



Verordnung über die Pflegefinanzierung **Verordnung über die Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen**

Erläuternder Bericht des Departementes des Innern und des Gesundheitsdepartementes vom 6. Dezember 2010

| Inhaltsverzeichnis | Seite |
|---|--------------|
| Zusammenfassung..... | 1 |
| 1. Ausgangslage..... | 2 |
| 1.1. Übergeordnete Gesetzgebung | 2 |
| 1.2. Regelungsbedarf | 2 |
| 2. Verordnung über die Pflegefinanzierung..... | 2 |
| 2.1. Festlegung von Höchstansätzen | 3 |
| 2.2. Erfassung des Pflegebedarfs..... | 6 |
| 2.3. Abwicklung | 8 |
| 2.4. Kostenrechnung | 8 |
| 2.5. Bemerkungen zu einzelnen Artikeln | 10 |
| 3. Verordnung über die Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen | 12 |
| 3.1. Bemerkungen zu einzelnen Artikeln | 12 |

Zusammenfassung

Am 1. Januar 2011 tritt das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung in Kraft. Die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung erfolgt im Kanton St.Gallen mit der Schaffung eines Gesetzes über die Pflegefinanzierung (abgekürzt PFG), das am 1. Dezember 2010 vom Kantonsrat erlassen wurde. Die Vollzugsbestimmungen sind auf Verordnungsstufe festzulegen. Da der Regelungsbedarf materiell zwei unterschiedliche Bereiche betrifft, werden zwei separate Verordnungen erlassen.

Basierend auf dem kantonalen Gesetz über die Pflegefinanzierung werden in der Verordnung über die Pflegefinanzierung sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Pflegebereich die Höchstansätze festgelegt, die von Pflegefachpersonen und Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause einerseits und von den Betagten- und Pflegeheimen sowie von den Tages- und Nachtstrukturen andererseits verrechnet werden dürfen. Zudem werden Grundlagen für die Rechnungstellung und die Kostenrechnung bestimmt.

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung werden explizit auch Tages- und Nachtstrukturen als Leistungserbringer vorgesehen. Solange die Zulassung dieser Einrichtungen vom Bund nicht abschliessend geregelt ist, werden die Zulassungsbedingungen im Kanton St.Gallen im Sinn einer Übergangsregelung in der Verordnung über die Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen festgelegt.

1. Ausgangslage

1.1. Übergeordnete Gesetzgebung

Am 1. Januar 2011 tritt das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (BBI 2008, 5247) in Kraft. Bei der Neuordnung handelt es sich in erster Linie um eine Finanzierungsvorlage, die keine materiellen Änderungen des Pflegeleistungskatalogs umfasst. Kerninhalt des Bundesgesetzes ist die Änderung der Finanzierung von ambulant durch Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause oder stationär in Betagten- und Pflegeheimen erbrachten Pflegeleistungen. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung wird künftig einen vom Bund für die ganze Schweiz einheitlich festgelegten Beitrag an die Pflegekosten leisten. Zusätzlich wird der von den pflegebedürftigen Personen zu finanzierende Kostenanteil begrenzt. Die durch diese Beiträge noch nicht abgedeckten restlichen Pflegekosten sind von der öffentlichen Hand zu finanzieren. Neu sieht das Bundesgesetz auch vor, dass die im Anschluss an einen Spitalaufenthalt ärztlich verordnete Pflege in Pflegeheimen oder durch Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause während längstens zwei Wochen als sogenannte «Akut- und Übergangspflege» speziell abgerechnet und finanziert wird.

Die Kantone sind für die konkrete Umsetzung der Neuordnung verantwortlich. Das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung räumt den Kantonsregierungen mit einer Übergangsbestimmung überdies die Möglichkeit ein, die Angleichung der aktuellen Tarife an die vom Bund festgesetzten Beiträge der Krankenversicherung anzugleichen. Im Kanton St.Gallen besteht keine Veranlassung, die eingeräumte dreijährige Übergangsfrist in Anspruch zu nehmen. Vielmehr ist es sinnvoll, dass im Kanton St.Gallen ab Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung die bundesrechtlich vorgegebenen Tarife für die ambulante und stationäre Pflege gelten.

Für die Bestimmung der weiteren Umsetzungsaspekte wurde im Kanton St.Gallen das neue Gesetz über die Pflegefinanzierung (abgekürzt PFG) geschaffen. Es regelt einerseits sowohl für die stationäre Pflege, die ambulante Pflege und die Akut- und Übergangspflege den Geltungsbereich, die Leistungserbringer, die Mitwirkungspflicht und die Zuständigkeiten in der Finanzierungsabwicklung. Andererseits legt es insbesondere fest, welche Kostenanteile der öffentlichen Hand von den Gemeinden und vom Kanton zu tragen sind und welche Anteile die versicherten Personen zu tragen haben. Schliesslich wird bestimmt, dass die für die Restfinanzierung anerkannten Pflegekosten durch Höchstansätze begrenzt werden.

1.2. Regelungsbedarf

Gestützt auf das kantonale Gesetz über die Pflegefinanzierung sind mittels Verordnung folgende zwei Bereiche zu regeln:

- **Pflegefinanzierung:** Festlegung von Höchstansätzen abgestuft nach zeitlichem Pflegebedarf in der ambulanten und stationären Pflege, Grundlagen und Legitimationen für Rechnungstellung und Controlling;
- **Tages- und Nachtstrukturen:** Festlegung von Zulassungsbedingungen.

Die beiden Regelbereiche unterscheiden sich nicht nur wesentlich in Bezug auf die zu regelnden Inhalte, sondern auch bezüglich zeitlicher Ausrichtung. Während die Finanzierungsdetails auf Dauer ausgelegt sind (mit allfälliger periodischer Anpassung der Höchstansätze), hat die Regelung der Zulassungsbedingungen von Tages- und Nachtstrukturen nur bis zum Erlass bundesrechtlicher Bestimmungen Bestand. Aufgrund dieser Unterschiede ist für die Regelbereiche der Erlass von zwei separaten Verordnungen angezeigt.

2. Verordnung über die Pflegefinanzierung

In Art. 5 bis Art. 17 PFG werden die für den Kanton St.Gallen gültigen Bestimmungen zur Finanzierung der stationären Pflegekosten in Pflegeheimen und der ambulanten Pflege durch

Pflegefachpersonen oder Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause geregelt. In Art. 6, Art. 11 und Art. 14 PFG wird dabei ausdrücklich auf Ausführungsbestimmungen auf Verordnungsstufe verwiesen. Damit sind in der Verordnung zur Pflegefinanzierung grundsätzlich zwei Hauptbereiche zu regeln. Einerseits sind sowohl für die Pflegekosten in der ambulanten und stationären Pflege die Höchstansätze zu bestimmen, andererseits ist die Führung von Kostenrechnungen in den Einrichtungen festzulegen.

