

Beschluss Nr. 244/2010
Schwyz, 9. März 2010

Neuordnung der Pflegefinanzierung
Bericht und Vorlage an den Kantonsrat

1. Übersicht

Die vom Bundesparlament seit 2005 hinweg diskutierte Neuordnung der Pflegefinanzierung orientiert sich an zwei Reformzielen: zum einen soll die sozialpolitisch schwierige Situation bestimmter Gruppen pflegebedürftiger Personen entschärft werden, zum anderen soll die Krankenversicherung, welche zunehmend altersbedingte Pflegeleistungen übernimmt, finanziell nicht zusätzlich belastet werden.

Die Bundesversammlung hat in der Sommersession 2008 das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung verabschiedet. Dieses regelt einerseits die Aufteilung der Pflegekosten, welche bei der ambulanten Pflege oder in einem Pflegeheim anfallen, zwischen Krankenversicherung, versicherter Person und Kanton. Andererseits verpflichtet es die Krankenversicherer und den Kanton, die Kosten für die Akut- und Übergangspflege, welche im Anschluss an einen Spitalaufenthalt notwendig ist, nach den Regeln der Spitalfinanzierung zu übernehmen. Mit der Schaffung einer Entschädigung für eine Hilflosigkeit leichten Grades im AHV-Alter und den Anpassungen der Gesetzgebung über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung wird zudem angestrebt, dass durch den Aufenthalt in einem Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit entstehen soll.

Gemäss der Bundesgesetzgebung regeln die Kantone die Restfinanzierung. Sie haben die Beteiligung der versicherten Personen an den Pflegekosten festzulegen und die Finanzierung der Kosten, welche nicht durch die Versicherung oder die versicherte Person bezahlt werden, zu bestimmen. An den Kosten der Akut- und Übergangspflege haben sich die Kantone zu mindestens 55 Prozent zu beteiligen. Im Kanton Schwyz wird für die Übernahme der Restkosten an der bewährten Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden im Gesundheits- und Spitalwesen festgehalten. Die Gemeinden sind für den Heim- und Spitex-Bereich zuständig, der Kanton für den Bereich der stationären Akutpflege (Spitin). Da die Akut- und Übergangspflege – diese kann ambulant und stationär erbracht werden – immer in einem direkten Zusammenhang mit einem Spitalaufenthalt steht und ihre Finanzierung nach den Regeln der Spitalfinanzierung erfolgt, sollen diese Kosten durch den Kanton übernommen werden.

Soweit nicht direkt Bundesrecht anwendbar ist, sind auf Stufe Kanton das Gesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, das Gesetz über soziale Einrichtungen, die Gesundheitsverordnung und die Spitalverordnung anzupassen. Diese Änderungen unterstehen dem fakultativen Referendum.

Die finanziellen Aufwendungen sind lediglich schätzbar. Soweit es die Akut- und Übergangspflege betrifft, übernimmt der Kanton die Mehrkosten vollständig (zuzüglich Investitionskosten gemäss Regeln der Spitalfinanzierung). Ebenfalls übernimmt der Kanton die Durchführungskosten, soweit es sich nicht um Aufgaben der Gemeinden handelt. Die Gemeinden tragen die Kosten für die Restfinanzierung bei stationärer Pflege und beteiligen sich zur Hälfte an den Mehrkosten für die Ergänzungsleistungen. Wie bisher sind die Gemeinden zudem für die Angebote der Spitex zuständig.

2. Ausgangslage

2.1 Bundesgesetzgebung

Um die Reformziele der Neuordnung der Pflegefinanzierung (BBI 2005 2033) – Entlastung bestimmter Gruppen pflegebedürftiger Personen einerseits, Plafonierung der Leistungen der Krankenversicherung andererseits – zu erreichen, hat das Bundesparlament die Teilrevisionen von drei Sozialversicherungsgesetzen beschlossen (Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008, BBI 2008 5247). Die drei Teilrevisionen hängen zusammen und bilden gemeinsam die Neuordnung der Pflegefinanzierung. Der Entlastung der Krankenkassen (Prämienzahler) steht eine zusätzliche Belastung der AHV (im Bereich Hilflosenentschädigung), der öffentlichen Hand (Akut- und Übergangspflege, Restfinanzierung der Pflegekosten) sowie der Bezüger von ambulanten Spitexleistungen gegenüber. Das Bundesparlament wählte somit den Weg der Lastenverteilung: Mehrere und auch zusätzliche staatliche Systeme sollen die Pflege noch stärker mitfinanzieren, um die betroffenen, pflegebedürftigen Menschen zu entlasten.

Zur Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung sind die folgenden Bundesgesetze geändert worden:

- Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (SR 831.10, AHVG),
- Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (SR 831.30, ELG) und
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10, KVG).

Die entsprechenden Verordnungsbestimmungen wurden vom Bundesrat am 24. Juni 2009 veröffentlicht. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung tritt auf den 1. Januar 2011 in Kraft.

2.2 Aufgaben der Kantone

Die Neuordnung der Finanzierung der Pflegeleistungen bei Krankheit überträgt den Kantonen im Wesentlichen drei Aufgaben:

- Sie haben die Restfinanzierung der Kosten für Pflegeleistungen bei Krankheit, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Bedarfs ambulant – auch in Tages- und Nachtstrukturen – oder im Pflegeheim erbracht werden, zu regeln, soweit die Kosten nicht durch die Krankenversicherer und die versicherte Person bezahlt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der versicherten Person höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bun-

desrat festgelegten Beitrages, den die Versicherer zu leisten haben, überwältigt werden dürfen (Art. 25a Abs. 5 KVG).

- Sie haben sich zu mindestens 55 Prozent an den Kosten der Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen, zu beteiligen (Art. 25a Abs. 2 KVG).
- Sie haben dafür zu sorgen, dass wegen eines Aufenthaltes in einem Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit entsteht (Art. 10 Abs. 2 Bst. a ELG).

2.3 Einfluss auf die medizinische Versorgung

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung sieht keine neuen oder teureren Pflegeleistungen vor, sondern ist eine Finanzierungsvorlage. Durch die neue Finanzierungsordnung wird sich die Nachfrage nach Leistungen der „Langzeitpflege“, welche ambulant oder im Pflegeheim zu erbringen sind, kaum wesentlich verändern. Nicht abschätzbar ist jedoch, wie sich die ärztliche Anordnung der Akut- und Übergangspflege im Anschluss an einen Spitalaufenthalt (Art. 25a Abs. 2 KVG) auswirken wird. Bereits heute bestehen Angebotsengpässe, wenn nach einem Spitalaustritt ein erhöhter, allenfalls stationär zu erbringender Pflegebedarf besteht.

3. Umsetzung im Kanton Schwyz

3.1 Umsetzungsbedarf

Der Vollzug der Sozialversicherungsgesetzgebung ist in erster Linie Sache der Kantone (Art. 46 der Bundesverfassung, SR 101). In einzelnen Bereichen sieht die Neuordnung der Pflegefinanzierung auch ergänzende Regelungen durch den Kanton vor, so insbesondere für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen bei Krankheit (Art. 25a Abs. 5 KVG). Im Einzelnen ergibt sich gestützt auf das Bundesrecht folgender Anpassungsbedarf auf kantonaler Ebene:

3.1.1 Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG)

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.-- pro Monat = Fr. 2 736.-- pro Jahr; Stand 2010). Da weder weitere Vorschriften noch die Zuständigkeiten geändert wurden, wird die Hilflosenentschädigung materiell von der IV-Stelle Schwyz beurteilt. Der formelle Entscheid und die Auszahlung erfolgen durch die zuständige Ausgleichskasse. Das AHVG ist direkt anwendbar.

Es besteht weder ein gesetzlicher Anpassungsbedarf noch müssen Kanton und Gemeinden für die neue Hilflosenentschädigung aufkommen. Die jährlichen Mehrkosten von rund Fr. 600 000.-- bis Fr. 800 000.-- werden durch den Bund finanziert (Art. 102 Abs. 2 AHVG). Die verwaltungstechnische Umsetzung erfolgt direkt durch die Ausgleichskasse/IV-Stelle Schwyz, wobei mittelfristig mit einer zusätzlichen halben Vollzeitstelle zu rechnen ist, deren Kosten von der AHV getragen werden.

3.1.2 Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen (ELG)

Zusätzlich zu den Verbesserungen auf Anfang 2008 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 zur AHV/IV (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 Eigentümer von Liegenschaften, wenn ein Ehegatte im Heim lebt und der andere in der eigenen Wohnung oder wenn eine in der eigenen Wohnung lebende Person eine Hilflosenentschädigung bezieht. Das ELG ist direkt anwendbar und die Ausgleichskasse Schwyz kann die Umsetzung bezüglich Anpassung der Vermögensfreibeträge vornehmen.

Die Kantone haben neu dafür zu sorgen, dass EL-Bezüger durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel nicht sozialhilfeabhängig werden (Art. 10 Abs. 2 Bst. a ELG). Abklärungen haben ergeben, dass derzeit 750 Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen Ergänzungsleistungen beziehen. Bei nur 25 Personen decken die Ergänzungsleistungen zusammen mit den übrigen Einnahmen die Kosten des Heimaufenthaltes nicht. Wie viele davon effektiv zusätzlich auf Sozialhilfe angewiesen sind, ist nicht bekannt.

