



Beschluss Nr. 1116/2010

Schwyz, 3. November 2010 / bz

Pflegefinanzierungsverordnung
Erläuterungsbericht

1. Übersicht

Mit der gesamtschweizerischen Neuordnung der Pflegefinanzierung soll einerseits die sozialpolitisch und finanziell schwierige Situation bestimmter Gruppen von pflegebedürftigen Personen entschärft werden. Die Krankenversicherer andererseits sollen durch die zunehmend altersbedingten Pflegeleistungen finanziell nicht zusätzlich belastet werden. Letzteres hätte einen weiteren zusätzlichen Prämien Schub zur Folge. Mit dem Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 wurde diese Neuregelung durch die Bundesversammlung beschlossen. Die kantonale Anschlussgesetzgebung erfolgte mit dem Kantonsratsbeschluss betreffend die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 20. Mai 2010. Mit diesem Beschluss wird die innerkantonale Restfinanzierung bei stationärer und ambulanter Pflege sowie bei der Akut- und Übergangspflege geregelt. Die stationären und ambulanten Pflegerestkosten gehen – abgesehen von einer Kostenbeteiligung der versicherten Person – grundsätzlich zulasten der Gemeinden, bei der Akut- und Übergangspflege vollständig zulasten des Kantons. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung tritt auf den 1. Januar 2011 in Kraft.

Während auf Gesetzesstufe die notwendigen Bestimmungen in den jeweiligen Sachgesetzen vorgenommen wurden, werden die für die Durchführung erforderlichen Vorschriften in einem einzigen Erlass zusammengefasst. Diese Pflegefinanzierungsverordnung regelt das Durchführungs- und Abrechnungsverfahren bei der stationären Pflege in Alters- und Pflegeheimen, bei der ambulanten Pflege durch Spitexorganisationen und Pflegefachpersonen sowie die Akut- und Übergangspflege. Als (zunehmendes) Massengeschäft werden die Durchführung und Abrechnung der Pflegefinanzierung bei der stationären Pflege der Ausgleichskasse Schwyz übertragen, da dort gleichzeitig Synergien mit den Ergänzungsleistungen genutzt werden können. Die Prüfung der Gesuche, die Auszahlungen an die Berechtigten und die Abrechnung mit den Gemeinden erfolgen über die Ausgleichskasse. Die Durchführungskosten trägt der Kanton.

Die Akut- und Übergangspflege wird als Teil der Spit-in betrachtet, weshalb die Abrechnung ebenfalls über den Kanton – ähnlich wie die Spitalleistungen – erfolgt.

Da die ambulante Pflege (Spit-ex) nach der kantonalen Gesetzgebung Sache der Gemeinden ist, erfolgt die Abrechnung über die Restfinanzierung von Spitex-Leistungen durch die Gemeinden. Diese haben, zusammen mit den von ihnen anerkannten Spitex-Organisationen, das Abrech-

nungsverfahren im Leistungsvertrag zu regeln. Ergänzt wird die Verordnung mit allgemeinen Bestimmungen über die Information und Datenerhebung sowie kleineren Anpassungen in der Vollzugsverordnung zum kantonalen Gesetz über Ergänzungsleistungen und der Vollzugsverordnung zur Gesundheitsverordnung.

2. Bundes- und kantonalrechtliche Grundlagen

2.1 Bundesrecht

Die Bundesversammlung hat am 13. Juni 2008 das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (BBI 2008 5247) verabschiedet. Es regelt einerseits die Aufteilung der stationär oder ambulant erbrachten Pflegekosten 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.

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).

Angepasst wurde auch das Verordnungsrecht, insbesondere die Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern, über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, SR 832.112.31, KLV). Die Neuordnung der Pflegefinanzierung tritt auf den 1. Januar 2011 in Kraft.

2.2 Kantonales Recht

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung überträgt den Kantonen im Wesentlichen drei Aufgaben:

- Die Kantone 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% des höchsten vom Bundesrat festgelegten Beitrages, den die Versicherer zu leisten haben, überwältzt werden dürfen (Art. 25a Abs. 5 KVG).
- Sie haben sich zu mindestens 55% 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).