2.1. Festlegung von Höchstansätzen

In der Botschaft zum Gesetz über die Pflegefinanzierung (Ziff. 3.2.4) wird ausführlich dargelegt, dass die öffentliche Hand zwar gemäss Bundesrecht den nicht durch Beiträge der obligatorischen Krankenversicherung und private Beiträge der versicherten Personen gedeckten Rest der Pflegekosten zu finanzieren hat, dass eine unbegrenzte Anerkennung dieser Restkosten jedoch aus unterschiedlichen Gründen nicht angezeigt ist. Damit hätte der Kanton beispielsweise keine Möglichkeit sicherzustellen, dass die öffentliche Hand nur für Kosten aufkommt, die aus der Erbringung von Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (SR 832.112.31; abgekürzt KLV) entstehen. Zudem wäre keine Kostensteuerung möglich und es könnte nicht sichergestellt werden, dass die Leistungen im Sinn von Art. 32 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG) wirtschaftlich erbracht werden. Die finanziellen Auswirkungen für die öffentliche Hand wären sodann ebenfalls nicht absehbar. Analog zur Regelung bei den Ergänzungsleistungen (abgekürzt EL) sieht das kantonale Gesetz in Art. 6 Abs. 1 und Art. 14 PFG deshalb die Festlegung von Höchstansätzen vor. Damit werden die effektiven individuellen Pflegekosten bis zu einem festgelegten maximalen Kostendach vergütet.

Die individuellen Pflegekosten der Einrichtungen und Organisationen hängen von unterschiedlichen betriebsspezifischen Kostenfaktoren ab, wobei die Personalkosten den grössten Anteil an diesen Kosten ausmachen. Die Leistungserbringer haben es in der Hand, auf die betriebs-eigenen Kosten erheblich Einfluss zu nehmen. In diesem Sinn sind die Pflegekosten nicht als fixer Kostenfaktor unveränderlich. Höchstansätze können deshalb auch nicht nach wirtschaftlichen Kalkulationsmethoden allgemein gültig berechnet werden, sondern können lediglich aus einem Vergleich unterschiedlicher Betriebszahlen abgeleitet werden.

Stationäre Pflege

Die Festlegung der Höchstansätze für die stationäre Pflege basiert auf der Auswertung von Betriebszahlen aus dem Jahr 2008, die das Amt für Soziales im Herbst 2009 bei den im Kanton zugelassenen Pflegeheimen erhoben hat. 88 Heime haben ihre detaillierten Zahlen zur Kostenrechnung fristgerecht eingereicht. Nach der Plausibilisierung konnten die Betriebszahlen von 83 Heimen (72 Prozent der zugelassenen Heime), die rund 74,6 Prozent der nach Pflegeheimliste zugelassenen Heimplätze anbieten, zur Datenauswertung herangezogen werden. Ausgehend von den gesamten Pflegekosten je Einrichtung und den von jeder Einrichtung verrechneten BESA-Punkten¹ wurden für jedes Heim die individuellen Pflegekosten je BESA-Punkt errechnet. Diese BESA-Punkte wurden für die Jahre 2009, 2010 und 2011 teuerungsbereinigt und gemäss Umrechnungstabelle auf die 12-stufige Einteilung nach Pflegeminuten gemäss KVG umgerechnet (siehe Tabelle unten).

Die je Heim ermittelten Pflegekosten differieren enorm. Während das günstigste Heim im Jahr 2008 einen Wert von Fr. 1.62 je BESA-Punkt auswies (teuerungsbereinigt für das Jahr 2011: Fr. 1.68), lag dieser Wert im teuersten Heim bei Fr. 4.23 (teuerungsbereinigt für das Jahr 2011: Fr. 4.39). Der Durchschnitt über alle Heime ergab für das Jahr 2008 einen Punkte-Wert von Fr. 2.82 und liegt teuerungsbereinigt für das Jahr 2011 bei Fr. 2.92. Mit dem Durchschnittswert könnten allerdings nur 47 Prozent aller zugelassenen Heime ihre Pflegekosten

¹ Im Jahr 2008 (erhobene Betriebszahlen) wurden in sämtlichen Heimen des Kantons St.Gallen die Pflegekosten mittels einheitlichem Pflegeerfassungssystem BESA (**B**ewohnerinnen bzw. **B**ewohner **E**instufungs- und **A**brechnungssystem) ermittelt, welches den Pflegeaufwand in einem 4-stufigen Punktesystem abbildete.

decken. Ziel muss es jedoch sein, Höchstansätze festzulegen, welche einerseits eine wirtschaftliche Leistungserbringung im Jahr 2011 garantieren, andererseits aber weder die geforderte Pflegequalität beeinträchtigen noch einen unerwünschten Druck auf den Personalaufwand (Lohndumping, erhöhter Leistungsdruck) auslösen. Dies bedeutet, dass es für eine überwiegende Mehrheit der Einrichtungen möglich sein muss, ihre Pflegeleistungen in konstanter Qualität und zu gleichen Preisen wie bis anhin zu erbringen. Eine Ausrichtung des Höchstansatzes am tiefsten ermittelten Punktwert wäre deshalb für fast alle Heime wirtschaftlich untragbar. Auch ein Kostendach in der Höhe der durchschnittlichen Pflegekosten wäre noch für die Hälfte der Heime nicht tragbar. Eine Ausrichtung am höchsten Punktwert könnte jedoch von Kanton und Gemeinden nicht finanziert werden und würde sich zudem stark kostentreibend auswirken. Des Weiteren ist aktuell nicht nachvollziehbar, worin die enormen Kostenunterschiede bzw. die Kosten der teuersten Heime begründet sind. Der Totalbetrag der künftigen Restfinanzierung ist sehr davon abhängig, in welchem Mass vermieden werden kann, dass sich bisher günstigere Heime bei der Leistungserbringung verstärkt an den Höchsttarifen orientieren. Es ist deshalb vorgesehen, die Entwicklungen genau zu verfolgen und, falls nötig, Anpassungen vorzunehmen.