Aufgrund der Entwicklung der Gesundheitskosten ist es bereits jetzt absehbar, dass die heutige Taxbegrenzung bei der EL in Zukunft nicht mehr garantiert, dass die vollen Kosten bei einem Pflegeheimaufenthalt gedeckt sind bzw. bei der EL-Berechnung berücksichtigt werden können. Zudem besteht in Zukunft ein vermehrtes Bedürfnis nach speziellen Pflegedienstleistungen für Personen mit hohem Pflegeaufwand (z.B. Demenzkranke). Das kantonale Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 28. März 2007 (SRSZ 362.200, kELG) ist deshalb gezielt anzupassen.

3.1.3 Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

Mit Art. 25a KVG hat sich der Bundesgesetzgeber für einen neuen Weg der Pflegefinanzierung entschieden. Die Krankenversicherung leistet Beiträge an Pflegeleistungen, die ärztlich angeordnet und deren Bedarf ausgewiesen ist. Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung. Zudem setzt er einheitliche Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest, genauso wie die Modalitäten für die Qualitätskontrolle.

Für den Kanton und die pflegebedürftigen Personen ist vor allem Art. 25a Abs. 5 KVG von Bedeutung. Danach dürfen einer versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung. Diese Bestimmung ist sozial- und finanzpolitisch von grosser Tragweite. Alle Personen – völlig unabhängig von Einkommen und Vermögen – haben neu Anspruch auf Beiträge der öffentlichen Hand an ihre Pflegekosten.

Der kantonale Gesetzgeber muss deshalb bestimmen, wer die Restkosten für die Pflegeleistungen bei Krankheit zu übernehmen hat. Zudem muss das Verfahren der Restfinanzierung geregelt werden.

3.2 Aufgabenteilung Kanton – Gemeinden

3.2.1 Geltende Aufgabenteilung Spitex – Spitin

Der Kanton Schwyz kennt im Gesundheits- und Spitalwesen eine klare Aufgabenteilung zwischen Gemeinden und Kanton hinsichtlich spitalexterner und spitalinterner Krankenpflege. Die spitalexterne Krankenpflege (Spitex) fällt in den Verantwortungsbereich der Gemeinden, die Spitalversorgung (Spitin) ist Sache des Kantons.

Die Gemeinden haben nach § 15 der Gesundheitsverordnung vom 16. Oktober 2002 (SRSZ 571.110, GesV) ein Angebot für die Hauskrankenpflege und den hauswirtschaftlichen Dienst sowie ab 1. Januar 2010 einen Entlastungsdienst (Revision der GesV vom 18. November 2009) sicherzustellen. Sie finanzieren diese Angebote, soweit die Aufwendungen nicht durch

gesetzliche Verpflichtungen Dritter oder die versicherte Person gedeckt werden. In § 9 des Gesetzes über soziale Einrichtungen vom 28. März 2007 (SRSZ 380.300, SEG) wird den Gemeinden die Aufgabe übertragen, die erforderlichen Einrichtungen für Betagte und Pflegebedürftige zu planen, zu errichten und zu betreiben. In § 16 Abs. 1 SEG wird verdeutlicht, dass das zuständige Gemeinwesen für die Kosten aufzukommen hat, sofern diese nicht durch die anspruchsberechtigte Person, die gesetzlich Verpflichteten, ihre Versicherer oder Dritte gedeckt werden.

Der Kanton hingegen ist allein zuständig für die Finanzierung der Kosten der öffentlichen Hand für die inner- und ausserkantonale Spitalversorgung (§§ 16 und 24 der Spitalverordnung vom 22. Oktober 2003, SRSZ 574.110, SpitV) und für Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen (§ 8 SEG).

Die Ergänzungsleistungen werden je zur Hälfte vom Kanton und den Gemeinden getragen, soweit diese nicht durch Bundesbeiträge finanziert werden.

3.2.2 Anpassungen für die Akut- und Übergangspflege

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung schafft weder neue Leistungen noch werden neue Leistungserbringer zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen. Da die Leistungen der Akut- und Übergangspflege durch Leistungserbringer der ambulanten Pflege (einzelne Fachpersonen mit Bewilligung und Spitexorganisationen) oder der Langzeitpflege (Alters- und Pflegeheime) erbracht werden, welche in den Zuständigkeitsbereich der Gemeinden fallen, wäre eine Finanzierung durch die Gemeinden möglich. Allerdings stehen die Leistungen der Akut- und Übergangspflege immer in einem direkten Zusammenhang mit einem Spitalaufenthalt und das Bundesrecht schreibt ausdrücklich vor, dass die Leistungen der Akut- und Übergangspflege von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten nach den Regeln der Spitalfinanzierung zu vergüten sind. Der Regierungsrat gewichtet diesen Aspekt stärker, weshalb die Kosten für die Akut- und Übergangspflege vom Kanton zu tragen sind, soweit sie nicht vom Versicherer gedeckt werden.

3.3 Erlassform für die Umsetzung

Analog dem Bundesgesetz über die Pflegefinanzierung werden die erforderlichen kantonalen Anpassungen in einem Mantelerlass zusammengefasst. Dieser umfasst die Änderungen der folgenden Erlasse:

- Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 28. März 2007 (SRSZ 362.200, KELG),
- Gesetz über soziale Einrichtungen vom 28. März 2007 (SRSZ 380.300, SEG),
- Gesundheitsverordnung vom 16. Oktober 2002 (SRSZ 571.110, GesV) und
- Spitalverordnung vom 22. Oktober 2003 (SRSZ 574.110, SpitV).

§ 18 KELG und § 25 SEG ermächtigen den Kantonsrat, diese Gesetze unter Vorbehalt des fakultativen Referendums den jeweiligen Änderungen des Bundesrechts anzupassen. Die Gesundheitsverordnung und die Spitalverordnung als gesetzesvertretende Verordnungen (§ 40 Bst. e der Kantonsverfassung) unterstehen ebenfalls dem fakultativen Referendum. Somit kann der Mantelerlass zur Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung mittels Kantonsratsbeschluss unter Vorbehalt des fakultativen Referendums erlassen werden.

Soweit in den kantonalen Erlassen nichts anderes geregelt ist, gilt gemäss Art. 1 KVG für das Verfahren die Anwendung des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (SR 830.1, ATSG). Die Anwendung des ATSG ist u.a. für das Rechtsmittelverfahren massgebend. Soweit dies nicht bereits in den vorgenannten Gesetzen genügend geregelt ist, wer-

den die entsprechenden Bestimmungen durch den Regierungsrat in die Ausführungserlasse aufgenommen.

4. Ergebnis der Vernehmlassungen

4.1 Vernehmlassungsverfahren

Am 21. Oktober 2009 wurden die Parteien, Behörden und Amtsstellen, die im Pflegebereich tätigen Organisationen und Institutionen, die Gleichstellungskommission des Kantons Schwyz sowie die Wirtschafts- und Personalverbände eingeladen, sich zum Rahmenerlass über die Neuordnung der Pflegefinanzierung zu äussern. An drei offiziellen Informationsveranstaltungen im November und Dezember 2009 konnten sich die interessierten Vernehmlassungsadressaten ergänzend zur Vorlage informieren lassen. Bis Ende Januar 2010 sind insgesamt 55 Vernehmlassungen eingereicht worden.

4.2 Allgemeine Stellungnahme

Grundsätzlich wird begrüsst, dass die Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung mittels eines Rahmenerlasses, respektive durch die Teilrevision von vier bestehenden kantonalen Erlassen erfolgt. Nicht opponiert wird gegen die Absicht, den Eigenanteil der pflegebedürftigen Person bei der stationären Langzeitpflege auf den maximalen Ansatz von 20 Prozent gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG festzulegen. Im ambulanten Bereich erachtet jedoch eine Mehrheit eine Beteiligung von maximal 10 Prozent als angemessen.

4.3 Zu einzelnen Anträgen

4.3.1 Kantonales Gesetz über EL zur AHV/IV (§ 5 Abs. 2 und 3)

Begrüsst wird, dass für bestimmte Pflegeangebote höhere EL-Taxbegrenzungen (anrechenbare Kosten pro Pflegetag für die Berechnung der EL) vorgesehen sind. Von den Heimträgern wird allerdings mehrheitlich befürchtet, dass der heute gültige Ansatz von Fr. 308.-- pro Tag in Zukunft nicht ausreichen wird, um die Vollkosten im Pflegeheim zu decken bzw. Gewähr zu bieten, dass bei Heimbewohnern in der Regel keine Sozialhilfe mehr benötigt wird. Es wird gefordert, dass die „kann“-Bestimmungen zur Festlegung von höheren Taxbegrenzungen in verpflichtende Bestimmungen umgewandelt werden.

4.3.2 Gesetz über soziale Einrichtungen (§ 19a)

Die CVP und FDP die Liberalen sowie die Gemeinden und weitere Vernehmlasser fordern eine hälftige Mitbeteiligung des Kantons an der Restfinanzierung der Pflegekosten. Ein Vernehmlasser wünscht eine Mitfinanzierung durch die Bezirke. Mit einzelnen Ausnahmen wird der Kostenschlüssel für die Gemeinden nach Einwohnern als richtig befunden. Die Absicht des Regierungsrates, die Anrechnung der Ergänzungsleistungen vor der Pflegefinanzierung als vorrangig zu erklären, wird nicht bestritten. Ausdrücklich begrüsst wird, dass die Ausgleichskasse Schwyz mit der Durchführung der Pflegefinanzierung im Bereich der stationären Pflege betraut wird.

