungen zu regeln. Der Erlass regelt demgemäss die Finanzierung der Pflegeleistungen, die in einem Pflegeheim oder ambulant erbracht werden, sowie die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege, soweit nicht Dritte für die Finanzierung aufzukommen haben. Vom Geltungsbereich des Erlasses erfasst ist die Finanzierung der Pflegeleistungen und der Leistungen der Akut- und Übergangspflege für Personen mit Wohnsitz im Kanton St.Gallen (vgl. auch Art. 2, 4 und 7).

Leistungserbringer (Art. 2)

Leistungserbringer sind st.gallische und ausserkantonale Pflegeheime mit zugelassener Anzahl Plätze und Pflegestufen, die auf einer kantonalen Pflegeheimliste nach Art. 39 KVG geführt werden. Damit wird sichergestellt, dass nur Pflegeheime die Pflegeleistungen nach den Bestimmungen der neuen Pflegefinanzierung abrechnen können, welche die qualitativen und quantitativen Voraussetzungen nach KVG erfüllen. Das Verfahren zur Aufnahme in die Pflegeheimliste richtet sich nach Art. 39 KVG. Dazu ergeben sich im Kanton St.Gallen keine Änderungen. Die Regierung erlässt die st.gallische Pflegeheimliste. Eine kantonale Betriebsbewilligung des Departementes des Innern ist keine Zulassung nach KVG, sondern ermöglicht privaten Anbietern lediglich den Betrieb einer Einrichtung und noch keine Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Restfinanzierung durch die öffentliche Hand.

Neu können nach Art. 7 Abs. 2ter in Verbindung mit Art. 7a Abs. 4 KLV auch Leistungen von Tages- und Nachtstrukturen mit den gleichen Ansätzen wie im stationären Angebot abgegolten werden. Nach Art. 38 KVG regelt der Bundesrat die Zulassung weiterer Leistungserbringer nach Art. 35 Abs. 2 Bst. c bis g, i und m KVG. Tages- und Nachtstrukturen sind unter Art. 35 Abs. 2 Bst. e KVG zu subsummieren. Die Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen wird auf Bundesebene bis anhin jedoch nicht geregelt. Als Übergangsbestimmung räumt Art. 21 der Regierung für die Dauer bis zum Erlass bundesrechtlicher Bestimmungen die Möglichkeit ein, durch Verordnung die Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen als Leistungserbringer zu regeln. Damit kann die bestehende Lücke bei der Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen bis zum Vorliegen bundesrechtlicher Bestimmungen geschlossen werden.

Die Zulassung von st.gallischen Pflegefachpersonen und Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause richtet sich nach der eidgenössischen Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102). Für die Leistungen von Pflegefachpersonen sowie von Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause wurden bis anhin zwischen den Leistungserbringern und der Gemeinde Leistungsvereinbarungen abgeschlossen. Neu erfolgt eine Restfinanzierung der Pflegekosten auch für ambulante Leistungserbringer, mit welchen die Gemeinden keine Leistungsvereinbarung abgeschlossen haben.

Die Zulassung stationärer und ambulanter Leistungserbringer gilt sowohl für Pflegeleistungen als auch für die Akut- und Übergangspflege.

Abs. 2 der Bestimmung hält fest, dass bei Pflegeleistungen für Personen mit Wohnsitz im Kanton St.Gallen durch ausserkantonale Leistungserbringer höchstens die für die Leistungserbringer im Kanton St.Gallen geltenden Kostenansätze angewendet werden. Damit wird sichergestellt, dass bei der Pflege durch ausserkantonale Leistungserbringer im Sinn der Rechtsgleichheit die gleichen Kostenansätze wie für st.gallische Leistungserbringer gelten.

Mitwirkungspflicht (Art. 3)

Art. 28 ATSG regelt die Mitwirkungspflicht von versicherten Personen. Beim Vollzug des Gesetzes über die Pflegefinanzierung ist auch die Mitwirkung der Leistungserbringer und Krankenversicherer zwingend, um einen rechtmässigen Vollzug zu gewährleisten. Deshalb wird eine analoge Bestimmung im kantonalen Erlass vorgesehen. Damit ist klar, dass die versicherte Person sowie die Leistungserbringer zur Zusammenarbeit mit den Vollzugsorganen verpflichtet sind.

Ergänzend zur allgemeinen Mitwirkungspflicht ist analog zu Art. 22 KVG auf kantonaler Ebene in Abs. 2 eine Auskunftspflicht der Leistungserbringer gegenüber den mit dem Vollzug betrauten Organen zu statuieren. Damit wird es den entsprechenden Organen ermöglicht, die Überprüfung der Finanzierung der Pflegeleistungen wahrzunehmen.