Abb. 1: Varianten-Tabelle Ermittlung Höchstansätze für die stationäre Pflege

| Stufe | Pflege- minuten nach KVG | Umrechnung BESA-Punkte | | | | Höchstansätze Pflegekosten *) je Stufe und Tag | | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------|-----|-------------|-----------------|---|------------|---------------|------------|------------|
| | | von | bis | Ø | Minuten | 2.92 | 3.20 | 3.35 | 3.45 | 3.65 |
| 1 | bis 20 | 1 | 6 | 3,5 | 3.06 – 18.36 | 10.00 | 11.00 | 12.00 | 12.00 | 13.00 |
| 2 | 21 – 40 | 7 | 13 | 10 | 21.42 – 39.78 | 29.00 | 32.00 | 34.00 | 34.50 | 36.50 |
| 3 | 41 – 60 | 14 | 19 | 16,5 | 42.84 – 58.14 | 48.00 | 53.00 | 56.00 | 57.00 | 60.00 |
| 4 | 61 – 80 | 20 | 26 | 23 | 61.20 – 79.56 | 67.00 | 74.00 | 78.00 | 79.50 | 83.50 |
| 5 | 81 – 100 | 27 | 32 | 29,5 | 82.62 – 97.92 | 86.00 | 95.00 | 100.00 | 102.00 | 107.00 |
| 6 | 101 – 120 | 33 | 39 | 36 | 110.98 – 119.34 | 105.00 | 116.00 | 122.00 | 124.50 | 130.50 |
| 7 | 121 – 140 | 40 | 45 | 42,5 | 122.40 – 137.70 | 124.00 | 137.00 | 144.00 | 147.00 | 154.00 |
| 8 | 141 – 160 | 46 | 52 | 49 | 140.75 – 157.04 | 143.00 | 158.00 | 166.00 | 169.50 | 177.50 |
| 9 | 161 – 180 | 53 | 58 | 55,5 | 162.18 – 177.48 | 162.00 | 179.00 | 188.00 | 192.00 | 201.00 |
| 10 | 181 – 200 | 59 | 65 | 62 | 180.54 – 198.90 | 181.00 | 200.00 | 210.00 | 214.50 | 224.50 |
| 11 | 201 – 220 | 66 | 71 | 68,5 | 201.96 – 217.26 | 200.00 | 221.00 | 232.00 | 237.00 | 248.00 |
| 12 | über 220 | 72 + | | 72 | 220.32 + | 219.00 | 242.00 | 254.00 | 249.50 | 271.50 |
| % der Heime, die ihre Kosten mit diesem Höchstansatz decken können | | | | | | 47% | 66% | 75% | 80% | 90% |

*) Berechnung: Punktwert x Ø-Punktezahl je Stufe (gerundet und harmonisierte Stufenabstände)

Die in der Verordnung festgelegten Höchstansätze liegen über den Durchschnittsansätzen und haben bereits den Charakter einer Übergangslösung zu Gunsten der Leistungserbringer mit hohen Tarifen. Die Höchstansätze werden demgemäss direkt angewendet und es muss mittelfristig möglich sein, die Kosten in den Pflegeheimen mit aktuell besonders hohen Tarifen nachhaltig zu senken. Leistungserbringer, die nicht bei den Höchstansätzen anstehen, haben ausreichend Spielraum, um die Kostenentwicklungen zu berücksichtigen. Deshalb wird auf eine Regelung bezüglich Anpassung der Höchstansätze verzichtet. Die Regierung kann bei gegebenen Bedürfnissen die Höchstansätze in einem Nachtrag zur Verordnung anpassen. Mit dem Aufbau des Controllings besteht künftig eine sichere Datenlage und eine Anpassung an die Teuerung kann besser beurteilt und gewährleistet werden. Spätestens bei einer Anpassung der Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch den Bund werden jedoch auch die kantonalen Höchstansätze überprüft.

Aufgrund der neuen Höchstansätze für die Pflegeleistungen sind die höchstens anrechenbaren Tagespauschalen nach der Verordnung über die nach Ergänzungsleistungsgesetz anrechenbare Tagespauschale (sGS 351.52) entsprechend anzupassen. Wie sich die Neuerungen auf die Tarifgestaltung der Heime auswirken werden, ist zurzeit offen. Im Verlaufe des nächsten Jahres muss analysiert werden, wie sich die Tagespauschalen für Aufenthalt und Betreuung

bei den EL-Beziehenden entwickelt haben. Anhand dieser Erhebungen ist der Höchstansatz zu überprüfen und nötigenfalls anzupassen.

Ambulante Pflege

Die Höchstansätze der ambulanten Pflegekosten in Franken je Pflegebedarf und Stunde sind durch die Regierung festzusetzen (vgl. Art. 14 PFG). Die Höchstansätze werden entsprechend den drei Pflegekategorien nach Art. 7 Abs. 2 KLV Abklärung und Beratung, Untersuchung und Behandlung sowie Grundpflege festgelegt. Allgemeine Infrastruktur- und Betriebskosten der Leistungserbringer werden bei der Ermittlung der Höchstansätze nicht angerechnet.

Die Festsetzung der Höchstansätze für die ambulante Pflege basiert auf den Zahlen des Spitex Benchmark Tools 2009 des Spitex Verbandes des Kantons St.Gallen. Analog zur stationären Pflege stützt sich auch die Festlegung der Höchstansätze in der ambulanten Pflege auf die Auswertung von Kostenrechnungen. Zur Bestimmung der Nettobetriebskosten je Stunde werden ausgehend von den Vollkosten der Leistungserbringer die Kosten für gemeinwirtschaftliche Aufgaben (Führung / Administration / Verwaltung / Aus- und Weiterbildung usw.) in Abzug gebracht. Gemäss den Berechnungen aufgrund der Daten aus dem Spitex Benchmark Tools 2009 ergibt dies einen Durchschnittswert von Fr. 17.90 je Stunde. Gleichzeitig wird eine Produktivitätskorrektur im Umfang von zehn Prozent vorgenommen, da öffentlich subventionierte Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause aufgrund ihrer Aufnahmepflicht deutlich mehr Kurzeinsätze leisten als private Organisationen und dadurch eine niedrigere Produktivität aufweisen. Je mehr Kurzeinsätze geleistet werden, desto weniger produktive Pflegestunden werden erbracht, da mehr Zeit für Weg und Administration aufgewendet werden muss. Dadurch dass die Kalkulationen nur auf Kostendaten der öffentlich subventionierten Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause beruhen, die Höchstansätze aber für öffentlich subventionierte und private Organisationen gelten, ist eine Produktivitätskorrektur angemessen. Die Gemeinden sind gehalten, diese Produktivitätskorrektur bei der Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen entsprechend zu berücksichtigen. Es wurde überdies eine Teuerungsrate von 1.4 Prozent berücksichtigt, da es sich um Daten des Jahres 2009 handelt.