4.3.3 Gesundheitsverordnung (§ 15)

Die meisten Vernehmlasser, darunter die Gemeinden, erachten die beabsichtigte 20prozentige finanzielle Eigenleistung der Patientinnen und Patienten an die ambulanten Pflegekosten (Spitex-Kosten) als zu hoch. Falls sich die pflegebedürftigen Personen an den Kosten zu beteiligen ha-

ben, soll der Anteil maximal 10 Prozent betragen. Analog dem Abrechnungsverfahren bei der stationären Pflege sollen auch die Abrechnungen der ambulanten Pflege durch die Ausgleichskasse Schwyz erfolgen. Zudem soll die Verrechnung der ambulant erbrachten Spitex-Pflegeleistungen wie bei der stationären Pflege nach dem Vollkostenprinzip erfolgen.

4.3.4 Spitalverordnung (§ 29)

Mehrere Vernehmlasser fordern, dass die Spitäler zu beauftragen sind, die Akut- und Übergangspflege anzubieten. Mehrmals wird darauf hingewiesen, dass ein genügendes Angebot von Akut- und Übergangspflege bereit zu stellen sei.

4.4 Würdigung der Vernehmlassungen

In der Vorlage an den Kantonsrat werden die Anliegen der Vernehmlasser berücksichtigt, soweit diese mit der gesamten Systematik der Zuständigkeiten und Aufgabenteilung innerhalb der öffentlichen Hand kompatibel sind.

So beabsichtigt der Regierungsrat, den Eigenanteil der pflegebedürftigen Personen bei der ambulanten Pflege auf 10 Prozent festzulegen und vorzusehen, dass einzelnen Personengruppen keine Kostenbeteiligung überwältzt werden darf, um Härtefälle zu vermeiden. Dem Wunsch von Gemeinden, die Ausgleichskasse Schwyz mit der Durchführung des Abrechnungsverfahrens bei der ambulanten Pflege zu beauftragen, soll nicht entsprochen werden. Wie unter Kapitel 5.3.5.2 dargelegt, werden sich das Verfahren und der Aufwand der Gemeinden aufgrund der Neuregelung nur unwesentlich verändern. Abgelehnt wird die Forderung, dass der Kanton sich an der Hälfte der Kosten für die stationäre Pflege beteiligen soll. Im Gesetz über soziale Einrichtungen (§ 16 Abs. 1 SEG) ist festgelegt, dass das zuständige Gemeinwesen (nach § 9 die Gemeinde) für die Kosten aufzukommen hat, sofern diese nicht durch die anspruchsberechtigte Person, die gesetzlich Verpflichteten, ihre Versicherer oder Dritte gedeckt werden.

An den „kann“-Formulierungen bei der Festlegung von höheren EL-Taxbegrenzungen (§ 5 Abs. 2 und 3 kELG) wird festgehalten, um jederzeit auf mögliche Kostenentwicklungen reagieren zu können. Andernfalls müsste jeweils der Gesetzgebungsweg beschritten werden. Damit aber gleichzeitig kein ungewollter Kostenschub entsteht, soll der Regierungsrat die Möglichkeit erhalten, Bestimmungen über die Berechnung und Festlegung der Höchsttaxen in Alters- und Pflegeheimen zu erlassen (§ 19a Abs. 3 Bst. a SEG). Dies entspricht einem seit langem geäusserten Anliegen der Trägerschaften der Alters- und Pflegeheime.

Für die ambulante Akut- und Übergangspflege besteht in den ambulanten Pflegeorganisationen bereits ein gutes Angebot, das je nach Bedarf und Nachfrage kontinuierlich entwickelt werden kann. Für den stationären Bereich fehlen heute noch weitgehend entsprechende Strukturen. Die bestehenden Alters- und Pflegeheime sind aus Kostengründen bestrebt, ihre Kapazitäten möglichst vollständig auszulasten. Der Regierungsrat nimmt das Anliegen der Vernehmlasser auf. Aus Kosten- und Effizienzgründen strebt er eine gezielte Entwicklung des Angebots an, in dem Leistungsvereinbarungen mit ausgewählten Leistungserbringern abgeschlossen werden können. Der Regierungsrat wird dabei auch die Leistungserbringung durch die Spitäler prüfen. Dies wäre möglich, indem den Spitälern eine auf den Leistungsbereich Akut- und Übergangspflege eingeschränkte zusätzliche Bewilligung für die Langzeitpflege erteilt würde.

5. Erläuterungen zur Vorlage

5.1 Ergänzungsleistungen

5.1.1 Anpassung des kantonalen Ergänzungsleistungsgesetzes

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung ist das ELG in zwei Teilbereichen angepasst worden:

- *Höhere Freibeträge beim anrechenbaren Vermögen (Art. 11 Abs. 1 Bst. c und Abs. 1^{bis} ELG)*

Die Freibeträge werden durch das Bundesrecht wie folgt erhöht:

| Personenstand | alt | neu |
|---------------------------------|---------------|---------------|
| Alleinstehende Person | Fr. 25 000.-- | Fr. 37 500.-- |
| Ehepaar | Fr. 40 000.-- | Fr. 60 000.-- |
| Waise oder Kind mit Zusatzrente | Fr. 15 000.-- | Fr. 15 000.-- |

Der Freibetrag bei selbstbewohntem Wohneigentum wird bei pflegebedürftigen Personen neu auf Fr. 300 000.-- erhöht (Art. 11 Abs. 1^{bis} ELG).

Diese bundesrechtlichen Bestimmungen sind direkt anwendbar und bedürfen keines kantonalen Ausführungsrechts. Die Anpassung der laufenden Ergänzungsleistungen erfolgt durch die Ausgleichskasse Schwyz von Amtes wegen per 1. Januar 2011.

- *Vermeidung einer Sozialhilfe-Abhängigkeit bei Heimaufenthalt (Art. 10 Abs. 2 Bst. a ELG)*

Bei einem Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim werden für die Berechnung der Ergänzungsleistungen die Tagestaxen als Ausgaben anerkannt, wobei deren Höhe durch die Kantone begrenzt werden kann. Diese Begrenzung kann dazu führen, dass die Kosten bei einem Heimaufenthalt nicht mehr vollständig gedeckt werden können und die Inanspruchnahme von Sozialhilfe erforderlich wird. Die Kantone haben neu dafür zu sorgen, dass durch einen Heimaufenthalt in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit begründet wird.

Gemäss § 5 Abs. 1 kELG werden bei pflegebedürftigen Personen höchstens 600 Prozent des auf den Tag umgerechneten Betrages für den allgemeinen Lebensbedarf für Alleinstehende (Fr. 18 720.--) berücksichtigt. Dies ist pro Tag Fr. 308.-- (Stand 2010). Per 30. Juni 2009 bezogen 750 pflegebedürftige Personen Ergänzungsleistungen. Bei lediglich 25 Personen (3.33 Prozent) konnte nicht die volle Heimtaxe (= Heimtaxe höher als Fr. 308.--) berücksichtigt werden. Bei rund der Hälfte dieser Personen beträgt die Kürzungsdifferenz weniger als Fr. 5.-- pro Tag. In diesen Fällen kann der Fehlbetrag in der Regel durch das eigene Vermögen gedeckt werden. Wie viele der übrigen Personen trotz des Bezugs von Ergänzungsleistungen auf die Sozialhilfe angewiesen sind, ist nicht bekannt.

Die Kosten eines Pflegeheimaufenthaltes setzen sich zusammen aus den Aufwendungen für die Grundleistungen (Kost, Logis und Betreuung) sowie den Pflegeaufwendungen (Pflegeleistungen). Um die Transparenz bei der EL-Berechnung in Bezug auf die Heimtaxen zu erhöhen, soll der Regierungsrat die Möglichkeit haben, die anrechenbaren Heimtaxen nach Grundleistungen (Hotellerie) sowie Pflegeaufwendungen unterschiedlich zu begrenzen (§ 5 Abs. 2 kELG).

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung ist eine reine Finanzvorlage. Allein deshalb ist nicht mit einer Kostensteigerung für Pflegeleistungen zu rechnen. Aufgrund der Entwicklung der Gesundheitskosten ist es bereits jetzt absehbar, dass die heutige Taxbegrenzung bei der EL in Zukunft nicht mehr garantiert, dass die vollen Kosten bei einem Pflegeheimaufenthalt gedeckt sind bzw. bei der EL-Berechnung berücksichtigt werden können. Zudem besteht in Zukunft ein

vermehrtes Bedürfnis nach speziellen Pflegedienstleistungen für Personen mit hohem Pflegeaufwand (z.B. Demenzkranke). Diese Pflegemassnahmen sind kostenintensiv. Der Regierungsrat soll deshalb die Kompetenz erhalten, die EL-Taxbegrenzung bei pflegebedürftigen Personen gemäss § 5 Abs. 1 kELG generell oder für bestimmte Pflegeangebote zu erhöhen.

In den Vernehmlassungen wird kontrovers der Verzicht auf eine „kann-Bestimmung“ im neuen § 5 Abs. 3 kELG verlangt, gleichzeitig aber eine Taxbegrenzung befürwortet. Diesem Anliegen wird Rechnung getragen, indem an der „kann-Bestimmung“ festgehalten wird, jedoch im § 19a Abs. 3 Bst. a SEG der Regierungsrat ermächtigt wird, Bestimmungen über die Berechnung und Festlegung der Höchsttaxen in den Alters- und Pflegeheimen zu erlassen.