Analog dem Bundesgesetz über die Pflegefinanzierung sind die Anpassungen der nachfolgenden kantonalen Erlasse in einem Mantelerlass zusammengefasst worden:

- 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).

An seiner Sitzung vom 20. Mai 2010 hat der Kantonsrat des Kantons Schwyz den Beschluss betreffend die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung mit 90 zu 4 Stimmen verabschiedet (Abl 2010 S. 1171). Das Referendum wurde nicht ergriffen. Die Inkraftsetzung des kantonalen Erlasses erfolgt zusammen mit dem Bundesrecht auf den 1. Januar 2011.

3. Regelungsbedarf und Grundzüge der Verordnung

3.1 Allgemeines

Die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung ist komplex. Auf Bundesebene sind drei Sozialversicherungsgesetze angepasst worden. Zur Umsetzung auf Stufe Kanton mussten vier Erlasse angepasst werden. Um die Zusammenhänge besser darzustellen, wird anstelle der Änderung von verschiedenen Vollzugsverordnungen die Detailumsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung in einer eigenen kantonalen Pflegefinanzierungsverordnung zusammengefasst. Dies hat den Vorteil, dass sowohl die versicherten Personen wie auch die Leistungserbringer und die (Rest-)Finanzierer die massgeblichen Bestimmungen in einem Erlass finden. Gewisse weitere Anpassungen erfolgen jedoch in den einzelnen Vollzugsverordnungen zur Gesundheitsverordnung und zum kantonalen Ergänzungsleistungsgesetz.

3.2 Stationäre Pflege

Der stationäre Aufenthalt in einem Pflegeheim basiert auf einem privatrechtlichen Vertragsverhältnis zwischen der pflegebedürftigen Person und der Trägerschaft der Einrichtung. Deshalb stellt die Einrichtung der pflegebedürftigen Person die Kosten für die erbrachte Pflege in Rechnung. Diese ist zahlungspflichtige Schuldnerin gegenüber der Einrichtung und hat die Rechnung vorerst zu begleichen. Im Rahmen der Pflegefinanzierung erhält die pflegebedürftige (versicherte) Person nun von verschiedenen zuständigen Akteuren den Teil der Pflegekosten zurückerstattet, welchen sie gemäss Art. 25 Abs. 5 KVG nicht selber tragen muss.

In der Verordnung sind im Anschluss an den Kantonsratsbeschluss betreffend die Umsetzung der Pflegefinanzierung insbesondere zu regeln:

- Bestimmungen zur Berechnung und Festlegung der Höchsttaxen in den Alters- und Pflegeheimen (Einrichtungen),
- die Höhe der maximalen Eigenbeteiligung der pflegebedürftigen Person,
- die Koordination zwischen den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV und den Leistungen der Pflegefinanzierung,
- die Anrechnung von Leistungen aus Zusatzversicherungen,
- das Verfahren der Geltendmachung des Anspruchs und das Abrechnungsverfahren mit den Gemeinden.

Die Gelegenheit wird zudem genutzt, um die gemäss Anhang zur Vollzugsverordnung zum Gesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV aufgeführten Hilfsmittel zu aktualisieren und die Ansprüche gemäss dem Gesetz über die Invalidenversicherung anzugleichen.

3.3 Ambulante Pflege

Die ambulante Pflege kann durch Pflegefachpersonen (Art. 49 KVV) oder Organisationen der spitalexternen Pflege (Art. 51 KVV) erbracht werden (Art. 7 Abs. 1 Bst. a und b KLV). Gemäss § 15 Abs. 3 GesV hat der Regierungsrat in der Pflegefinanzierungsverordnung insbesondere zu regeln:

- das Leistungsangebot der Spitexorganisationen,
- die Berechnung und Festlegung der anrechenbaren Höchsttaxen,
- die Kostenbeteiligung der versicherten Person, wobei diese von Gesetzes wegen auf maximal 10% des höchsten Pflegebeitrages beschränkt ist,
- das Durchführungs- und Abrechnungsverfahren.