Zur Ermittlung der Höchstansätze je Pflegestunde werden verschiedene Varianten berechnet.

Abb. 2: Höchstansätze je Pflegestunde für die ambulante Pflege

| Anteil der Leistungen von Spitex-Organisationen, die ihre Kosten mit dem Höchstansatz decken können | Abklärung und Beratung KLV 7a Errechneter Höchstansatz | Untersuchung und Behandlung KLV7b Errechneter Höchstansatz | Grundpflege KLV 7c Errechneter Höchstansatz |
|---|--|--|---|
| 50.0 % | 82.30 | 68.65 | 62.45 |
| 60.0 % | 83.50 | 77.55 | 63.80 |
| 66.7 % | 87.30 | 81.75 | 67.10 |
| 75.0 % | 90.65 | 85.75 | 68.30 |

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

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

Ein Vergleich der in Abb. 2 ermittelten Höchstansätze mit den OKP-Beiträgen zeigt, dass das Verhältnis je nach Pflegeleistung stark voneinander abweicht. Die Höchstansätze werden des-

halb in Abb. 3 unter Einbezug der erbrachten Leistungen korrigiert, so dass die Höchstansätze der einzelnen Pflegeleistungen im gleichen Verhältnis zu den jeweiligen OKP-Beiträgen der entsprechenden Pflegeleistungen stehen und insgesamt das gleiche Volumen an Leistungen erzielt wird.

Abb. 3: korrigierte Höchstansätze je Pflegestunde

| Anteil der Leistungen von Spitex-Organisationen, die ihre Kosten mit dem Höchstansatz decken können | Abklärung und Beratung KLV 7a Korrigierter Höchstansatz | Untersuchung und Behandlung KLV 7b Korrigierter Höchstansatz | Grundpflege KLV 7c Korrigierter Höchstansatz |
|---|---|--|--|
| 50.0 % | 88.15 | 72.25 | 60.30 |
| 60.0 % | 93.25 | 76.40 | 63.80 |
| 66.7 % | 98.15 | 80.45 | 67.15 |
| 75.0 % | 101.10 | 82.85 | 69.15 |

Die Restfinanzierung der Pflegeleistungen durch die Gemeinden variiert je nach Festlegung des Höchstansatzes.

Abb. 4: Maximale Restfinanzierung der Gemeinden

| Anteil der Leistungen von Spitex-Organisationen, die ihre Kosten mit dem Höchstansatz decken können | Restfinanzierung der Gemeinden |
|---|--------------------------------|
| 50.0 % | 0.06 Mio. |
| 60.0 % | 1.00 Mio. |
| 66.7 % | 1.85 Mio. |
| 75.0 % | 2.37 Mio. |

In diesem Zusammenhang muss festgelegt werden, an welchem Prozentsatz der kostengünstigsten Leistungserbringer sich die Höchstansätze orientieren sollen. Wenn die Mehrheit der Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause als auch freiberuflich tätige Pflegefachpersonen ihre Pflegeleistungen in konstanter Qualität und zu gleichen Preisen wie bisher erbringen können soll, ist die Marke bei 75 Prozent des Leistungsvolumens der Pflegeleistungen festzulegen. Dem Ansatz folgend «ambulant vor stationär» und um die Qualität der heutigen Dienstleistung halten zu können, ist eine Festlegung der Marke bei 75 Prozent angezeigt. Gerade auch im Hinblick auf die Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012, die einen Anstieg der Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen, speziell von komplexen Pflegefällen, zur Folge hat, ist die Sicherstellung von qualitativ hochstehenden und quantitativ ausreichenden Leistungen durch Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause notwendig. Im ambulanten wie im stationären Bereich gelten die gleichen Massstäbe. Deshalb ist die Festsetzung des Höchstansatzes bei derselben Prozentmarke sowohl für ambulant als auch stationär angebracht.

Wie bei der stationären Pflege wird auf eine Regelung bezüglich Anpassung der Höchstansätze verzichtet. Die Regierung kann bei gegebenen Bedürfnissen die Höchstansätze in einem Nachtrag zur Verordnung anpassen. Spätestens bei einer Anpassung der Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch den Bund werden jedoch auch die kantonalen Höchstansätze überprüft.

2.2. Erfassung des Pflegebedarfs

Stationäre Pflege

Die neue Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), die am 1. Januar 2011 in Kraft tritt, sieht einen gesamtschweizerisch einheitlichen, nach 20-Minuten-Schritten abgestuften Tarif vor (Art. 7a Abs. 3 KLV). Bereits in der Vernehmlassung zur neuen Pflegefinanzierung wurde dar-

auf aufmerksam gemacht, dass in den Heimen unterschiedliche Bedarfsermittlungssysteme verwendet werden, die in erheblichem Ausmass unterschiedliche Minutendefinitionen verwenden. Das führt dazu, dass je nach System, das verwendet wird, die durchschnittlichen Erträge der Heime aus Krankenversicherungsleistungen bzw. die Beiträge der Versicherer und der Restfinanzierung durch die öffentliche Hand auch für einen inhaltlich identischen Pflegebedarf systembedingt unterschiedlich sind. Diese Unterschiede sind auf die je nach verwendetem System unterschiedlichen Messkonzepte und -methoden zurückzuführen. Untersuchungen des RAI-Systemanbieters im Auftrag der Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK haben gezeigt, dass im System RAI/RUG² ohne Korrekturen bei einer direkten Umrechnung auf die KLV-Stufen der Pflegebedarf bis zu 20 Prozent tiefer eingestuft wird als im System BESA.

Diese Problematik wurde in der Zwischenzeit erkannt und eine Steuerungsgruppe unter Mitwirkung von CURAVIVA Schweiz, santésuisse, dem Bundesamt für Gesundheit und der GDK und der Systemhersteller versuchen seither, eine gesamtschweizerische Harmonisierung der Bedarfsermittlungssysteme BESA, PLAISIR und RAI/RUG zu erreichen. Der Vorstand der GDK nahm am 26. August 2010 von den Problemen bei der Herstellung der Kompatibilität der Bedarfsermittlungssysteme Kenntnis und informierte die Kantone darüber, dass die angestrebte gesamtschweizerische Kompatibilität bis am 1. Januar 2011 leider nicht erreicht werden kann.