5.1.2 Finanzielle und personelle Auswirkungen

Die finanziellen Auswirkungen können nur ansatzweise und aufgrund von Schätzungen des Bundesrates in seiner Botschaft aufgezeigt werden. Die generelle Erhöhung der Vermögensfreibeträge und die spezielle Erhöhung des Vermögensfreibetrages im Pflegefall mit Wohneigentum führen einerseits zu höheren Ergänzungsleistungen bei den 3 300 laufenden Fällen und andererseits zu neuen EL-Fällen. Die Kostenschätzungen variieren und dürften bei rund 2.0 bis 2.5 Mio. Franken liegen. Soweit nicht der Bund im Rahmen der gesetzlichen Regelung die EL mitfinanziert, teilen sich der Kanton und die Gemeinden die Kosten je zur Hälfte (§ 10 kELG). Durch die Zunahme der Fälle ist mit entsprechend höheren Durchführungskosten zu rechnen.

| Gesetz | Finanzierungsgrundlage | Anteil Kanton/Jahr | Anteil Gemeinden/Jahr |
|--|-------------------------------|--|------------------------------|
| ELG: Erhöhung Vermögensfreibetrag und höhere Taxbegrenzungen bei speziellen Pflegeangeboten | Art. 13 ELG § 10 kELG | 1.0 – 1.25 Mio. Franken | 1.0 – 1.25 Mio. Franken |
| ELG: Durchführungskosten | § 11 kELG | circa Fr. 50 000.-- (plus einmalige Kosten für das Einführungsjahr von circa Fr. 25 000.--) | kein Anteil |

5.2 Stationäre Pflegeleistungen gemäss KVG

5.2.1 Neuregelung der Kostentragung gemäss Bund

An die stationär erbrachten Pflegeleistungen leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag. Dieser variiert je nach Pflegebedarf und wird vom Bundesrat für die ganze Schweiz neu einheitlich in Franken pro Pflegebedarfsstufe (insgesamt gibt es neu 12 Stufen) festgelegt. Tarifverträge zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern (santésuisse) werden hinfällig. Die ungedeckten Pflegekosten mussten bisher vollständig von der versicherten Person selbst oder Dritten (Zusatzversicherung usw.) übernommen werden.

Neu dürfen der versicherten Personen von den nicht von den Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages belastet werden (Art. 25a Abs. 5 KVG). Die versicherte Person muss sich also weiterhin an den Pflegekosten beteiligen. Diese Kostenbeteiligung ist aber nach oben strikt begrenzt. Der höchste

vom Bundesrat festgelegte Pflegebeitrag beträgt aktuell Fr. 108.--, so dass einer versicherten Person maximal Fr. 21.60 (20 Prozent von Fr. 108.--) pro Tag in Rechnung gestellt werden dürfen. Die Restfinanzierung haben gemäss Art. 25a Abs. 5 Satz 2 KVG die Kantone zu regeln.

Beispiel:

| | | |
|---|-----|---------------|
| Pflege­taxe des Heimes (Annahme)* | Fr. | 200.00 |
| Beitrag der Krankenkasse/OKP (Art. 25a KVG) | Fr. | <u>108.00</u> |
| Restbetrag (nicht durch Krankenkasse/OKP gedeckt) | Fr. | 92.00 |
| Anteil pflegebedürftige Person* (maximal 20 Prozent von Fr. 108.--) | Fr. | <u>21.60</u> |
| Restfinanzierung durch öffentliche Hand | Fr. | <u>70.40</u> |

Zahlenquelle: BAG, 10. Juni 2009

*Nicht berücksichtigt sind die Kosten für Kost, Logis und Betreuung, die im Grundsatz zu Lasten der Bewohner gehen.

Der kantonale Gesetzgeber hat deshalb zu entscheiden, welches Gemeinwesen (Kanton oder Gemeinden) die Finanzierung der Restkosten bei der stationären Langzeitpflege zu tragen hat, wie die verschiedenen Leistungen koordiniert werden und wie das Verfahren abläuft.

5.2.2 Kostenbeteiligung der pflegebedürftigen Person (§ 19a Abs. 2 SEG)

Der Regierungsrat legt im Rahmen des Bundesrechts die Kostenbeteiligung der versicherten Personen fest. Diese darf höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages betragen (20 Prozent von Fr. 108.-- = Fr. 21.60 pro Tag). Der Regierungsrat beabsichtigt, den Spielraum voll auszuschöpfen und die Kostenbeteiligung der pflegebedürftigen Person auf 20 Prozent festzusetzen. Dies ist angesichts der Tatsache gerechtfertigt, dass die Restfinanzierung durch die öffentliche Hand unbesehen von den finanziellen Möglichkeiten der pflegebedürftigen Person erfolgt. Bei Rentnerinnen und Rentnern, die in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen leben, erfolgt die Heimfinanzierung in der Regel durch die Ergänzungsleistungen.

5.2.3 Restfinanzierung durch die Gemeinden (§ 19a Abs. 1 SEG)

Die Gemeinden sind für die Planung, die Errichtung und den Betrieb von Einrichtungen für Betagte und Pflegebedürftige zuständig (§ 9 SEG). Sie haben für die Kosten aufzukommen, die nicht durch die in der Einrichtung lebende Person, die Versicherer oder Dritte gedeckt werden (§ 16 SEG). Entsprechend dieser gesetzlichen Aufgabenzuweisung haben die Gemeinden die ungedeckten Pflegekosten zu übernehmen. Rund die Hälfte der Personen im Pflegeheim beziehen Ergänzungsleistungen. Bereits hier beteiligen sich die Gemeinden an der Finanzierung, indem sie sich zusammen mit dem Kanton die Kosten teilen, soweit nicht der Bund diese trägt. Der Kostenteiler für die Gemeinden entspricht der Einwohnerzahl. Analog diesem Verteiler werden die Kosten der Gemeinden für die Pflegefinanzierung bei stationärem Aufenthalt ebenfalls anhand der Einwohnerzahl verteilt. Damit besteht eine einheitliche Bemessung der Gemeindeaufwendungen für die Pflegefinanzierung – dies unabhängig davon, ob die Gemeindeglieder im gemeindeeigenen Heim, in einem anderen Heim im Kanton oder ausserkantonale gepflegt werden. Die Aufwendungen der Gemeinden für die stationäre Langzeitpflege werden bei der Berechnung des Normaufwandes gemäss den §§ 14 ff. des Gesetzes über den Finanzausgleich (SRSZ 154.100) berücksichtigt.

5.2.4 Koordination und Verfahren (§ 19a Abs. 3 SEG)

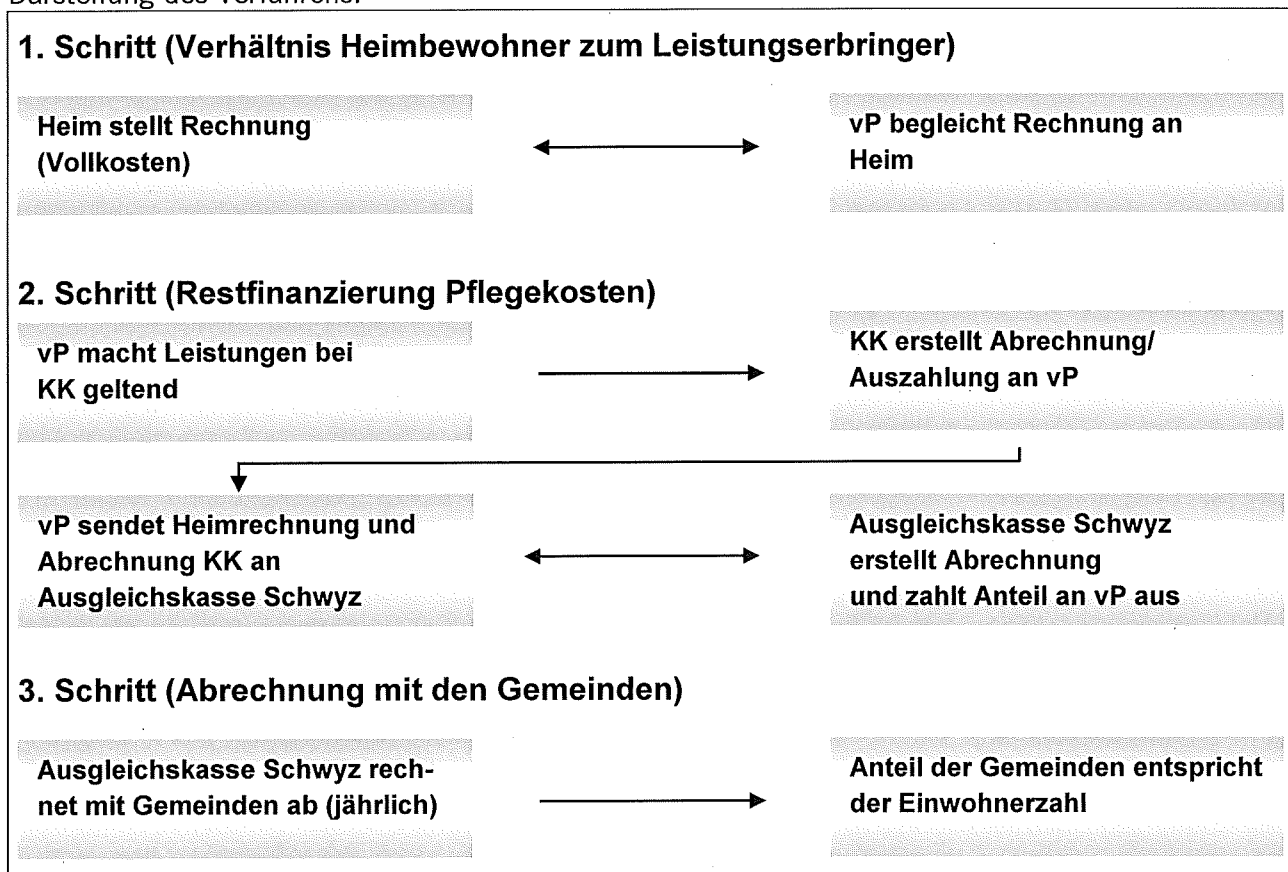
Künftig entfällt die Prüfung der Kostenrechnung (KORE) der Pflegeheime durch die Versicherer. Deshalb haben neu die Kantone die Tarife zu beurteilen und gegebenenfalls festzulegen. Damit soll eine ungerechtfertigte Kostenausweitung zu Lasten der öffentlichen Hand (Restfinanzierung)

verhindert werden. Wegen den unterschiedlichen Trägerschaften dieser Einrichtungen (Gemeinden, Stiftungen, Genossenschaften, Aktiengesellschaften) und der Vergleichbarkeit über die Gemeindegrenzen hinaus, macht es Sinn, diese Aufgabe einer zentralen Stelle zuzuordnen. Bereits in § 23 SEG ist vorgesehen, die Leistungs- und Kostenerfassung beim Kanton anzusiedeln, um Betriebsvergleiche zu ermöglichen. Deshalb ist es angezeigt, dass die Tarifgestaltung der Pflegeheime durch den Kanton geprüft wird. Für diese Aufgabe wird mit wiederkehrenden Kosten von rund Fr. 40 000.-- gerechnet