3.4 Akut- und Übergangspflege

Für die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege sind zu regeln:

- die Voraussetzungen für die Anordnung einer Akut- und Übergangspflege,
- die zugelassenen Leistungserbringer,
- der Kostenteiler zwischen Kanton und Krankenversicherern,
- das Abrechnungsverfahren mit dem Leistungserbringer.

4. Erläuterungen zu einzelnen Bestimmungen

Der Entwurf der Verordnung ist den kantonalen Departementen, den politischen Parteien, dem Verband der schwyzerischen Gemeinden und Bezirke (vszgb) und den wichtigen Branchenorganisationen, die Pflegeleistungen erbringen, zur Stellungnahme unterbreitet worden. Generell hat die Verordnung Zustimmung gefunden. Zu verschiedenen Bestimmungen sind zahlreiche Bemerkungen und Vorschläge eingegangen, die teilweise berücksichtigt werden konnten.

Titel und Ingress

In der Pflegefinanzierungsverordnung werden alle Vollzugsvorschriften zusammengefasst, die für die Umsetzung des Kantonsratsbeschlusses vom 20. Mai 2010 erforderlich sind. Die Vorschriften beziehen sich auf die Finanzierung der stationären und ambulanten Pflegeleistungen sowie die Akut- und Übergangspflege.

1. Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Geltungsbereich

Die Verordnung regelt zur Umsetzung des Kantonsratsbeschlusses vom 20. Mai 2010 die Finanzierung der drei Bereiche:

- stationäre Pflege in Alters- und Pflegeheimen (Einrichtungen),
- ambulante Pflege durch Spitex-Organisationen oder Pflegefachfrauen bzw. -männer,
- Akut- und Übergangspflege.

§ 2 Information

Die Durchführung der Pflegefinanzierung erfolgt durch verschiedene Stellen. Die Gemeinden sind für die Durchführung und Abrechnung der ambulanten Pflege (Spitex) zuständig. Die Ausgleichskasse Schwyz führt das ganze Abrechnungswesen bei der stationären Pflege – meist im Zusammenhang mit Ergänzungsleistungen – durch, und das Amt für Gesundheit und Soziales ist für die Abrechnung bei der Akut- und Übergangspflege zuständig.

Da sich die Aufgaben unterscheiden und auch verschiedene Akteure (Einrichtungen, pflegebedürftige Personen, Spitexorganisationen usw.) betroffen sind, sind die mit dem Vollzug betrauten Stellen verpflichtet, die möglichen Berechtigten und die Leistungserbringer regelmässig über die Voraussetzungen und das Verfahren zur Finanzierung der Pflegekosten zu informieren.

Diese Informationspflicht kann dadurch erfüllt werden, dass Informationsbroschüren, Merkblätter oder allgemein verständliche Wegleitungen abgegeben werden, wie dies im Sozialversicherungsrecht ohnehin üblich ist (vgl. Art. 27 Abs. 1 ASTG).

§ 3 Datenerhebung

Um die notwendigen Statistiken und ein Controlling durchführen zu können, sind die Leistungserbringer verpflichtet, den Vollzugsstellen die erforderlichen Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Bei der stationären Pflege handelt es sich insbesondere um Daten für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung sowie für die Überprüfung und allfällige Festlegung der Taxen gemäss § 7, insbesondere der Pflorgetaxen. Bei der ambulanten Pflege sind diese Daten zur Festlegung der anrechenbaren Höchstattaxen und des Anspruchs auf Restfinanzierung durch die öffentliche Hand (§ 18).

Um Transparenz zu schaffen, können die erhobenen Daten in geeigneter Form veröffentlicht werden. Insbesondere sollen sie aber auch den Gemeinden, die einen grossen Teil der Pflegefinanzierungskosten zu übernehmen haben, zur Verfügung gestellt werden, um Betriebsvergleiche anstellen zu können (Benchmarking).

§ 4 Sprachliche Gleichbehandlung

Standardformulierung.