Die Angleichung der Tarife gemäss Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 13. Juni 2008 setzt selbstverständlich eine Angleichung der Bedarfsabklärungssysteme in die in der Bundesverordnung vorgesehenen zwölf Stufen voraus. Diese Angleichung obliegt den Kantonsregierungen. Die von den Leistungsanbietern und Krankenversicherern vereinbarte Harmonisierung der im Kanton St.Gallen verwendeten und zugelassenen Bedarfsermittlungssysteme BESA und RAI/RUG ist, da sie auch für die öffentliche Hand kostenwirksam ist, von der Regierung zu genehmigen. Sollten sich Leistungsanbieter und Krankenversicherer nicht über eine Harmonisierung der Bedarfsermittlungssysteme einigen können, wird diese von der Regierung festgelegt.

Bislang hat die Regierung Tarifverträge zwischen Heimen und Krankenversicherungen nach KVG genehmigt und damit die Zulassung der Bedarfsermittlungssysteme im Kanton St.Gallen indirekt geregelt. Da die Tarife neu vom Bund festgelegt werden, entfallen die Genehmigung der Tarifverträge und damit die Zulassung der Bedarfsermittlungssysteme. Um weiteren Schwierigkeiten bei der Harmonisierung entgegenzuwirken, sind in der Verordnung die zugelassenen Systeme ausdrücklich festzulegen bzw. die im Kanton St.Gallen anerkannten Systeme auf die bereits verwendeten Systeme BESA und RAI/RUG momentan zu beschränken.

Ambulante Pflege

Die Zulassung der Bedarfsermittlungssysteme ist im Kanton St.Gallen bisher nicht geregelt. Mit der Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung soll künftig als Bedarfsermittlungssystem RAI-Home-Care (RAI-HC) angewendet werden, das bereits jetzt von rund 90 Prozent der öffentlich subventionierten Organisationen der Hilfe und Pflege benutzt wird und für die privaten Organisationen mit einer kantonalen Bewilligung schon heute obligatorisch ist. Ausgenommen von dieser Verpflichtung sind auf ein Gebiet spezialisierte Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause wie Kinderspitex, Palliativpflege, Psychiatriepflege, da RAI-HC zurzeit noch zu wenig spezialisiert ist und sich somit für die Bedarfsermittlung dieser Organisationen nicht eignet. Sobald für RAI-HC auch spezialisierte Module erhältlich sind, soll die Ausnahmeregelung entfallen. Im Weiteren ausgenommen sind die freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen. Je nach Ausrichtung ihrer Tätigkeit ist RAI-HC nicht das geeignete Bedarfsinstrument. Der Schweizerische Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) bemüht sich, ein Instrument für die Bedarfsabklärung, Pflegeprozess und Abrechnung zu entwickeln. Sobald dieses Instrument zur Verfügung steht, wird RAI-HC oder dieses neue Instrument für

² Resident Assessment Instrument / Ressource Utilization Groups

die freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen verpflichtend und die Verordnung entsprechend angepasst.

2.3. Abwicklung

Stationäre Pflege

In Art. 10 PFG wird die Sozialversicherungsanstalt (SVA) als Abwicklungsstelle für die Restfinanzierung bestimmt. Diese umfasst sowohl den Kostenanteil des Kantons als auch der Gemeinden. Gleichzeitig legt das Gesetz eine Subjektfinanzierung fest, welche die direkte Rechnungstellung der Heime an die betroffenen Personen sowie die Rückforderung der Finanzierungsanteile der öffentlichen Hand durch die betroffenen Personen vorsieht.

Die Erstanmeldungen zur Pflegefinanzierung sollen durch die versicherte Person via die AHV-Zweigstelle der Wohngemeinde erfolgen. Pflegebedürftige Personen, die bereits bisher Ergänzungsleistungen beziehen, gelten als angemeldet und können auf eine separate Anmeldung für die Pflegefinanzierung verzichten. Für die Erfassung des konkreten Rückerstattungsanspruchs genügt in der Regel das Zustellen der ersten Heimrechnung an die SVA. Die Auszahlung des Restfinanzierungsanteils der öffentlichen Hand erfolgt dann jeweils monatlich im Voraus zusammen mit weiteren Leistungen aus AHV, EL und Hilflosenentschädigung.

Mutationen betreffend Pflegefinanzierung (Veränderung der Pflegestufe, Todesfälle, vorübergehende Spitalaufenthalte) sollen im Gegensatz zur geltenden Regelung bei den Ergänzungsleistungen direkt von den Heimen an die SVA, also nicht mehr via AHV-Zweigstelle, gemeldet werden. Nur bei ausserkantonalen Heimaufenthalten liegt die Meldepflicht bei den berechtigten Bezügerinnen und Bezüger. Formulare für Anmeldungen und Mutationsmeldungen werden von der SVA zur Verfügung gestellt. Zudem wird zur Kommunikation und Information zwischen Heimen und SVA eine EXTRANET-Plattform eingerichtet. Aus Mutationen entstandene Beitragsänderungen werden zusammen mit der Auszahlung des Folgemonats rückwirkend abgerechnet.

Ambulante Pflege

Der bisherigen Praxis folgend soll eine aufgeteilte Rechnungstellung durch die Leistungserbringer vorgenommen werden. Die Leistungserbringer sollen zum einen wie bis anhin den Betrag, den die Leistungsbezügerinnen und -bezüger selber zu übernehmen haben, diesen direkt in Rechnung stellen. Anschliessend können die Leistungsbezügerinnen und -bezüger aufgrund dieser Rechnungstellung die ihnen zustehende Rückvergütung bei den Krankenversicherern einfordern. Vorbehalten bleibt im Übrigen Art. 42 KVG. Zum ändern soll der von der Gemeinde zu übernehmende Betrag der Restfinanzierung von den Leistungserbringern direkt bei der Gemeinde in Rechnung gestellt werden können.

2.4. Kostenrechnung

Stationäre Pflege

Eine wirkungsvolle Überprüfung der wirtschaftlichen Leistungserbringung der Pflegekosten für die Kostensteuerung resp. die Kostenüberwachung ist unabdingbar. Dieses Controlling soll aber auch ermöglichen, den Leistungserbringern (Heime) und Kostenträgern (Kanton, Gemeinden, Krankenversicherungen und Private) sinnvolle betriebswirtschaftliche Vergleichswerte (Benchmarks) zur Verfügung zu stellen.