Um Doppelzahlungen zu vermeiden, erlässt der Regierungsrat Koordinationsbestimmungen. Es betrifft dies insbesondere die vorrangige Anrechnung von Leistungen aus dem Versicherungsvertragsgesetz (Privat- und Zusatzversicherungen der Krankenkassen). Zudem wird klar definiert, dass Leistungen gemäss dem Gesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV den neuen Beiträgen an die Pflegekosten vorgehen.

Der Regierungsrat beabsichtigt, die Ausgleichskasse Schwyz mit der Durchführung der Pflegefinanzierung im stationären Bereich zu beauftragen. Die Ausgleichskasse Schwyz verfügt über die notwendige Infrastruktur (EDV) und das Know-how (Personal). Zudem bietet die Ausgleichskasse Schwyz die Sicherheit, dass die Pflegebeiträge koordiniert mit anderen Sozialversicherungsleistungen wie den Ergänzungsleistungen und den Hilflosenentschädigungen ausgerichtet werden. Es ist damit auch Gewähr für eine einheitliche Rechtsanwendung geboten. Die Verhinderung von Doppelzahlungen sowie die effiziente Koordination mit den Krankenkassen und Heimen haben sich im EL-Bereich bewährt und sind auch im Bereich der Pflegefinanzierung ein wichtiges Ziel. Ebenfalls geregelt sind die geordnete Buchhaltung und Rechnungsstellung gegenüber den Gemeinden sowie die professionelle Geschäftsprüfung durch die gesetzliche Revisionsstelle. Die Durchführungskosten von circa drei Prozent des Gesamtaufwandes trägt – im Interesse eines harmonisierten, effizienten und steuerbaren Vollzuges – der Kanton. Der Regierungsrat erlässt zudem Bestimmungen über das Abrechnungsverfahren mit den Gemeinden.

Darstellung des Verfahrens:



vP = versicherte Person (Bewohner Pflegeheim)
 KK = Krankenkasse

Es ist vorgesehen, dass die versicherte Person die Rechnung des Heimes bezahlt und ihren Anspruch auf den Beitrag der Krankenkasse und die Restfinanzierung geltend macht. Den Anspruch auf die Restfinanzierung, für welche die Gemeinde zuständig ist, erhebt sie bei der Ausgleichskasse Schwyz. Diese hat den Anspruch der versicherten Person zu prüfen, die Auszahlung vorzunehmen und von den Gemeinden die Restfinanzierung (aufgrund deren Einwohnerzahl) zu vereinnahmen. Nebst den EL-Fällen wird mit einem Volumen von 8 000 – 10 000 Abrechnungen (circa 800 Heimbewohner ohne EL-Bezüger x 12 Monate) pro Jahr gerechnet.

5.2.5 Finanzielle und personelle Auswirkungen

Da das Bundesparlament die Restfinanzierung der Pflegekosten durch die öffentliche Hand ohne entsprechende Botschaft des Bundesrates verabschiedet hat, liegen keine Kostenschätzungen des Bundes vor. Eine Hochrechnung von santésuisse geht von gesamtschweizerischen Kosten von rund 350 Mio. Franken aus. Der Anteil des Kantons Schwyz daran beträgt, gestützt auf die Einwohnerzahl, rund 6.3 Mio. Franken. Die Durchführungskosten betragen circa drei Prozent des Gesamtaufwandes.

| Gesetz | Finanzierungsgrundlage | Anteil Kanton/Jahr | Anteil Gemeinden/Jahr |
|---|---|--|--|
| KVG: Pflegetransport Langzeitpflege stationär | Art. 25a Abs. 5 KVG § 16 SEG | kein Anteil (allenfalls indirekt aufgrund eines höheren kantonalen Anteils am Finanzausgleich) | circa 6.3 Mio. Franken* (Einsparungen bei der Sozialhilfe zurzeit nicht bezifferbar) |
| KVG: Prüfung KORE durch Kanton | Art. 49 Abs. 7 und 8 und Art. 50 KVG | circa Fr. 40 000.-- | kein Anteil |
| KVG: Durchführungskosten Pflegetransporte Heim- aufenthalt | RRB gestützt auf § 19a SEG | circa Fr. 200 000.-- | kein Anteil |

*Schätzung santésuisse

5.3 Ambulante Pflegeleistungen

5.3.1 Spitex als Leistungserbringer

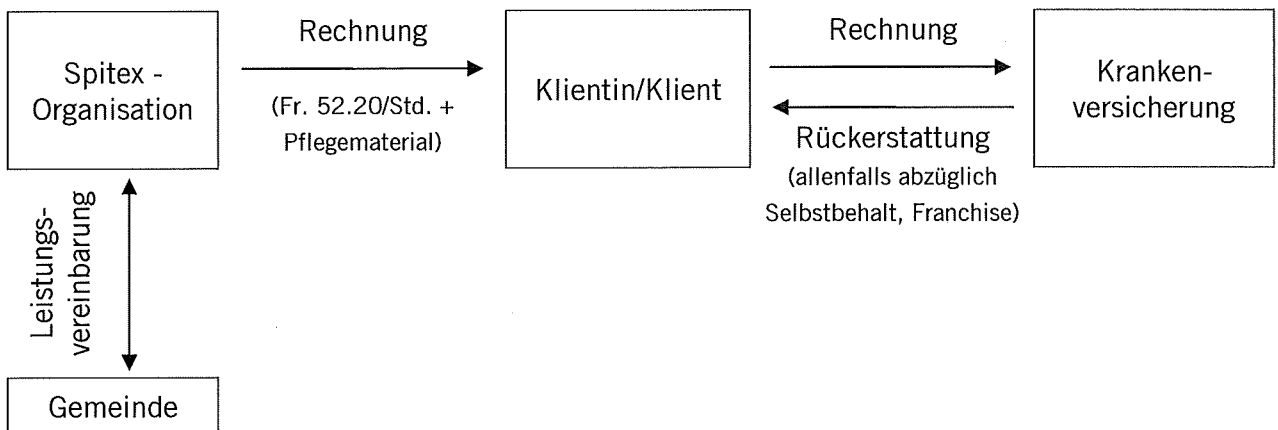
Pflegeleistungen können nicht nur stationär in einem Pflegeheim, sondern auch ambulant, in Tages- oder Nachtstrukturen, erbracht werden (Art. 25a Abs. 1 KVG). Diese Leistungen werden meist durch Spitex-Organisationen erbracht. Bundesrechtlich gelten für die ambulanten Pflegeleistungen die gleichen Finanzierungsbestimmungen wie für jene im Heim. Insbesondere hat auch hier der kantonale Gesetzgeber die Restfinanzierung zu regeln. Grundsätzlich kann deshalb auf die Darstellung der Finanzierung der stationären Pflegeleistungen, insbesondere die Kostenbeteiligung der versicherten Person, verwiesen werden.

Mit Inkrafttreten der Gesundheitsverordnung am 1. Januar 2004 sind die Gemeinden verpflichtet worden, ein Angebot für die Hauskrankenpflege und die hauswirtschaftlichen Dienste sicher zu stellen (§ 15 Abs. 1 GesV). Seit dem 1. Januar 2010 haben die Gemeinden auch für einen Ent-

lastungsdienst für pflegende und betreuende Angehörige zu sorgen (Änderung der GesV vom 18. November 2009). Soweit die Aufwendungen für diese Dienste nicht durch gesetzliche Verpflichtungen Dritter oder die Person, welche die Leistung beansprucht, gedeckt werden, sind sie heute durch die Gemeinden zu finanzieren (§ 15 Abs. 2 GesV). Momentan sind kantonsweit zehn Spitexorganisationen von den Gemeinden beauftragt, diese Dienste sicher zu stellen. Mit Ausnahme der Spitex Gersau, welche nur im Auftrag des Bezirkes Gersau tätig ist, erbringen die übrigen Organisationen ihre Dienste regional. Alle Organisationen bieten neben den Leistungen, welche zwingend angeboten werden müssen, weitere Dienste wie Mahlzeiten- oder Fahrdienste an. Ergänzend zu den durch die Gemeinden mitfinanzierten Spitexorganisationen sind fünf private Spitexorganisationen und zehn Pflegefachfrauen aufgrund kantonaler Bewilligungen berechtigt, Pflegeleistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringen.