Zuständige politische Gemeinde (Art. 4)

Art. 4 stellt eine Zuständigkeitsbestimmung im Rahmen des vorliegenden Erlasses dar. Sie bestimmt für die nachfolgenden Bestimmungen die im Einzelfall für die Mitbeteiligung an der Finanzierung von Leistungen zuständige politische Gemeinde. Im vorliegenden Erlass gilt als zuständige politische Gemeinde jene politische Gemeinde, in welcher die versicherte Person vor erstmaligem Heimeintritt oder im Zeitpunkt des Leistungsbezugs von einer Organisation der Hilfe und Pflege zu Hause ihren Wohnsitz hatte. Bei Eintritt in ein Pflegeheim kann es unter Umständen vorkommen, dass der zivilrechtliche Wohnsitz der versicherten Person im Sinn von Art. 23 Abs. 1 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (SR 210; abgekürzt ZGB) an die Standortgemeinde des Pflegeheims wechselt (vgl. BGE 133 V 309). Um die Standortgemeinden von Pflegeheimen nicht zu benachteiligen, sieht der zweite Satz von Art. 4 vor, dass der Eintritt in ein Pflegeheim die Zuständigkeit der bisherigen zuständigen politischen Gemeinde für die Finanzierung nicht verändert. Dies entspricht der Regelung in Art. 21 Abs. 1 ELG (SR 831.30) für den Bereich der EL sowie Art. 5 des Bundesgesetzes über die Zuständigkeit für die Unterstüt-

zung Bedürftiger vom 24. Juni 1977 (SR 851.1; abgekürzt ZUG) für die wirtschaftliche Sozialhilfe. Das KVG selbst enthält keine entsprechende Regelung. Da Art. 4 lediglich im innerkantonalen Verhältnis gilt, wird die Finanzierung von Pflegeleistungen für Personen mit Wohnsitz in einem anderen Kanton, die in einem st.gallischen Pflegeheim gepflegt werden, in Art. 7 des Erlasses behandelt.

8.2. Finanzierung (Art. 5 bis 19)

8.2.1. Stationäre Pflege (Art. 5 bis 11)

Kosten (Art. 5 und 6)

Die vielschichtige und mehrdimensionale Tätigkeit in Pflegeheimen erschwert eine klare Abgrenzung zwischen pflegerischen und nicht-pflegerischen Leistungen in der Praxis. In Art. 5 werden daher die Kosten, die von einem Pflegeheim in Rechnung gestellt werden, in Kosten für Pflegeleistungen und Kosten für nicht-pflegerische Leistungen unterteilt. Als Pflegekosten nach Art. 5 Bst. a gelten dabei Kosten, welche dem Pflegeheim für erbrachte Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV entstanden sind. Unter Kosten für nicht-pflegerische Leistungen nach Art. 5 Bst. b fallen die Kosten für Betreuung, Unterkunft und Verpflegung sowie weitere Leistungen.

Diese Unterteilung ist notwendig, da die Kosten für Pflegeleistungen und die Kosten für nicht-pflegerische Leistungen unterschiedlich finanziert werden. Während die Kosten für nicht-pflegerische Leistungen vollständig von der versicherten Person übernommen werden (Art. 8 Abs. 2), werden die Kosten für Pflegeleistungen nach den Regeln der neuen Pflegefinanzierung nach Art. 25a KVG abgegolten. Kanton und Gemeinden übernehmen dabei die nach Abzug des Beitrags der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie die der versicherten Person verbleibenden Pflegekosten. Um die Finanzierung der verbleibenden Pflegekosten durch Kanton und Gemeinden im Sinn von Art. 25a KVG sicherzustellen, ist eine Unterscheidung der gesamten Kosten, die von einem Pflegeheim in Rechnung gestellt werden, notwendig. Zudem ist dies zur Prüfung und Durchsetzung des Tarifschutzes nach Art. 44 KVG notwendig.

Die Regierung hat nach Art. 6 Abs. 1 mit Verordnung die Höchstansätze für die Pflegekosten festzulegen. Dadurch können die durch Kanton und Gemeinden zu finanzierenden Restkosten für die Pflegeleistungen bestimmt werden. Das Bundesrecht sieht trotz Vorgabe der wirtschaftlichen Leistungserbringung keine Limitierung der Pflegekosten vor, weshalb dies auf kantonaler Ebene nachzuholen ist. Andernfalls wäre die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung nach KVG kaum umsetzbar.

Die Höchstansätze sind je Pflegebedarf und Tag im Sinn eines Maximalbetrags unter Berücksichtigung der Teuerung zu bestimmen. Grundlage bilden die Kostenrechnungen der Pflegeheime. Die betragsmässige Festlegung der Höchstansätze auf Gesetzesstufe ist aufgrund regelmässig notwendiger Anpassungen nicht angezeigt, sondern ist von der Regierung vorzunehmen.