Bereits in der Botschaft zum Gesetz über die Pflegefinanzierung (Ziff. 3.2.8) wird festgelegt, dass das Controlling im Bereich der Finanzierung der stationären Pflege durch das Amt für Soziales im Departement des Innern wahrgenommen werden soll und sich auf die nach einheitlichem Standard zu führenden Kostenrechnungen der Einrichtungen stützen muss. Damit kann gleichzeitig sichergestellt werden, dass die Pflegefinanzierung in sämtlichen Einrichtungen

nach identischen Berechnungsmethoden ermittelt und nach gleichen Abrechnungsmethoden umgesetzt wird. Bei Betagten- und Pflegeheimen, die von Gemeinden getragen sind, ist für die externe Rechnungslegung der HRM-Kontenrahmen vorgeschrieben. Da dieser für den Pflegeleistungsbereich zu wenig spezifiziert ist, haben die öffentlichen Betagten- und Pflegeheime bereits bisher aufgrund der obligatorischen Statistik der sozialmedizinischen Institutionen des Bundes (abgekürzt SOMED) einen zweiten Kontenrahmen für die interne Rechnungslegung hinterlegt. Dieses Vorgehen wurde auch in etlichen anderen Kantonen gewählt und verändert sich mit der Pflegefinanzierung nicht.

Bei einer Vielzahl der Einrichtungen werden also bereits heute Kostenrechnungen geführt, die der Systematik des von der Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz (KGL) herausgegebenen Handbuches «Kostenrechnung und Leistungsstatistik für Alters- und Pflegeheime» entsprechen. Zur Trägerschaft der KGL zählen der Heimverband CURAVIVA Schweiz, der Spitalverband H+ sowie der Verband der privaten Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz senesuisse. Die Richtlinien dieses Handbuchs werden deshalb in der Verordnung als verbindlich erklärt, wobei es den Einrichtungen überlassen bleibt, mit welcher Informatik-Software sie dies bewerkstelligen wollen. Das Handbuch kann über den Heimverband CURAVIVA Schweiz bezogen werden.

Um allen Anforderungen nach KVG gerecht werden zu können, ist es unumgänglich, dass dem Controlling nicht nur Auszüge der zu prüfenden Kostenrechnungen, sondern grundsätzlich die vollständigen Kostenrechnungen zur Einsicht zur Verfügung stehen. Nur so können die wirtschaftliche Leistungserbringung nach Art. 32 KVG sowie der Tarifschutz nach Art. 44 KVG überprüft werden. Die Kostenstrukturen jener Pflegeheime, welche den Höchsttarif in Rechnung stellen oder deren Tarife ein überdurchschnittliches Wachstum aufweisen, bedürfen deshalb einer speziellen Überprüfung durch den Kanton. Dafür und für den Aufbau von aussagekräftigen Benchmarks müssen im Rahmen des Controllings zusätzlich zu den Kostenrechnungen weitere statistische Betriebsangaben vorliegen (z.B. Belegungszahlen, Personalschlüssel, Pflegetage nach Schweregrad). Die Regierung bestimmt deshalb in der Verordnung, welche Unterlagen dazu bis zu welchem Zeitpunkt dem Amt für Soziales einzureichen sind (Reporting). Viele dieser Angaben haben die Einrichtungen, wie erwähnt, bereits für die SOMED aufzubereiten. Um bei den Einrichtungen keinen weiteren Aufwand auszulösen, sollen die für das Controlling der Pflegefinanzierung notwendigen Unterlagen weitestgehend auf die SOMED-Daten abgestimmt werden. Die SOMED-Daten werden bereits seit dem Jahr 2009 durch die kantonale Fachstelle für Statistik aufbereitet und dem Amt für Soziales zur Umsetzung des KVG im Pflegeheimbereich zur Verfügung gestellt. Es kann im Zug der Umsetzung der Pflegefinanzierung geprüft werden, ob und wie die Daten zur stationären Pflege im Rahmen der kantonalen Statistik auch der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

Ambulante Pflege

Im Gegensatz zur stationären Pflege (Art. 12 Abs. 3 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung; SR 832.104; abgekürzt VKL) besteht für die ambulante Pflege keine rechtliche Grundlage zur Führung einer Kostenrechnung. Aber auch die Leistungserbringer von Pflegeleistungen der ambulanten Pflege sind gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG verpflichtet, dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zuzustellen. Es sind alle Angaben zu machen, die benötigt werden, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Zudem sind die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause sowie die freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen gemäss Art. 22a KVG verpflichtet, die in diesem Artikel aufgeführten Daten für die Spitex-Statistik der vom Kanton bezeichneten Stelle jährlich kostenlos (Art. 23 KVG) zur Verfügung zu stellen.

Freiberuflich tätige Pflegefachpersonen im ambulanten Bereich dürfen gemäss KVG nur ihre eigenen Leistungen zuhanden der OKP abrechnen. Das bedeutet, dass sie als Einzelfirma eingestuft werden. Mit dieser Unternehmensform wird in der Regel mit einem Jahresabschluss

und einer Bilanz abgeschlossen. Eine Kostenrechnung ist für diese Unternehmensform nicht geeignet.

Aufgrund dieser Ausgangslage und der fehlenden rechtlichen Grundlage ist die Führung einer Kostenrechnung für Leistungserbringer im ambulanten Pflegebereich nicht zwingend. Sie wird aber für die Organisationen der Hilfe und Pflege empfohlen. Die Gemeinden können ihr Kostencontrolling zur Restfinanzierung gemäss Art. 42 Abs. 3 und Art. 56 KVG durchführen.

2.5. Bemerkungen zu einzelnen Artikeln

Stationäre Pflege

Art. 1: Art. 1 legt fest, dass die Bestimmungen über die Finanzierung der stationären Pflege für Pflegeheime sowie Tages- und Nachtstrukturen gelten.

Art. 2: Gemäss Art. 6 Abs. 1 PFG hat die Regierung durch Verordnung die Höchstansätze der Pflegekosten in Franken je Pflegebedarf und Tag festzulegen. Die zwölf aufgeführten Pflegestufen richten sich nach den vom Bund in der neuen Krankenpflege-Leistungsverordnung festgelegten Pflegestufen (Art. 7a KLV Abs. 3).

Art. 3: Zur Sicherung einer einheitlichen Berechnungsmethode und im Hinblick auf die Schwierigkeiten bei der Harmonisierung der unterschiedlichen Bedarfsermittlungssysteme werden im Kanton mit Art. 3 die aktuell angewendeten Bedarfsermittlungssysteme BESA und RAI/RUG zugelassen. Für Tages- und Nachtstrukturen gelangen ebenfalls diese Systeme zur Anwendung, da für sie dieselben Tarife der Krankenversicherung wie bei Pflegeheimen gelten (zwölf Stufen). Es ist allerdings möglich, dass für Tages- und Nachtstrukturen Vereinfachungen bei den bestehenden Systemen vereinbart werden.