5.3.2 Geltende Finanzierung der ambulanten Krankenpflege

Die von den Gemeinden beauftragten Spitexorganisationen sind im Spitex Kantonalverband Schwyz (SKSZ) zusammengeschlossen. Dieser vertritt die einzelnen Organisationen gegenüber den Krankenversicherern (santésuisse Zentralschweiz). Ein Tarifvertrag zwischen dem SKSZ und santésuisse legt fest, dass heute für Pflegemassnahmen, welche von den Spitexorganisationen im Kanton Schwyz erbracht werden, ein Tarif von Fr. 52.20 pro Stunde und die Kosten für das für die Pflege erforderliche Verbrauchsmaterial durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen werden. Die versicherte Person beteiligt sich an den Kosten für die ambulante Pflege durch die Übernahme des Selbstbehaltes und der jährlichen Franchise. Die nicht gedeckten Kosten der Spitexorganisation übernehmen die Gemeinden (§ 15 Abs. 2 GesV).



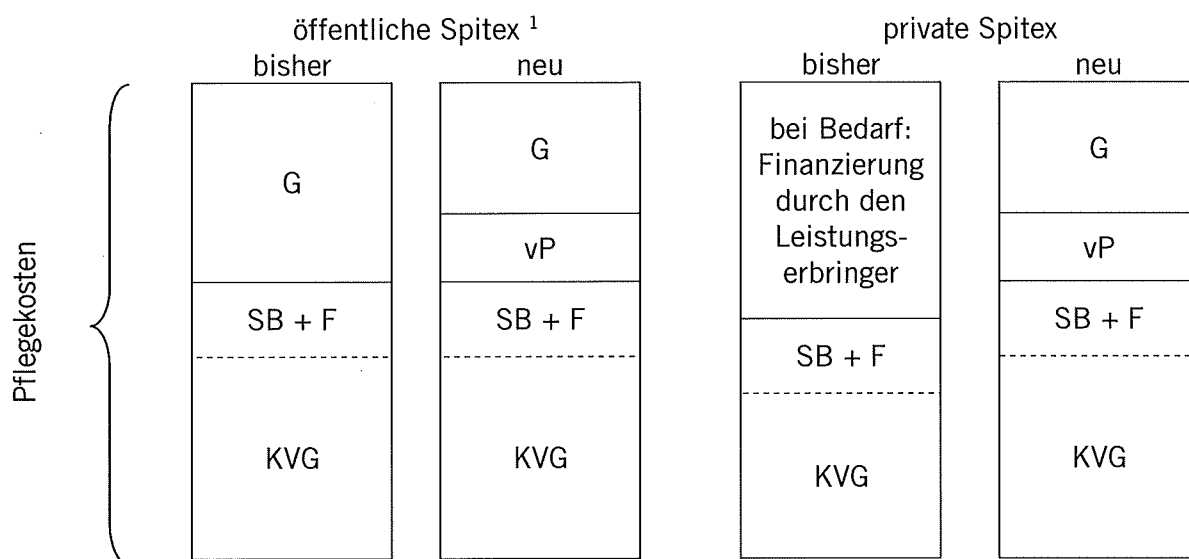
5.3.3 Änderungen bei der Finanzierung der ambulanten Krankenpflege

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung beinhaltet drei wesentliche Änderungen für die Finanzierung der ambulanten Krankenpflege:

- Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG dürfen der versicherten Person höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgelegten Pflegebeitrages überwältzt werden. Dieser beträgt Fr. 79.80 pro Stunde. Gemäss Beilage 1 zum Kommentar der Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102, KVV) vom 24. Juni 2009 darf die Kostenbeteiligung der versicherten Person auch bei einem intensiven Pflegeaufwand Fr. 15.95 pro Tag (20 Prozent von Fr. 79.80) nicht überschreiten. Wird von dieser Möglichkeit ganz oder teilweise Gebrauch gemacht, so haben Versicherte, welche Leistungen von einer von den Gemeinden beauftragten Spitexorganisation beziehen, künftig neben Selbstbehalt und Franchise auch einen Beitrag an die Pflegekosten zu bezahlen. Die bisherigen Beiträge der Gemeinden an die Spitexorganisationen würden sich entsprechend reduzieren.

- Versicherte, welche Leistungen von privaten Spitexorganisationen oder von selbstständig tätigen Pflegefachpersonen beziehen, dürfen künftig nur noch im Rahmen von Art. 25a Abs. 5 KVG belastet werden. Decken die Beiträge der Versicherung und der versicherten Person zusammen nicht mehr die anrechenbaren Vollkosten, muss der Kanton die Restfinanzierung regeln.
- In den Verträgen zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern (santésuisse) werden künftig nicht mehr die Beiträge der Versicherer für die Pflegeleistungen, sondern lediglich die Abgeltungen für Nebenkosten, Medikamente usw. sowie die Modalitäten der Zusammenarbeit zu vereinbaren sein. Die Beiträge der Versicherer werden neu durch den Bundesrat festgelegt (Art. 25a Abs. 4 KVG). Mit der Änderung von Art. 7a der Krankenpflege-Leistungsverordnung (SR 832.112.31, KLV) vom 24. Juni 2009 ist dies erstmals erfolgt.

Finanzierung der ambulanten Krankenpflege



- G: Beitrag der Gemeinde
- SB + F: Selbstbehalt und Franchise (Art. 64 KVG)
- vP: Beitrag der versicherten Person
- KVG: Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 25, 25a KVG)

¹Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag der Gemeinden

5.3.4 Änderung der Gesundheitsverordnung (§ 15 GesV)

Am Grundsatz, dass die Spitex Aufgabe der Gemeinden ist, wird festgehalten. Im neuen Abs. 3 wird dem Regierungsrat die Kompetenz erteilt, im Rahmen des Bundesrechts das Angebot und die Finanzierung der ambulanten Krankenpflege zu steuern. Dies ist insbesondere erforderlich, weil auch private Spitexorganisationen und selbstständig tätige Pflegefachpersonen im Kanton Schwyz zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind. Diese sind nicht im Auftrag der Gemeinden tätig. Für sie gilt jedoch auch, dass sie einerseits den Tarifschutz (Art. 44 KVG) zu beachten und somit der versicherten Person nur den vom Regierungsrat festgelegten Kostenanteil überwälzen dürfen. Andererseits haben auch die von ihnen gepflegten Personen Anspruch auf Restfinanzierung durch die öffentliche Hand.

5.3.5 Weitere Umsetzung

5.3.5.1 Aufgaben des Regierungsrates

- *Erlass von Bestimmungen über das Leistungsangebot (§ 15 Abs. 3 Bst. a GesV)*

Um allen Einwohnern des Kantons Schwyz ein Mindestangebot an ambulanter Krankenpflege zu garantieren, erlässt der Regierungsrat Bestimmungen über das Leistungsangebot. Dadurch soll vermieden werden, dass Personen stationäre Pflege beanspruchen müssen, weil das ambulante Angebot ungenügend ist. Der Anteil der ambulant erbrachten Pflegeleistungen im Kanton Schwyz liegt im interkantonalen Vergleich deutlich unter dem Durchschnitt. Durch eine Stärkung der ambulanten Krankenpflege, wo dies erforderlich ist, kann dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ in Zukunft noch vermehrt Nachachtung verschafft werden.

- *Berechnung und Festlegung der anrechenbaren Höchsttaxen (§ 15 Abs. 3 Bst. b GesV)*

Auf der Basis von Vollkostenrechnungen sollen anrechenbare Höchsttaxen festgelegt werden. Diese stellen die Beiträge dar, zu welchen bei wirtschaftlicher Leistungserbringung die Pflegeleistungen erbracht werden können. Bei der Berechnung der anrechenbaren Höchsttaxen ist der Aufwand für gemeinwirtschaftliche Leistungen (z.B. Bereitschaftsdienst, allgemeine Beratung) nicht zu berücksichtigen, da diese nur durch die Leistungserbringer, welche im Auftrag der Gemeinden tätig sind, zu erbringen sind und separat abgegolten werden (siehe Kapitel 5.3.5.2). Die anrechenbaren Höchsttaxen dienen einerseits den Gemeinden als Vergleichswerte und andererseits dazu, den Anspruch auf Restfinanzierung (Art. 25a Abs. 5 KVG) zu begrenzen.

- *Kostenbeteiligung der versicherten Person (§ 15 Abs. 3 Bst. c GesV)*

Die bundesrechtlichen Vorgaben zur Beschränkung der Kostenbeteiligung der versicherten Person (Art. 25a Abs. 5 KVG; Beilage 1 zum Kommentar der Änderungen der KVV vom 24. Juni 2009) legen lediglich die obere Grenze der Kostenbeteiligung fest. Wird dem Regierungsrat die Kompetenz erteilt, Bestimmungen über die Kostenbeteiligung zu erlassen, so hat er einerseits die Möglichkeit, auf Entwicklungen angemessen zu reagieren und andererseits kann er die Umsetzung flexibel gestalten. Beispielsweise kann die Kostenbeteiligung der versicherten Person auf einen festen Prozentsatz des Beitrages, den die Krankenversicherung an die Pflegekosten leistet, festgelegt werden. Um zusätzlich die Belastung einer Person zu begrenzen, welche einer aufwändigen Pflege bedarf, kann der Beitrag der versicherten Person zusätzlich auf einen Höchstbetrag pro Tag eingeschränkt werden. Zudem können bestimmte Personengruppen wie Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene, welche weder eine AHV- noch eine IV-Rente beziehen, und somit keinen Anspruch auf Ergänzungsleistungen geltend machen können, generell vom Beitrag an die Kosten der ambulanten Pflege befreit werden, wie das mehrfach in der Vernehmlassung gefordert wurde. Um den Zugang zum ambulanten Pflegeangebot nicht durch eine hohe Kostenbeteiligung der versicherten Person zu erschweren (Grundsatz „ambulant vor stationär“), beabsichtigt der Regierungsrat, die Kostenbeteiligung bis auf weiteres auf 10 Prozent zu begrenzen. Dies würde bedeuten, dass der versicherten Person eine Kostenbeteiligung von höchstens Fr. 8.-- pro Tag übertragen werden darf.