Eine Umlagerung von Pflegekosten auf die Betreuungs- und Pensionstaxe ist nach Art. 44 KVG (Tarifschutz) nicht zulässig. Die Regierung soll auf Verordnungsebene Regelungen erlassen können, um den anrechenbaren Aufwand der Leistungserbringer für die Pflegekosten bestimmen zu können. Diese Möglichkeit muss insbesondere zur Prüfung und Umsetzung der Empfehlungen des eidgenössischen Preisüberwachers vorgesehen werden und wird in Art. 6 Abs. 2 verankert, indem die Regierung für die Pflegekosten den anrechenbaren Aufwand der Leistungserbringer festlegen kann.

Kostengutsprache (Art. 7)

Tritt eine Person aus einem anderen Kanton in ein st.gallisches Pflegeheim ein und sind die Voraussetzungen für einen Wechsel des zivilrechtlichen Wohnsitzes an den Standort des Pflegeheims erfüllt, kann für die Restfinanzierung nicht der bisherige Wohnkanton für zuständig er-

klärt werden (vgl. auch Art. 4). Damit die st.gallischen Gemeinden und der Kanton keine Kosten von Personen mit ausserkantonaler Herkunft übernehmen müssen, sind in solchen Fällen die Pflegeheime zu verpflichten, vor dem Eintritt der Person von der zuständigen Stelle im Wohnkanton eine Kostengutsprache zur Sicherstellung der Finanzierung zu verlangen. Art. 7 sieht daher vor, dass dem Pflegeheim eine Kostengutsprache einzureichen ist. Andernfalls ist die Aufnahme abzulehnen. Die Standortgemeinde im Kanton St.Gallen hat in diesen Fällen die Restfinanzierung nicht zu übernehmen.

Finanzierung (Art. 8 bis 10)

In Art. 8 Abs. 1 wird der Beitrag der versicherten Person an den Kosten für Pflegeleistungen geregelt. Dieser Beitrag beträgt die nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckten Pflegekosten, maximal aber 20 Prozent des höchsten nach Art. 7a Abs. 3 KLV zu übernehmenden Pflegebeitrags. Der Beitrag der versicherten Person ist demgemäss nur geschuldet, wenn die Krankenversichererbeiträge sowie allfällige weitere Sozialversicherungsbeiträge die Pflegekosten nicht decken. Damit wird dem Anliegen des eidgenössischen Preisüberwachers Rechnung getragen.

Die versicherte Person trägt die Kosten für die nicht-pflegerischen Leistungen nach Art. 5 Bst. b. Aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung der Kosten für Pflegeleistungen und Kosten für nicht-pflegerische Leistungen ist dies zwecks klarer Abgrenzung in Art. 8 Abs. 2 festzuhalten.

Die Restfinanzierung der stationären Pflege obliegt den politischen Gemeinden. Der Kanton beteiligt sich jedoch aus Gründen der Steuerung sowie des Wirkungszusammenhangs mit den EL und trägt die abzüglich seiner EL-Nettoeinsparungen verbleibenden Kosten zusammen mit den Gemeinden je zur Hälfte. Daraus ergibt sich der Kostenteiler nach Art. 9 Abs. 1, wonach der Kanton zwei Drittel und die politischen Gemeinden ein Drittel der verbleibenden Pflegekosten nach Art. 5 Bst. a übernehmen. Die Verwaltungskosten trägt aus Gründen der Äquivalenz der Kanton.

Der Anteil der einzelnen politischen Gemeinde nach Art. 4 wird nach der Zahl der versicherten Personen ermittelt, die sich am Ende des Vorjahres in einem Pflegeheim aufhielten (Art. 9 Abs. 2). Von der Bemessung des Anteils der zuständigen politischen Gemeinde je Einwohnerzahl ist abzusehen, da dies zu ungleichen Mehrbelastungen einzelner Gemeinden führen würde. Wird auf die Zahl der in einem Pflegeheim betreuten Personen abgestellt, beteiligt sich die zuständige politische Gemeinde an den effektiven durchschnittlichen Pflegekosten entsprechend der Anzahl betreuter Personen, die vor erstmaligem Eintritt in ein Pflegeheim in ihrer Gemeinde wohnten.