II. Stationäre Pflege

§ 5 Leistungsangebot und Taxen

Die Einrichtungen, die auf der kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt sind und Pflegeleistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen können, erbringen Leistungen in den Bereichen Krankenpflege und Pension (Kost, Logis). Die Neuordnung der Pflegefinanzierung betrifft ausschliesslich die Mitfinanzierung von Pflegeleistungen gemäss der Krankenpflege-Leistungsverordnung des Bundes. Deshalb ist es zwingend, dass die stationären Leistungserbringer ihre Kosten und, gestützt darauf, ihre Taxen transparent nach diesen Bereichen getrennt berechnen. Dazu ist eine für alle Einrichtungen verbindliche Kostenrechnung erforderlich. Damit die versicherten Personen ihre Ansprüche geltend machen können, sind die Aufwendungen für Pflegeleistungen in den Rechnungen klar auszuweisen (§ 12 Abs. 1). In einer Übergangsbestimmung (§ 26) werden die Leistungserbringer verpflichtet, spätestens ab 1. Januar 2012 eine anerkannte Kostenrechnung zu führen. Nur so kann eine einheitliche Abrechnung und Vergleichbarkeit innerhalb des Kantons erreicht werden.

Im Kanton Schwyz werden von verschiedenen Ordensgemeinschaften interne Alters- und Pflegeheime geführt (Kloster Ingenbohl, Kloster Einsiedeln, Kapuzinerkloster Schwyz, Missionshaus Bethlehem). Diese sind nicht öffentlich und nehmen nur ausnahmsweise Nicht-Ordensangehörige auf. Es rechtfertigt sich, diesen Einrichtungen auf Antrag die Führung einer vereinfachten Kostenrechnung zu bewilligen.

§ 6 Taxordnung der Einrichtungen

Das Verhältnis zwischen Bewohnern und Einrichtung ist vertraglicher und privatrechtlicher Natur. Deshalb müssen allfällige Taxänderungen gemäss dem jeweiligen Vertrag oder den verbindlichen Reglementen der Einrichtung den Bewohnern frühzeitig – unter Einhaltung entsprechender Kündigungsfristen – mitgeteilt werden.

Die Einrichtungen haben das Amt für Gesundheit und Soziales drei Monate vor der Mitteilung an die Bewohner zu informieren und mit den entsprechenden Berechnungsgrundlagen zu beliefern. Das Amt für Gesundheit und Soziales ist berechtigt, im Einzelfall weitere Abklärungen zu treffen oder in Auftrag zu geben.

Mit dieser frühzeitigen Information ist es dem Amt für Gesundheit und Soziales möglich, die Taxordnung zu prüfen und allenfalls Beanstandungen anzubringen (vgl. nachfolgend § 7).

§ 7 *Höchsttaxen*

Der Kanton, d.h. das Amt für Gesundheit und Soziales, prüft die eingereichten Taxordnungen. Es kann diese beanstanden und in begründeten Einzelfällen Höchsttaxen festlegen, insbesondere für Pflegeleistungen. Die Festlegung von Höchsttaxen orientiert sich an den Berechnungsgrundlagen und Vergleichen mit ähnlichen Einrichtungen (dazu auch die Datenerhebungen gemäss § 3). Korrigieren Einrichtungen Beanstandungen nicht oder werden Höchsttaxen nicht eingehalten, so verfügt das Amt für Gesundheit und Soziales die erforderlichen Massnahmen. Soweit die Frage eines Bewilligungsentzuges oder sogar das Streichen von der Pflegeheimliste zur Diskussion stehen, steht die entsprechende Kompetenz dem Departement des Innern bzw. dem Regierungsrat zu (§§ 14 und 15 SEG). Die jeweiligen Anordnungen können mit den Rechtsmitteln der Verwaltungsrechtspflegeverordnung angefochten werden.