Art. 4: Analog zur Regelung bei den bisherigen Tarifverträgen sind grundsätzlich die Leistungserbringer und die Krankenversicherer für eine Harmonisierung der Bedarfsermittlungssysteme zuständig. Da der Kanton die daraus entstehenden Pflegekosten mitfinanziert, ist eine Genehmigung der Harmonisierung durch die Regierung angezeigt, zumal es nach Absatz 2 der Übergangsbestimmungen den Kantonsregierungen obliegt, eine Angleichung der Tarife vorzunehmen. Der Kanton hat bei Uneinigkeit der Vertragspartner damit die geltende Harmonisierungstabelle festzulegen.

Art. 5: In Art. 10 PFG wird die Sozialversicherungsanstalt (SVA) als Durchführungsstelle bestimmt. Damit haben Berechtigte ihren Antrag auf Rückerstattung der Pflegekosten bei der SVA einzureichen.

Art. 6: Die SVA als Durchführungsstelle ist darauf angewiesen, dass Änderungen, welche die Pflegekosten der versicherten Person betreffen (z.B. Änderungen der Pflegestufe), möglichst umgehend und auf direktem Weg gemeldet werden. Daraus ergibt sich, dass die Meldepflicht sinnvollerweise den Leistungserbringern übertragen wird. Da die Meldepflicht nur innerhalb des Kantons rechtswirksam festgelegt werden kann, sind Personen in ausserkantonalen Heimen selber zur Meldung dieser Änderungen verpflichtet. Diese Regelung entspricht den Bestimmungen von Art. 3 PFG zur Mitwirkungspflicht.

Art. 7: Zur Sicherung der monatlichen Auszahlung der Restfinanzierungsbeiträge durch die SVA sind die Mittel durch monatliche Akontozahlungen vorschüssig zur Verfügung zu stellen. Abgestellt wird dabei auf den Umfang des mutmasslichen Monatsbedarfs der nach Art. 10 Abs. 2 PFG an die versicherte Person zurückzuerstattenden Pflegekosten. Die definitive Abrechnung erfolgt bis 31. Januar des Folgejahres.

Art. 8: In Art. 10 PFG wird die Sozialversicherungsanstalt als Durchführungsstelle bestimmt. Die Kosten der Durchführung sind durch den Staat zu tragen und der Durchführungsstelle zu

erstellen. Dazu leistet das zuständige Departement quartalsweise Akontozahlungen, die Schlussabrechnung erfolgt bis 31. Januar des Folgejahres.

Art. 9: In Art. 11 PFG wird der Regierung die Möglichkeit eingeräumt, durch Verordnung Bestimmungen über die Führung und den Ausweis einer Kostenrechnung zu erlassen. Mit der vorliegenden Bestimmung wird der Grundsatz zur Führung einer Kostenrechnung demgemäss festgelegt. Führung und Ausweis der Kostenrechnung sowie pflegerelevanter Anlagekosten haben nach den in der Verordnung bestimmten Richtlinien der Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz (KGL) zu erfolgen. Die Betagten- und Pflegeheime haben gemäss diesen Richtlinien den CURAVIVA-Kontenrahmen zu hinterlegen.

Art. 10: Zur Überprüfung der wirtschaftlichen Leistungserbringung der Pflegekosten gemäss Art. 32 KVG und des Tarifschutzes nach Art. 44 KVG sind neben der Kostenrechnung weitere Berechnungsgrundlagen erforderlich. Gleichzeitig ermöglichen diese Betriebsdaten die Erstellung von kantonalen Benchmarks.

Ambulante Pflege

Art. 11: Die für die ambulanten Pflegeleistungen geltenden Höchstansätze sind entsprechend den drei Pflegekategorien Abklärung und Beratung, Untersuchung und Behandlung sowie Grundpflege festzulegen.

Art. 12: Das Bedarfsermittlungssystem ist RAI-Home-Care. Die Festsetzung eines einheitlichen anerkannten Bedarfsermittlungssystems erlaubt es den Gemeinden und Versicherern, die ambulanten Pflegeleistungen nach Art. 56 KVG (Wirtschaftlichkeit) und Art. 57 KVG (Qualitätssicherung) mit angemessenem Aufwand zu überprüfen. Ausgenommen von der RAI-Home-Care-Anwendungspflicht sind vorläufig auf ein Gebiet spezialisierte Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause und freiberuflich tätige Pflegefachpersonen.

Art. 13: Die Rechnungstellung richtet sich nach Art. 42 Abs. 1 und 2 KVG. Haben Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart, so schulden die versicherten Personen den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung. Anschliessend können die versicherten Personen die ihnen zustehenden Rückvergütungen bei den Krankenversicherern einfordern.

Der von der Gemeinde von Gesetzes wegen zu übernehmende Betrag der Restfinanzierung soll von den Leistungserbringern direkt bei der Gemeinde in Rechnung gestellt werden. Schuldnerin dieses Betrages ist nicht die versicherte Person, sondern die Gemeinde (vgl. Art. 16 PFG).

Der Leistungserbringer ist im Übrigen verpflichtet, sowohl dem Versicherer als auch der versicherten Person und der Gemeinde eine detaillierte und verständliche Rechnung zuzustellen. Sie hat alle Angaben offen zu legen, die benötigt werden, um die Berechnung und Vergütung sowie die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können (vgl. Art. 42 Abs. 3 KVG).

Schlussbestimmungen

Art. 14: Mit der neuen Pflegefinanzierung rechnen neu auch die Trägerschaften von Tages- und Nachtstrukturen über die stationären Tarife ab. Da die Zuständigkeit über Pflegeheime beim Departement des Innern liegt, ist auch dieser Geschäftsbereich dem Departement des Innern zu übertragen. Dazu ist eine Anpassung des Geschäftsreglements der Regierung und der Staatskanzlei (sGS 141.3) notwendig. Im Übrigen muss die Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen bis zum Vorliegen bundesrechtlicher Bestimmungen durch den Kanton erfolgen. Zuständig für die Zulassung nach der Verordnung über die Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen ist das Departement des Innern.

Art. 15: Bei den nach dem Ergänzungsleistungsgesetz anrechenbaren Tagespauschalen ist ab 1. Januar 2011 der Pflegeanteil nur zu berücksichtigen, soweit es sich um den Anteil der ver-

sicherten Person nach Art. 8 PFG handelt (maximal 20 Prozent des höchsten vom Bund festgelegten Krankenversicherungsbeitrags; aktuell Fr. 21.60). Die Höchstgrenze für Pension und Betreuung, wie sie für Personen ohne Pflegebedürftigkeit bisher galt, wird wie bis anhin bei Fr. 180.– belassen. Art. 1 ist demgemäss anzupassen und mit einem neuen Absatz 2 zu ergänzen. Der bis anhin in der Tagespauschale enthaltene Pflegeanteil wird in Absatz 2 auf den Anteil der versicherten Person nach Art. 8 PFG beschränkt. Mit Bezug auf das PFG wird auch klar, dass Pflegekosten nur dann anrechenbar sind, wenn sie in Pflegeheimen anfallen, die als Leistungserbringer nach PFG gelten. Die Tagespauschale bei Aufenthalt in einem Invalidenwohnheim bleibt unverändert.