Um den Aufwand für die Abwicklung der Restfinanzierung möglichst gering zu erhalten, müssen die Zahlungsabläufe für alle Personen mit Wohnsitz im Kanton St.Gallen – unabhängig, ob sie in einem st.gallischen oder ausserkantonalen Pflegeheim leben – zentral und einheitlich abgewickelt werden. Eine EL-nahe Abwicklung bietet dabei Gewähr für eine kostengünstige und reibungslose Abwicklung der Restfinanzierung. Die SVA ist aufgrund der Abwicklung der EL personell wie auch technisch in der Lage, die Abwicklung im Einzelfall vorzunehmen, auch wenn die kurzfristige Einführung zu Schwierigkeiten insbesondere in der interkantonalen Abwicklung führen dürfte. Die Zuständigkeit der SVA ist in Art. 10 Abs. 1 gesetzlich zu verankern. Wie bisher im Regelfall, sollen die Heime direkt an die betroffenen Personen Rechnung stellen. Diese sollen sodann weiterhin mit den für sie zuständigen Stellen Abrechnungen vornehmen. Auch heute erfolgt dies mit den Krankenversicherern in der Regel auf diese Weise (Art. 42 KVG). Damit wird nach Art. 10 Abs. 2 die bisherige Art der Rechnungstellung durch die Heime beibehalten.

Kostenrechnung (Art. 11)

Nach Art. 32 KVG müssen die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Dies ist periodisch zu überprüfen. Der Kanton beteiligt sich fortan nicht nur an der Restfinanzierung der stationären Pflege, sondern auch über die EL massgeblich an den Aufenthaltskosten in Pflegeheimen. Demgemäss ist der Regierung die Kompetenz einzuräumen, Bestimmungen über die Führung und den Ausweis einer Kostenrechnung der Pflegeheime zu erlassen. Dies ist auch notwendig zur Bestimmung der Höchstansätze nach Art. 6 durch die Regierung, da dafür einheitliche Kostenrechnungen der Pflegeheime die Grundlage bilden müssen. Die Gemeinden sind nicht in der Lage, diese übergeordnete Steuerung wahrzunehmen. Sie können dies nur bei Heimen in ihrem Besitz oder bei privaten Anbietern, mit denen sie eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen haben.

8.2.2. Ambulante Pflege (Art. 12 bis 17)

Zuständigkeit (Art. 12)

Nach Art. 12 stellt die politische Gemeinde das Angebot der Hilfe und Pflege zu Hause in ihrem Hoheitsgebiet sicher. Dies entspricht der bisherigen Regelung in Art. 36quater GesG und wird nun im neuen Gesetz über die Pflegefinanzierung integriert.

Kosten (Art. 13 und 14)

In Art. 13 werden die Kosten, die von einer Organisation der Hilfe und Pflege zu Hause oder von einer freiberuflich tätigen Pflegefachperson in Rechnung gestellt werden, in Kosten für Pflegeleistungen und in nicht-pflegerische Leistungen unterteilt. Als Pflegekosten nach Art. 13 Bst. a gelten Kosten, die nach Art. 7 Abs. 2 KLV entstanden sind. Alle übrigen Kosten sind als nicht-pflegerische Kosten in Rechnung zu stellen.

In Art. 14 legt die Regierung die Höchstansätze für die Pflegekosten in Franken je Pflegebedarf und Stunde fest. Das Bundesrecht sieht trotz Vorgabe der wirtschaftlichen Leistungserbringung keine Limitierung der Pflegekosten vor, weshalb dies auf kantonaler Ebene nachzuholen ist. Andernfalls wäre die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung nach KVG kaum umsetzbar.

Finanzierung (Art. 15 und 16)

In Art. 15 Abs. 1 wird der Beitrag der versicherten Person an den Pflegekosten geregelt. Die versicherte Person wird grundsätzlich mit einer proportionalen Kostenbeteiligung zum fakturierten OKP-Pflegebeitrag von 20 Prozent belastet. Der durch die versicherte Person je Tag zu leistende Beitrag ist auf der Grundlage der durch Bundesrecht vorgesehenen Vergütungsform zu beschränken. Er darf je Tag 20 Prozent des höchsten nach Art. 7a Abs. 1 Bst. a KLV je Stunde festgelegten Pflegebeitrags nicht übersteigen. Der Beitrag der versicherten Person ist im Übrigen nur geschuldet, wenn die Krankenversichererbeiträge die Pflegekosten nicht decken.

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sollen insoweit von der Kostentragungspflicht befreit sein, als dies bundesrechtlich möglich ist. Deshalb verzichtet der Kanton auf die Einforderung des Beitrags von 20 Prozent.

Die versicherte Person trägt die Kosten für die nicht-pflegerischen Leistungen nach Art. 13 Bst. b. Aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung der Kosten für Pflegeleistungen und Kosten für nicht-pflegerische Leistungen ist dies zwecks klarer Abgrenzung im Gesetz eindeutig festzuhalten (Art. 15 Abs. 3).