§ 8 *Kostenbeteiligung der versicherten Person*

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung schreibt vor, dass der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden dürfen (Art. 25 Abs. 5 KVG). Der höchste vom Bundesrat festgesetzte Pflegebeitrag gemäss Art. 7a Abs. 3 Bst. I KLV beträgt aktuell Fr. 108.--/Tag. 20% davon entsprechen Fr. 21.60. Durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung werden die pflegebedürftigen Personen erheblich finanziell entlastet –dies notabene unbezogen der eigenen wirtschaftlichen Verhältnisse. Der Regierungsrat erachtet es deshalb als angebracht, wenn der Spielraum des Gesetzes voll ausgeschöpft und die Eigenbelastung auf das Maximum festgesetzt wird. Bei den Rentnern steht mit den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV eine weitere Finanzierungshilfe zur Verfügung. Zudem muss die pflegebedürftige Person sich dann nicht an den Pflegekosten beteiligen, wenn sie Anspruch auf Ergänzungsleistungen hat (§ 9 Abs. 2).

Gestützt auf Krankenkassen-Zusatzversicherungen oder aufgrund von anderen privaten Versicherungen (Langzeitpflege-Versicherungen) können Leistungen an die Pflegekosten ausgerichtet werden. Um zu verhindern, dass aus einem Schadenfall (Pflegebedürftigkeit) infolge der Ausrichtung von Leistungen aus Zusatzversicherungen ein „Gewinn“ entsteht, sind diese Leistungen bei der Berechnung der Restfinanzierung anzurechnen. Wie auch bei der EL zur AHV/IV ist allerdings der Prämienanteil für diese Zusatzleistungen vorgängig zu berücksichtigen, weil der Restfinanzierer (Gemeinde) durch eine freiwillig abgeschlossene Zusatzversicherung entlastet wird. Das folgende Beispiel zeigt die Wirkung auf.

Pflegekosten im Heim (Pflegetaxe pro Tag)		Fr.	250.00	
abzüglich Anteil Krankenkasse (max. Fr. 108.--/Tag)		- Fr.	<u>108.00</u>	
Zwischentotal		Fr.	142.00	
abzüglich Leistungen aus einer Zusatzversicherung	Fr.	20.00		
minus Prämienanteil (Fr. 390.--/Jahr: 365 Tage)	Fr.	<u>1.10</u>	- Fr.	
			<u>18.90</u>	
			Fr.	123.10
Eigenanteil (max. 20% vom Fr. 108.00)			Fr.	<u>21.60</u>
Restkosten pro Tag (Finanziert durch öffentliche Hand/Gemeinde)			Fr.	<u>101.50</u>

§ 9 *Koordination mit Ergänzungsleistungen*

Zirka die Hälfte der rund 1600 Personen, die in einem Pflegeheim leben, beziehen bereits heute Ergänzungsleistungen zur AHV/IV. Der Anteil von EL-Bezüglern wird in den nächsten Jahren stetig ansteigen. Bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen von Heimbewohnern werden nebst den Pflegekosten auch die Kosten für die Pension (Kost und Logis sowie Grundbetreuung) berücksich-

tigt. Zudem besteht Anspruch auf die Vergütung der vollen Prämienverbilligung und die Möglichkeit zur Rückerstattung von Krankheits- und Behinderungskosten. Damit die Leistungen aus den verschiedenen Sozialversicherungen richtig koordiniert werden, gehen die Ansprüche aus Ergänzungsleistungen der Pflegefinanzierung vor. Das heisst, dass Personen, die eine laufende EL beziehen, keinen separaten Anspruch auf die Restfinanzierung der Pflegekosten haben, weil in der EL-Berechnung die vollen Kosten (Pension/Pflege) berücksichtigt werden. Zudem haben Bezüger von Ergänzungsleistungen keinen Eigenanteil von 20% gemäss § 9 Abs. 2 zu übernehmen.

§ 10 Durchführung

Bei der Durchführung der Finanzierung der Pflegekosten von Einrichtungen handelt es sich um ein Massengeschäft. Gleichzeitig muss eine umfassende Koordination gewährleistet werden, um Doppelzahlungen zu verhindern. Die Ausgleichskasse Schwyz ist prädestiniert, um Massenversicherungsgeschäfte abzuwickeln. Zudem ist sie bereits Durchführungsstelle für die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV und die Prämienverbilligung. Indem diese neue Aufgabe der Ausgleichskasse Schwyz übertragen wird, können weitere Synergien, wie die fachliche Kompetenz und die Verwendung von koordinierten IT-Lösungen, optimal genutzt werden.