- *Durchführungs- und Abrechnungsverfahren*

Im Rahmen der Vorschriften zum Durchführungs- und Abrechnungsverfahren hat der Regierungsrat insbesondere sicher zu stellen, dass Bezüger, welche Leistungen von privaten Spitexorganisationen und selbstständig tätigen Pflegefachpersonen beziehen, rechtsgleich behandelt werden. Auf ein zentrales Abrechnungsverfahren durch die Ausgleichskasse, wie es bei der stationären Pflege vorgesehen ist, kann verzichtet werden. Die Leistungserbringer stellen wie bisher der versicherten Person Rechnung. Diese enthält den Beitrag der Krankenversicherung und neu zusätzlich die Kostenbeteiligung der versicherten Person. Somit wird das bisherige Verfah-

ren (siehe Kapitel 5.3.2), das sich bewährt hat, nur unwesentlich verändert und ein grundsätzlicher Systemwechsel ist nicht angezeigt.

5.3.5.2 Aufgabe der Gemeinden

Gegenüber den Spitexorganisationen, welche bereits bisher im Auftrag der Gemeinden tätig sind, wird sich die Aufgabe der Gemeinden nur insofern ändern, als ihr Anteil an der Mitfinanzierung aufgrund der neuen Kostenbeteiligung durch die Krankenversicherer und die Leistungsbezüger anzupassen ist. Die Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen wie Bereitschaftsdienst, allgemeine Beratungsleistungen, Organisation der Patientenübernahme nach einem Spitalaufenthalt und ergänzende Leistungen werden wie bisher im Rahmen des Leistungsauftrages geregelt.

Neu werden die Gemeinden jedoch nach Vorgaben des Regierungsrates die durch Versicherer und Leistungsbezüger nicht gedeckten Kosten der privaten Spitexorganisationen und selbstständig tätigen Pflegefachpersonen zu übernehmen haben, soweit diese in einer Kostenrechnung ausgewiesen sind und die vom Regierungsrat festgelegte Höchsttaxe nicht überschreiten.

5.3.5.3 Aufgabe der Leistungserbringer

Der geltende Tarifvertrag zwischen dem Spitex Kantonalverband und santésuisse sah für Leistungen der ambulanten Hauskrankenpflege einen Einheitstarif von Fr. 52.20 pro Einsatzstunde (zuzüglich Kosten für Pflegematerial) vor. Neu sind die Leistungen differenziert nach den Leistungsarten „Massnahmen der Abklärung und Beratung“, „Massnahmen der Untersuchung und Behandlung“ und „Massnahmen der Grundpflege“ in Rechnung zu stellen. Leistungserbringer, welche eine Restfinanzierung durch die Gemeinden geltend machen wollen, haben künftig nach Vorgaben des Regierungsrates Kostenrechnungen zu führen.

5.3.6 Finanzielle und personelle Auswirkungen

Die Neuerungen der Finanzierung im Bereich ambulante Pflege haben für den Kanton sowohl personelle als auch finanzielle Auswirkungen. Die Festlegung der anrechenbaren Höchsttaxen auf der Grundlage der Kostenrechnungen und die Bestimmung des Anspruches auf Restfinanzierung bedeuten einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand. Indirekt wird sich der Kanton finanziell an den Pflegekosten zu beteiligen haben, indem durch die Einführung einer Kostenbeteiligung der versicherten Personen sich ein neuer oder zusätzlicher Anspruch auf Ergänzungsleistungen (§ 14 Vollzugsverordnung zum kELG) ergeben kann.

Für die Gemeinden wirken sich die Änderungen sowohl personell als auch finanziell aus. Ein zusätzlicher Aufwand wird anfallen aufgrund der Durchführung des Verfahrens zur Mitfinanzierung der privaten Spitexorganisationen und der selbstständig tätigen Pflegefachpersonen. Da lediglich zehn selbstständig tätige Pflegefachpersonen und fünf private Spitexorganisationen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, wird sich der anfallende Administrativaufwand jedoch in Grenzen halten.

Legt der Regierungsrat die Kostenbeteiligung der versicherten Person auf 10 Prozent fest, so führt dies zu einer Entlastung der Gemeinden. Gemäss einer Schätzung, welche auf den Zahlen der Spitexstatistik für das Jahr 2007 beruht, könnten künftig die Gemeinden ihre Beiträge an die Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag um rund 0.65 Mio. Franken reduzieren. Diesen Einsparungen stehen Mehrbelastungen für die Mitfinanzierung der Leistungen der privaten Spitexorganisationen und der selbstständigen Pflegefachpersonen und höhere Gemeindebeiträge an die Ergänzungsleistungen gegenüber. Die Mehrbelastungen sind nicht bezifferbar, da bisher die Leistungen der nicht öffentlichen Spitex von der Spitexstatistik nicht erfasst wurden und nicht ab-

schätzbar ist, wie viele Personen aufgrund der Kostenbeteiligung einen neuen oder zusätzlichen Anspruch an Ergänzungsleistungen stellen werden.

| Gesetz | Finanzierungsgrundlage | Anteil Kanton/Jahr | Anteil Gemeinden/Jahr |
|--|----------------------------------|---------------------|--|
| KVG: Pflegefiananzierung Langzeitpflege ambulant | Art. 25a Abs. 5 KVG § 15 GesV | kein Anteil | Entlastung öffentliche Spitex: circa 0.65 Mio. Franken ¹ Belastung EL, private Spitexorganisationen und selbstständige Pflegefachpersonen: nicht bezifferbar |
| KVG: Durchführungskosten Pflegebeiträge Spitex | RRB gestützt auf § 15 GesV | circa Fr. 30 000.-- | kein zusätzlicher Personalbedarf |

¹bei einer Kostenbeteiligung der versicherten Person von 10 Prozent

5.4 Akut- und Übergangspflege

5.4.1 Bedeutung

Die gesamtschweizerische Einführung von leistungsorientierten Fallpauschalen (SwissDRG) ab Anfang 2012 (KVG-Revision vom 21. Dezember 2007) wird die Spitalaufenthaltsdauern verkürzen und teilweise eine frühere Entlassung von Patientinnen und Patienten bewirken. Es wird allgemein erwartet, dass in diesem neuen System gewisse Patientengruppen (insbesondere ältere sowie chronisch kranke Patientinnen und Patienten) zu einem Zeitpunkt entlassen werden, wo sie noch nicht in der Lage sind, wieder ein selbstständiges Leben aufzunehmen, jedoch auch nicht mehr der intensiven Pflege und Therapie einer speziellen Rehabilitation bedürfen. Für diese Nachbehandlungen soll keine Finanzierungslücke entstehen. Deshalb sieht Art. 25 Abs. 2 KVG vor, dass Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich nach genau vorgegebenen Kriterien angeordnet werden, von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung gemäss Art. 49a KVG (Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet werden.

5.4.2 Finanzierung

Die Kosten dieser Akut- und Übergangspflege werden analog zu den gesetzlichen Bestimmungen der Spitalfinanzierung anteilmässig durch die Versicherer und die Kantone übernommen. Der kantonale Anteil der Kosten beträgt mindestens 55 Prozent (Art. 7b Abs. 1 KLV). Bei der Kostenübernahme handelt es sich jedoch einzig um die Vergütung der Pflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV. Die versicherte Person erbringt mit der Kostenbeteiligung gemäss Art. 64 KVG (Selbstbehalt und Franchise) für die Pflegeleistungen und den gesamten Hotelleriekosten somit auch beträchtliche Eigenleistungen (analog der stationären Langzeitpflege).

Gestützt auf Art. 25a Abs. 2 in Verbindung mit Art. 49a KVG hat der Kanton die Kosten zu tragen, welche durch die ambulante oder stationäre Akut- und Übergangspflege entstehen und nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt sind. Das Bundesrecht definiert den minimalen Finanzierungsanteil, welcher der Kanton gemäss den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a KVG; Art. 7b KLV) bei der Akut- und Übergangspflege zu übernehmen hat. Die Finan-

zierung der Leistungen erfolgt aufgrund von Pauschalen, welche zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern zu vereinbaren sind.

5.4.3 Ergänzung der Spitalverordnung

Für die Akut- und Übergangspflege sind weder neue Leistungen noch neue Leistungserbringer vorgesehen. Die Leistungen gemäss Art. 7 KLV, welche in der ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim erbracht werden, sind auch die Leistungen der Akut- und Übergangspflege. Neu ist nur, dass diese Leistungen den Versicherern und der öffentlichen Hand unter dem Titel „Akut- und Übergangspflege“ in Rechnung gestellt werden können. Grundsätzlich sind Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und Pflegeheime berechtigt, die Leistungen der Akut- und Übergangspflege zu erbringen. Spitäler sind für die Akut- und Übergangspflege ausdrücklich nicht vorgesehen. Verfügen Spitäler aber zusätzlich über eine Pflegeheimbewilligung, sind sie für die Leistungserbringung ebenfalls zugelassen.