Die Restfinanzierung der ambulanten Pflege obliegt der zuständigen politischen Gemeinde (Art. 16). Sie übernimmt die Restfinanzierung der Pflegekosten, die von nach Art. 7 KLV zugelassenen Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause und Pflegefachpersonen erbracht werden.

Beiträge für nicht-pflegerische Leistungen (Art. 17)

Die politische Gemeinde richtet Beiträge für nicht-pflegerische Leistungen an Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause aufgrund von Leistungsvereinbarungen aus. Dies entspricht der bisherigen Regelung in Art. 36quater GesG und wird nun im neuen Gesetz über die Pflegefinanzierung integriert.

8.2.3. Akut- und Übergangspflege (Art. 18 und 19)

Finanzierung (Art. 18)

Nach Art. 25a Abs. 2 KVG vereinbaren die Krankenversicherer und Leistungserbringer Pauschalen, die nach Art. 46 Abs. 4 KVG einer Genehmigung durch die Regierung bedarf. Art. 25a Abs. 2 KVG sieht weiter vor, dass der Wohnkanton und die Krankenversicherer die Kosten der Akut- und Übergangspflege anteilmässig übernehmen. Der kantonale Anteil hat dabei wenigstens 55 Prozent zu betragen (Art. 7b Abs. 1 KLV). Das Bundesrecht lässt offen, ob und wie der kantonale Anteil zwischen Kanton und Gemeinden aufgeteilt wird. Im Kanton St.Gallen übernehmen die politischen Gemeinden den kantonalen Anteil für ihre Einwohnerinnen und Einwohner.

Der von der zuständigen politischen Gemeinde zu tragende kantonale Anteil an den Kosten der Akut- und Übergangspflege beträgt 55 Prozent (Art. 18 Bst. a). Der Anteil der Krankenversicherer beläuft sich auf 45 Prozent (Art. 18 Bst. b). Der Anteil der zuständigen politischen Gemeinde wird demgemäss nicht jährlich durch die Regierung festgesetzt, sondern direkt im Gesetz verankert. Damit wird für die finanzierungspflichtigen Gemeinden die notwendige Beständigkeit geschaffen. Aufgrund der finanziellen Belastungen der öffentlichen Hand durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung ist der Anteil der zuständigen politischen Gemeinde beim bundesgesetzlichen Minimum von 55 Prozent festzusetzen. Nach Art. 7b Abs. 1 KLV setzt der Wohnkanton für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den für alle Kantons-einwohnenden geltenden kantonalen Anteil fest. Sollte der kantonale Anteil von den im Gesetz festgelegten 55 Prozent verändert werden, hat die entsprechende Gesetzesanpassung neun Monate vor Beginn des Kalenderjahres zu erfolgen.

Die versicherte Person trägt auch bei der Akut- und Übergangspflege die Kosten für nicht-pflegerische Leistungen (Art. 18 Abs. 2).

Durchführung (Art. 19)

In Art. 7b Abs. 2 KLV ist festgehalten, dass der kantonale Anteil direkt dem Leistungserbringer ausgerichtet wird. Kanton und Versicherer können jedoch auch vereinbaren, dass der Kanton seinen Anteil dem Versicherer und dieser beide Anteile dem Leistungserbringer ausrichtet. Von diesem Recht sollen auch die politischen Gemeinden Gebrauch machen können.

8.3. Schlussbestimmungen (Art. 20 bis 22)

Änderungen des Gesundheitsgesetzes (Art. 20)

Mit Art. 20 des vorliegenden Gesetzesentwurfs sollen Art. 36quater und Art. 36ter Abs. 1 Bst. c GesG aufgehoben werden. Die Aufgaben der politischen Gemeinden sind in Art. 12 ff. des neuen Gesetzes eindeutig geregelt, weshalb diese Aufgabenaufzählung in Art. 36quater GesG nicht mehr notwendig ist. Die Gemeinden sind nach Art. 17 für die Finanzierung weiterer nicht-pflegerischer Leistungen zuständig. Somit ist es auch nicht mehr Aufgabe des Staates, Aus- und Weiterbildungsbeiträge zu sprechen. Deshalb soll Art. 36ter Abs. 1 Bst. c GesG aufgehoben werden.

Übergangsbestimmungen (Art. 21 und 22)

Der Bundesrat hat die Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen nach Art. 38 KVG bis anhin nicht geregelt. Um diese Lücke zu schliessen, kann die Regierung nach Art. 21 bis zum Vor-

liegen bundesrechtlicher Bestimmungen die Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen durch Verordnung regeln.