Während die Restfinanzierungskosten bei der stationären Pflege die Gemeinden zu tragen haben (§ 19a Abs. 2 SEG), werden die reinen Durchführungskosten der Ausgleichskasse Schwyz kostendeckend vom Kanton getragen. Dies entspricht auch der Regelung in anderen vergleichbaren Sozialversicherungsbereichen wie EL und IPV.

§ 11 Finanzierung

Soweit es sich nicht um Durchführungskosten handelt, müssen die Pflege-Restkosten durch die Gemeinden getragen werden. Die Anteile der einzelnen Gemeinden an den gesamtkantonal anfallenden Restkosten werden nach ihrer Einwohnerzahl berechnet, wobei die Anzahl Einwohner des Vorjahres massgebend ist (§ 11 Abs. 3). Die Bemessung der Gemeindeanteile nach Einwohnerzahl entspricht dem Solidaritätsgedanken und entspricht auch dem bewährten Vorgehen bei den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (§ 10 Abs. 2 kELG) sowie bei der Prämienverbilligung (§ 13 Abs. 2 PVG). Damit die Auszahlungen regelmässig an die berechtigten Personen vorgenommen werden können, bevorschusst der Kanton der Ausgleichskasse Schwyz die notwendigen Geldmittel (§ 11 Abs. 1). Die Gemeinden ihrerseits leisten per Mitte Jahr eine provisorische Zahlung und Ende Jahr die Differenz als Schlusszahlung. Die Ausgleichskasse Schwyz errechnet die Beträge für die einzelnen Gemeinden (§ 11 Abs. 2).

§ 12 Abrechnungsverfahren

a) Rechnungsstellung

Um die Finanzierung der Pflegekosten berechnen zu können, haben die Einrichtungen in jedem Fall eine detaillierte Rechnung zu erstellen. Die Rechnung muss nebst den persönlichen Angaben zwingend Angaben über die Anzahl der in Rechnung gestellten Tage und Angaben über den Pflegegrad (vgl. Art. 7a Abs. 3 KLV) sowie die Kosten für Pension einerseits und die Pflegeleistungen andererseits enthalten. Aus der Rechnung muss ersichtlich sein, wenn der Aufenthalt infolge kurzfristigen Unterbruchs (z. B. Spitalaufenthalt) nicht durchgehend erfolgt ist. Bei Schwerstpflegebedürftigkeit muss der tatsächlich erbrachte Minutenaufwand in der Rechnung ausgewiesen werden.

Diese transparente Rechnungsstellung korrespondiert mit einer auf einer einheitlichen Kostenrechnung basierenden Taxberechnung (§ 5).

b) Geltendmachung des Anspruchs

Der Anspruch auf Restfinanzierung der Pflegekosten ist schriftlich geltend zu machen. Dazu sind die notwendigen Angaben zu den Personalien, des Aufenthaltes in der Einrichtung, der Auszahladresse und der Krankenkasse inklusive der Zusatzversicherungen anzugeben. Der Anspruch sel-

ber wird durch die Einreichung der Heimrechnung sowie der Abrechnung der Krankenkasse bzw. der Zusatzversicherung geltend gemacht. Die Details legt die Durchführungsstelle fest. Sie informiert die mutmasslichen Bezüger auch entsprechend. Da es sich um ein Massengeschäft handelt, ist die Eröffnung des Anspruchs mittels einer formlosen Mitteilung vorgesehen (Art. 51 ATSG). Die Empfänger der Mitteilung sind auf das Recht, eine Verfügung zu verlangen, aufmerksam zu machen (Art. 51 Abs. 2 ASTG).

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass bei der Pflegefinanzierung das Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) anwendbar ist. Dies gilt neben den Informations- und Mitwirkungspflichten u.a. auch für die Geltendmachung des Anspruchs (Art. 29 ATSG) und den Rechtsschutz (Art. 34ff. ASTG).