Art. 16: Mit der Invollzugsetzung des PFG auf den 1. Januar 2011 wird der Regierungsbeschluss über den Kantonsanteil für Leistungen der Akut- und Übergangspflege vom 30. März 2010 aufgehoben, da der Kantonsanteil ab dem 1. Januar 2011 im Gesetz festgelegt ist und der Regierungsbeschluss daher durch übergeordnetes Recht seine Gültigkeit verloren hat.

Art. 17: Analog zum Gesetz über die Pflegefinanzierung ist die Verordnung ab 1. Januar 2011 anzuwenden.

3. Verordnung über die Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen

Die KVG-Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen wurde bisher über den ambulanten Sektor geregelt. Mit Art. 7a Abs. 4 KLV hat der Bund für Tages- und Nachtstrukturen dieselben Beiträge der Krankenversicherung wie für Pflegeheime vorgesehen. Da Tages- und Nachtstrukturen keiner Bedarfsplanungspflicht gemäss KVG unterliegen, kann eine Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen aber nicht über das Instrument der Pflegeheimliste erfolgen. Die Zulassung dieser Einrichtungen ist deshalb neu zu regeln, insbesondere auch deshalb, weil bisher vom Bund keine entsprechenden Zulassungsbedingungen festgelegt wurden.

Die Kriterien sollen grundsätzlich denjenigen der übrigen stationären Einrichtungen entsprechen (Pflegeheime). Für eine qualitativ angemessene Betreuung und Pflege ist dabei in erster Linie genügend und entsprechend qualifiziertes Personal von Bedeutung. Gleichzeitig müssen auch bauliche bzw. generell infrastrukturelle Voraussetzungen erfüllt sein. Die Gesamtkonzeption des Leistungsangebots (inkl. Massnahmen zur Qualitätssicherung) sind im Betriebskonzept festzuhalten.

Ein Regelungsbedarf ergibt sich auch bezüglich der Erfassung des Pflegebedarfs in Tages- und Nachtstrukturen: Heute rechnen die hierfür zugelassenen Leistungserbringer nach ambulanten Tarifen ab. Gemäss bundesrechtlichen Vorgaben haben Tages- und Nachtstrukturen künftig jedoch mit stationären Tarifen abzurechnen. Für Tages- und Nachtstrukturen gelangen deshalb dieselben Pflegebedarfserfassungsinstrumente zur Anwendung wie im stationären Bereich. Aufgrund der unterschiedlichen Ausgangslage in der Leistungserbringung sind Vereinfachungen in den Erfassungssystemen bei Tages- und Nachtstrukturen zu prüfen. Die Einrichtungen haben ihre Pflegebedarfserfassung innert vorgegebener Frist umzustellen. Gleich wie die übrigen stationären Einrichtungen haben auch Tages- und Nachtstrukturen ihre Pflegeleistungen anhand einer Kostenrechnung auszuweisen. Das Departement des Innern, das für Pflegeheime zuständig ist, soll auch für die Zulassung und Überprüfung der Tages- und Nachtstrukturen zuständig sein.

3.1. Bemerkungen zu einzelnen Artikeln

Art. 1: In Art. 39 Abs. 1 Bst. a bis c KVG werden die grundsätzlichen Voraussetzungen festgelegt, die Leistungserbringer von stationärer Pflege zu erfüllen haben. Diese Voraussetzungen werden nun auch für die Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen verbindlich.

Art. 2: Um die Zulassung prüfen zu können, hat die Trägerschaft dem Departement des Innern ein Gesuch zu stellen. Das Departement des Innern kann zudem weitere Unterlagen einfordern.

Art. 3: Aufgrund der eingereichten Unterlagen befindet das Departement des Innern über die Zulassung. Die Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen wird vom Departement regelmässig überprüft und die Zulassung kann entzogen werden, wenn die Zulassungsvoraussetzungen nicht mehr erfüllt sind.

Art. 4: Die Zulassungsbedingungen müssen von den Einrichtungen jederzeit erfüllt sein. Änderungen, welche die Zulassung betreffen, sind daher von der Trägerschaft dem Departement des Innern zu melden.

Art. 5: In der öffentlich zugänglichen kantonalen Pflegeheimliste ist ersichtlich, welche stationären Einrichtungen zugelassen sind. Analog dieser Regelung für Pflegeheime soll das Amt für Soziales auch für zugelassene Tages- und Nachtstrukturen ein entsprechendes Verzeichnis führen und dieses im Internet veröffentlichen.

Art. 6: Aufgrund der Bestimmungen für Tages- und Nachtstrukturen und der neuen Zuständigkeiten des Departementes des Innern ist die Ermächtigungsverordnung vom 5. Mai 1997 (sGS 141.41) zu ergänzen. Dabei ist die Zuständigkeit des Departementes des Innern für die Erteilung und den Entzug der Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen aufzuführen.

Art. 7: Mit dem Übergang der Zuständigkeit vom Gesundheitsdepartement zum Departement des Innern werden die bisher vom Gesundheitsdepartement nach Art. 32bis der Verordnung über die Ausübung von Berufen der Gesundheitspflege verfügten Bewilligungen hinfällig, ebenso die bis anhin auf der kantonalen Pflegeheimliste separat aufgeführten Tages- und Nachtstrukturen. Den am 31. Dezember 2010 bewilligten oder in der kantonalen Pflegeheimliste separat aufgeführten Tages- und Nachtstrukturen soll jedoch für die Einreichung der neuen Zulassungsgesuche genügend Zeit eingeräumt werden. Sie gelten deshalb ab Vollzugsbeginn der Verordnung als vorläufig zugelassen. Sofern sie weiterhin zugelassen werden wollen, haben sie bis spätestens 30. Juni 2011 ein Zulassungsgesuch einzureichen. Die vorläufige Zulassung erlischt am 30. Juni 2011, wenn das Zulassungsgesuch nicht fristgerecht eingereicht wird.

Art. 8: Analog zum Vollzugsbeginn des Gesetzes über die Pflegefinanzierung ist die Verordnung ab 1. Januar 2011 längstens bis zum Inkrafttreten von bundesrechtlichen Bestimmungen über die Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen anzuwenden.