Die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung erfolgt unter Zeitdruck und hat namhafte Auswirkungen auf zahlreiche Leistungserbringer, Pflegebedürftige und sämtliche Gemeinden. Um die Umsetzung sowie Auswirkungen der vorgeschlagenen Lösungen nachprüfen zu können, soll die Regierung dem Kantonsrat nach Art. 22 spätestens fünf Jahre nach Vollzugsbeginn dieses Erlasses Bericht auf Basis von wenigstens drei Durchführungsjahren erstatten. Fragen zu Anreizen und Kostenentwicklungen können sodann auf einer fundierten Basis beleuchtet werden. Von Interesse sind dabei beispielsweise die Wirkzusammenhänge der Akut- und Übergangspflege mit der Langzeitpflege und der Spitalfinanzierung sowie das Rückabwicklungsmodell mit den Gemeinden bei den stationären Pflegekosten. Ein besonderes Augenmerk ist auf die Belastung von Kanton und Gemeinden zu werfen.

9. Verfahren (einschliesslich Referendum)

Der Bundesrat hat auf Begehren der Kantone die Inkraftsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 1. Juli 2010 auf den 1. Januar 2011 verschoben. Diese Verschiebung des Vollzugstermins ist zwar erfreulich. Dennoch ist die Umsetzungsfrist für ein ordentliches Gesetzgebungsverfahren immer noch unüblich kurz. Aufgrund der grossen finanziellen und organisatorischen Auswirkungen für Kanton, Gemeinden, Heime, Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ist die Regierung überzeugt, dass die kantonale Umsetzung durch ein politisch breit abgestütztes, ordentliches Gesetzgebungsverfahren vorzubereiten ist. Dies hat allerdings einen sehr engen Zeitplan zur Folge und macht auch für die Vernehmlassung wie auch die Beratungen im Kantonsrat kurze Fristen notwendig.

Beschlüsse über neue Ausgaben, die den im Gesetz festgelegten Betrag übersteigen und Gesetze, die solche Ausgaben auslösen, bedürfen einer obligatorischen Abstimmung (Art. 48 Abs. 1 Bst. d Kantonsverfassung [sGS 111.1; abgekürzt KV]). Dem obligatorischen Finanzreferendum unterstehen nach Art. 6 des Gesetzes über Referendum und Initiative (sGS 125.1) Gesetze und Beschlüsse des Kantonsrates, die zulasten des Staates für den gleichen Gegenstand eine einmalige neue Ausgabe von mehr als 15 Mio. Franken oder eine während wenigstens zehn Jahren wiederkehrende neue Ausgabe von jährlich mehr als 1,5 Mio. Franken zur Folge haben. Die Neuregelung der Pflegefinanzierung nach Art. 25a KVG hat jährlich wiederkehrende neue Ausgaben von mehr als 1,5 Mio. Franken zur Folge. Der Erlass untersteht demnach dem obligatorischen Finanzreferendum.

Als letztmöglicher Abstimmungstermin für eine Volksabstimmung noch vor dem Vollzugstermin steht der 28. November 2010 zur Verfügung. Damit dieser Termin eingehalten werden kann, müsste allerdings der Kantonsrat die Vorlage noch in der Septembersession 2010 verabschieden und eine erste und zweite Lesung in einer Session durchführen. Sollte dies nicht möglich sein, müsste eine Volksabstimmung am Ende des ersten Quartals 2011 und eine rückwirkende Inkraftsetzung vorgesehen werden (vgl. Häfelin, Müller, Uhlmann, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5. Aufl., 2006, Rz 331). Die Rückwirkung müsste dabei ausdrücklich angeordnet oder nach dem Sinn des Erlasses klar gewollt sein. Dies kommt durch Art. 23 des Gesetzesentwurfs klar zum Ausdruck. Die Rückwirkung wäre im Übrigen zeitlich mässig und die Wirkung des Gesetzes klar. Des Weiteren würde dadurch keine Rechtsungleichheit entstehen.

Falls die Invollzugsetzung der Vorlage am 1. Januar 2011 aufgrund von Verzögerungen oder einer Ablehnung durch die Stimmbürgerinnen und -bürger nicht erfolgen kann, müsste die Regierung den Vollzug vorübergehend mit einer Dringlichkeitsverordnung nach Art. 75 KV gewährleisten.

Im gesamten Verfahrensablauf gilt es auch zu bedenken, dass den Heimen, Institutionen und Organisationen sowie den Abwicklungsstellen wohl kaum mehr ausreichend Zeit zur Vorberei-

tung der Umsetzung eingeräumt werden kann. Sie sind es, die letztlich für die Abwicklung der Neuordnung der Pflegefinanzierung sorgen. Es ist – nicht zuletzt auch aufgrund der interkantonalen Nutzungsverflechtungen – nicht ausgeschlossen, dass die erste Umsetzungsphase nicht reibungslos erfolgt.