In der Mehrzahl der Fälle werden Patientinnen und Patienten mit einem vom Spitalarzt verschriebenen Bedarf an Akut- und Übergangspflege die erforderliche Behandlung durch die örtliche Spitex oder das Pflegeheim, in welchem sie sich vor dem Spitalaufenthalt aufhielten, erhalten. Für Patientinnen und Patienten mit ordentlichem Aufenthalt zu Hause, denen nach dem Spitalaustritt eine stationäre Akut- und Übergangspflege verschrieben wird, muss die erforderliche Anzahl Plätze bereit gestellt werden.

Mittels einer Ergänzung der Spitalverordnung um einen neuen Abschnitt VI (Akut- und Übergangspflege) und dem § 29 (Leistungserbringer und Finanzierung) sollen Versorgung und Zuständigkeit kantonale geregelt werden. Da für diese Leistungen voraussichtlich in einem gewissen Umfang neue Strukturen geschaffen werden müssen, soll der Regierungsrat in § 29 Abs. 1 die Kompetenz erhalten, mit einzelnen, ausgewählten Leistungserbringern entsprechende Leistungsvereinbarungen abzuschliessen. Dies ist insofern sinnvoll, als damit Investitionsbeiträge und Deckungsbeiträge für Vorhalteleistungen gezielt und möglichst wirtschaftlich ausgerichtet werden können.

5.4.4 Finanzielle und personelle Auswirkungen

Die Neuerungen der Finanzierung der Akut- und bergangspflegeleistungen haben für den Kanton sowohl personelle als auch finanzielle Auswirkungen.

Die Kosten für die Leistungen, Investitionen und Vorhalteleistungen für den Kanton lassen sich schwer beziffern. Bei den nachfolgenden Ausführungen handelt es sich lediglich um Grobschatzungen. Die Leistungspauschalen sind noch nicht verhandelt, ebenso wenig sind die Patientenvolumina für die ambulanten und stationären Leistungen berechenbar.

- *Pflegeleistungen*

Unter der Annahme, dass das Bedarfsvolumen wie oben dargelegt rund 500 Patientinnen und Patienten pro Jahr ausmacht und alle eine stationäre Akut- und Übergangspflege in Anspruch nehmen würden, ergibt sich unter Anwendung weiterer Annahmen folgende geschätzte maximale Kostenfolge in Bezug auf Pflegeleistungen für den Kanton:

| | |
|---------------------------|---------|
| Anzahl Fälle pro Jahr | 500 |
| Maximale Aufenthaltsdauer | 14 Tage |

| | |
|--|-----------------------|
| Pflegetage (Fälle x Aufenthaltsdauer) | 7 000 Tage |
| Tagestarif (Schätzung) | Fr. 200.-- |
| Total Kosten | Fr. 1 400 000.-- |
| Anteil Kanton (bei 55 Prozent kantonalem Anteil) | <u>Fr. 770 000.--</u> |

Die zusätzliche Belastung des Kantons dürfte tiefer zu liegen kommen. Einerseits ist davon auszugehen, dass ein beträchtlicher Teil der Patientinnen und Patienten eher die kostengünstigere ambulante Akut- und Übergangspflege in Anspruch nehmen wird, und andererseits ist zu erwarten, dass durch die Anordnung von Leistungen der Akut- und Übergangspflege teilweise Rehabilitationsmassnahmen kompensiert werden.

- *Investitionsbedarf und Vorhalteleistungen*

Der Investitionsbedarf pro neu gebautem Bett beträgt zwischen Fr. 280 000.-- und Fr. 350 000.--. Der finanzielle Aufwand für das Bereitstellen von Betten (Vorhalteleistung), ist ebenfalls schwer abschätzbar, allerdings ein sehr ernst zu nehmender Kostenfaktor. Bei den heutigen Versorgungsstrukturen im stationären Langzeitpflegebereich gibt es aus Kostengründen praktisch keine freien Betten, weil das Freihalten die Institutionen sehr teuer zu stehen kommt. Dadurch kommt es in allen Regionen des Kantons immer wieder zu wahrnehmbaren Engpässen bei dringenden Eintritten ins Pflegeheim. Die Versorgungssituation bedarf auf jeden Fall noch einer eingehenden Analyse durch das zuständige Amt. Es ist damit zu rechnen, dass erste Erfahrungen im Sinne von Übergangslösungen gesammelt werden müssen, bevor der effektive Bedarf und Finanzaufwand genauer beziffert werden kann.

- *Personelle Auswirkungen*

Die personellen Auswirkungen ergeben sich aus der Abwicklung bzw. der Entrichtung des kantonalen Anteils an die Leistungserbringer. Eine vorsichtige Bedarfsschätzung mit Daten aus Kantonen, welche bereits heute Akut- und Übergangspflege anbieten, ergibt ein mögliches Patientenvolumen von rund 500 Patientinnen und Patienten pro Kalenderjahr. Rechnet man mit einem ähnlichen Aufwand für die Bearbeitung der Gesuche um Finanzierung wie bei der ausserkantonalen Spitalversorgung (Kostengutsprachen), würde dies einem zusätzlichen Stellenbedarf von rund 15 Prozent eines Vollpensums entsprechen (entspricht circa Fr. 15 000.-- pro Jahr).

Für die Gemeinden ergeben sich im Bereich Akut- und Übergangspflege weder personelle noch finanzielle Auswirkungen, da diese Leistungen vollumfänglich von den Versicherern und dem Kanton getragen werden.

| Gesetz | Finanzierungsgrundlage | Anteil Kanton/Jahr | Anteil Gemeinden/Jahr |
|--|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| KVG: Pflegefinanzierung Akut- und Übergangspflege | Art. 25a Abs. 2 KVG Art. 7b KLV | circa Fr. 770 000.-- ¹ | kein Anteil |
| KVG: Durchführungskosten Pflegebeiträge Akut- und Übergangspflege | RRB gestützt auf § 29 Abs 3 SpitV | circa Fr. 15 000.-- | kein Anteil |

¹ohne Investitionen und Vorhalteleistungen

6. Finanzielle/personelle Auswirkungen (Bilanz)

Die finanziellen Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung können zurzeit wie folgt grob abgeschätzt werden:

| Leistung | Finanzierungsgrundlage | Anteil Kanton/Jahr | Anteil Gemeinden/Jahr |
|--|--------------------------------------|--|--|
| ELG: Erhöhung Vermögensfreibetrag und höhere Taxbegrenzungen bei speziellen Pflegeangeboten | Art. 13 ELG § 10 KELG | 1.0 – 1.25 Mio. Franken | 1.0 – 1.25 Mio. Franken |
| ELG: Durchführungskosten | § 11 KELG | circa Fr. 50 000.-- (plus einmalige Kosten für das Einführungsjahr von circa Fr. 25 000.--) | kein Anteil |
| HE-AHVG: Durchführungskosten | Art. 67 IVG | kein Anteil | kein Anteil |
| KVG: Pflegefinanzierung Langzeitpflege stationär | Art. 25a Abs. 5 KVG § 16 SEG | kein Anteil (allenfalls indirekt aufgrund eines höheren kantonalen Anteils am Finanzausgleich) | circa 6.3 Mio. Franken (Einsparungen bei der Sozialhilfe zurzeit nicht bezifferbar) |
| KVG: Prüfung KORE durch Kanton | Art. 49 Abs. 7 und 8 und Art. 50 KVG | circa Fr. 40 000.-- | kein Anteil |
| KVG: Durchführungskosten Pflegebeiträge Heimaufenthalt | RRB gestützt auf § 19a SEG | circa Fr. 200 000.-- | kein Anteil |
| KVG: Pflegefinanzierung Langzeitpflege ambulant | Art. 25a Abs. 5 KVG § 15 GesV | kein Anteil | Entlastung circa 0.65 Mio. Franken ¹ |
| KVG: Durchführungskosten Pflegebeiträge Spitex | RRB gestützt auf § 15 GesV | circa Fr. 30 000.-- | nicht bezifferbar |
| KVG: Pflegefinanzierung Akut- und Übergangspflege | Art. 25a Abs. 2 KVG Art. 7b KLV | circa Fr. 770 000.-- | kein Anteil |
| KVG: Durchführungskosten Pflegebeiträge Akut- und Übergangspflege | RRB gestützt auf § 29 Abs. 3 SpitV | circa Fr. 15 000.-- | kein Anteil |
| Total | | circa 2.4 Mio. Franken | circa 6.9 Mio. Franken |

Hinweis: Es handelt sich durchwegs um Schätzungen.

¹Bei einer Kostenbeteiligung der versicherten Person von 10 Prozent und unter Berücksichtigung der Mehrbelastung (siehe Kapitel 4.3.6).

Die Kostendämpfung auf Seiten der Krankenkassen führt aufgrund der neuen bundesgesetzlichen Normen unweigerlich zu höheren Kosten in den Kantonen. Ebenfalls ist davon auszugehen, dass ein grosser Teil der Kostendynamik (mehr betagte und hochbetagte Personen und teurere Pflege) bei diesem neuen System von der öffentlichen Hand durch Steuermittel aufgefangen werden muss.

Beschluss des Regierungsrates

1. Dem Kantonsrat wird beantragt, die beiliegende Vorlage anzunehmen.

2. Zustellung: Mitglieder des Kantons- und Regierungsrates; Finanzdepartement; Departement des Innern (6); Kantonsarzt; Ausgleichskasse Schwyz (2).

Im Namen des Regierungsrates:

Dr. Georg Hess, Landammann

Peter Gander, Staatsschreiber