10. Antrag

Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, wir beantragen Ihnen, auf den Entwurf zum Gesetz über die Pflegefinanzierung einzutreten.

Im Namen der Regierung

Der Präsident:

Willi Haag

Der Staatssekretär:

Canisius Braun

Gesetz über die Pflegefinanzierung

Entwurf der Regierung vom 29. Juni 2010

Der Kantonsrat des Kantons St.Gallen

hat von der Botschaft der Regierung vom 29. Juni 2010¹ Kenntnis genommen und erlässt

in Ausführung von Art. 25a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994²

als Gesetz:

I. Allgemeine Bestimmungen

Geltungsbereich

Art. 1. Dieser Erlass regelt für versicherte Personen mit Wohnsitz im Kanton St.Gallen die Finanzierung:

- a) der Pflegeleistungen;
- b) der Leistungen der Akut- und Übergangspflege.

Leistungserbringer

Art. 2. Leistungserbringer sind:

- a) Pflegeheime, soweit sie auf einer Pflegeheimliste nach Art. 39 Abs. 1 Bst. e in Verbindung mit Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994³ mit Angabe der zugelassenen Plätze und der Pflegestufen aufgeführt sind;
- b) Tages- und Nachtstrukturen, soweit sie nach Art. 38 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994⁴ zugelassen sind;
- c) Pflegefachpersonen sowie Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause, soweit sie von der zuständigen kantonalen Behörde nach Art. 51 der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995⁵ zugelassen sind.

Erbringen ausserkantonale Leistungserbringer Pflegeleistungen sowie Leistungen der Akut- und Übergangspflege für versicherte Personen mit Wohnsitz im Kanton St.Gallen, werden für die Finanzierung höchstens die für die Leistungserbringer im Kanton St.Gallen geltenden Kostenansätze angewendet.

1 ABI ●●.

2 SR 832.10 (KVG).

3 SR 832.10 (KVG).

4 SR 832.10 (KVG).

5 SR 832.102 (KVV).

Mitwirkungspflicht

Art. 3. Die versicherte Person sowie die Leistungserbringer und die Krankenversicherer wirken beim Vollzug der Pflegefinanzierung mit.

Die Leistungserbringer geben den mit dem Vollzug der Pflegefinanzierung betrauten Organen die Daten bekannt, die für die Überprüfung von Finanzierungspflicht sowie von Qualität und Wirtschaftlichkeit notwendig sind.

Zuständige politische Gemeinde

Art. 4. Als zuständige politische Gemeinde nach diesem Erlass gilt die politische Gemeinde, in der die versicherte Person beim erstmaligen Heimeintritt wohnte oder beim Bezug von Leistungen einer Organisation der Hilfe und Pflege zu Hause wohnt. Der Eintritt in ein Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit.

II. Finanzierung

1. Stationäre Pflege

Kosten a) Arten

Art. 5. Das Pflegeheim stellt in Rechnung:

- a) die Kosten der nach Bundesrecht zu erbringenden Pflegeleistungen (Pflegekosten);⁶
- b) die Kosten der nicht-pflegerischen Leistungen. Diese umfassen:
 1. die Betreuungskosten;
 2. die Kosten von Unterkunft und Verpflegung;
 3. die Kosten von weiteren Leistungen.

b) Festlegung von Pflegekosten

Art. 6. Die Regierung legt durch Verordnung die Höchstansätze der Pflegekosten in Franken je Pflegebedarf und Tag fest.

Die Regierung kann durch Verordnung den für die Ermittlung der Pflegekosten anrechenbaren Aufwand der Leistungserbringer festlegen.

Kostengutsprache

Art. 7. Die versicherte Person mit Wohnsitz in einem anderen Kanton reicht dem Pflegeheim vor Eintritt Kostengutsprache der zuständigen Stelle ihres Wohnsitzkantons auf Übernahme der Pflegekosten ein.

Finanzierung a) durch die versicherte Person

Art. 8. Die versicherte Person leistet einen Beitrag an die nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckten Pflegekosten. Der Beitrag übersteigt 20 Prozent des höchsten nach Massgabe des Bundesrechts von der Versicherung zu übernehmenden Pflegebeitrags⁷ nicht.

Die versicherte Person trägt die Kosten für nicht-pflegerische Leistungen.

⁶ Art. 25a Abs. 3 und 4 KVG, SR 832.10, in Verbindung mit Art. 7 Abs. 2 der eidgenössischen Krankenpflege-Leistungsverordnung (SR 832.112.31; abgekürzt KLV).

⁷ Art. 7a Abs. 3 KLV, SR 832.112.31.

b) durch Kanton und politische Gemeinde

Art. 9. Es tragen die verbleibenden Pflegekosten:

- a) der Kanton zu zwei Drittel;
- b) die politischen Gemeinden zu einem Drittel.

Der Anteil der zuständigen politischen Gemeinde bemisst sich nach der Zahl der versicherten Personen, die sich am Ende des Vorjahres in einem Pflegeheim aufhielten.

c) Durchführung

Art. 10. Die Sozialversicherungsanstalt ist Durchführungsstelle für das Abrechnungsverfahren.

Sie erstattet der versicherten Person die Pflegekosten zurück, soweit sie nicht von dieser und der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind.

Kostenrechnung

Art. 11. Die Regierung kann durch Verordnung Bestimmungen über die Führung und den Ausweis einer Kostenrechnung der Leistungserbringer erlassen.

2. Ambulante Pflege

Zuständigkeit

Art. 12. Die politische Gemeinde stellt das Angebot der Hilfe und Pflege zu Hause sicher.

Kosten a) Grundsatz

Art. 13. Der Leistungserbringer stellt in Rechnung:

- a) die Kosten der nach Bundesrecht zu erbringenden Pflegeleistungen (Pflegekosten);
- b) die Kosten der nicht-pflegerische Leistungen.

b) Festlegung

Art. 14. Die Regierung legt durch Verordnung die Höchstansätze der Pflegekosten in Franken je Pflegebedarf und Stunde fest.

Finanzierung a) durch die versicherte Person

Art. 15. Die versicherte Person leistet an die Pflegekosten einen Beitrag von 20 Prozent des der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Rechnung gestellten Betrags. Der Beitrag übersteigt je Tag 20 Prozent des höchsten nach Massgabe des Bundesrechts je Stunde festgelegten Pflegebeitrags nicht.

Für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Altersjahr besteht keine Beitragspflicht.

Die versicherte Person trägt die Kosten für nicht-pflegerische Leistungen.

b) durch die zuständige politische Gemeinde

Art. 16. Die zuständige politische Gemeinde trägt die Kosten der Leistungen, die von den nach Art. 2 Abs. 1 Bst. c dieses Erlasses zugelassenen Pflegefachpersonen oder von Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause erbracht werden, soweit diese nicht von Sozialversicherungen und dem Beitrag der versicherten Person gedeckt sind.

Beiträge für nicht-pflegerische Leistungen

Art. 17. Die politische Gemeinde richtet auf der Grundlage von Leistungsvereinbarungen Beiträge an Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause aus für nicht-pflegerische Leistungen.

3. Akut- und Übergangspflege

Finanzierung

Art. 18. Die Kosten für Pflegeleistungen tragen:

- a) die zuständige politische Gemeinde der versicherten Person zu 55 Prozent;
- b) der Krankenversicherer zu 45 Prozent.

Die versicherte Person trägt die Kosten für nicht-pflegerische Leistungen.

Durchführung

Art. 19. Der Leistungserbringer stellt der zuständigen politischen Gemeinde und dem Krankenversicherer die von diesen zu tragenden Kosten anteilmässig in Rechnung.

Politische Gemeinde und Krankenversicherer können vereinbaren, dass die politische Gemeinde die auf sie entfallenden Kosten dem Krankenversicherer vergütet und dieser dem Leistungserbringer die gesamten Kosten entschädigt⁸.

III. Schlussbestimmungen

Änderung geltenden Rechts

Art. 20. Das Gesundheitsgesetz vom 28. Juni 1978⁹ wird wie folgt geändert:

Aufgaben a) Staat

Art. 36ter. Der Staat:

- a) sorgt für Beratung und Information;
- b) fördert die Zusammenarbeit zwischen politischen Gemeinden und **Organisationen** der Hilfe und Pflege zu Hause;
- c) _____.

Art. 36quater wird aufgehoben.

⁸ Art. 7b Abs. 2 KLV, SR 832.112.31.

⁹ sGS 311.1.

Übergangsbestimmungen a) Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen

Art. 21. Die Regierung kann für die Dauer bis zum Erlass von bundesrechtlichen Bestimmungen durch Verordnung die Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen als Leistungserbringer nach Art. 2 Abs. 1 Bst. b dieses Erlasses regeln.

b) Bericht

Art. 22. Die Regierung legt dem Kantonsrat spätestens fünf Jahre nach Vollzugsbeginn dieses Erlasses einen Bericht über Umsetzung und Auswirkungen der Pflegefinanzierung vor.

Vollzugsbeginn

Art. 23. Dieser Erlass wird ab 1. Januar 2011 angewendet.

Referendum

Art. 24. Dieser Erlass untersteht dem obligatorischen Finanzreferendum¹⁰.

¹⁰ Art. 6 des Gesetzes über Referendum und Initiative, sGS 125.1.