§ 14 c) Auszahlung

Sobald der Anspruch im Detail abgeklärt ist, erfolgt die Auszahlung in der Regel bargeldlos an die berechnete Person. Ausnahmsweise kann die Auszahlung an Dritte erfolgen, wenn die Voraussetzungen dazu erfüllt sind. Massgebend sind die Bestimmungen des Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (Art. 22 ATSG und Art. 1 ATSV), sowie die Bestimmungen des ELG. Rückforderungsansprüche aufgrund des Gesetzes über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV dürfen mit Leistungen für die Pflegefinanzierung verrechnet werden.

§ 15 d) Meldepflicht

Die Meldepflicht der leistungsbeziehenden Person ist umfassend und entspricht den Gepflogenheiten anderer Sozialversicherungsgesetze. Gemäss dem Gesetz über die Ergänzungsleistungen unterstehen Meldepflichtverletzungen den Strafbestimmungen und sind von Amtes wegen durch die Durchführungsstelle den zuständigen Behörden zu melden. Der Durchführungsstelle zu melden sind u.a. die individuelle Änderung der Pflorgetaxe (z.B. Wechsel in der Pflegestufe) und der Leistungen der Krankenkasse. Weiter sind meldepflichtig der Austritt aus der Einrichtung, der Wechsel in eine andere Einrichtung und die neue oder veränderte Leistung einer Zusatzversicherung.

§ 16 Rechtspflege

Sowohl für die Krankenversicherung wie auch für Ergänzungsleistungen gelten die Bestimmungen des Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts. Es betrifft dies einerseits das formlose Verfahren (Art. 51 ATSG, § 14 Abs. 3) und andererseits die Pflicht, eine Verfügung zu erlassen (Art. 49 ATSG). Das Einsprache- und Beschwerdeverfahren sind ebenfalls bundesrechtlich vorgegeben (Art. 52 und 56 ATSG).

III. Ambulante Pflege

§ 17 Leistungserbringer mit Leistungsauftrag

Mit § 15 Abs. 3 Bst. a GesV ist dem Regierungsrat die Aufgabe übertragen worden, Bestimmungen über das Leistungsangebot zu erlassen. Diese Verpflichtung bezweckt, dem Prinzip „ambulant vor stationär“ Rechnung zu tragen. Nur wenn das Mindestangebot gemäss § 17 auch hinreichend verfügbar ist, zeigt dies die gewünschte Wirkung, nämlich, dass stationäre Aufenthalte verhindert werden können. Grundsätzlich ist dieses Mindestangebot jedem Einwohner im Kantons Schwyz zur Verfügung zu stellen. Eine Zusammenarbeit unter Leistungserbringern (Abs. 2) kann einerseits zweckmässig und rationell sein, wenn spezialisierte Leistungen, wie beispielsweise psychiatrische Spitex (Art. 7 Abs. 2 Bst. b Ziff. 13 und 14 KLV), erbracht werden müssen und andererseits, um die Verfügbarkeit an Wochenenden und Feiertagen sicher zu stellen.

Art. 7 Abs. 2 KLV umschreibt die Leistungen, für welche durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten übernommen werden, sofern sie vom Arzt angeordnet wurden und eine

Bedarfsabklärung vorliegt. Den Leistungserbringern ist es freigestellt, weitere Leistungen anzubieten. Sowohl das Mindestangebot wie auch die Verpflichtung betreffend Verfügbarkeit gelten nur für Leistungserbringer mit Leistungsauftrag der Gemeinden. Für die übrigen Leistungserbringer gelten diese Anforderungen nicht. Leistungserbringer mit Leistungsauftrag sind auch verpflichtet, auf spitalärztliche Anordnung hin ambulante Leistungen der Akut- und Übergangspflege zu erbringen.

Leistungserbringer mit Leistungsauftrag der Gemeinden, meistens Spitex-Organisationen, regeln im Leistungsauftrag die Abgeltung der Kosten, welche nicht durch die Beiträge der Versicherung und der Leistungsbezüger selbst gedeckt sind (Abs. 3). Neu können ihnen aufgrund der Datenerhebungen (§ 3) Richtwerte für ihre Taxen zur Verfügung gestellt werden.

§ 18 Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag

Das Amt für Gesundheit und Soziales legt anrechenbare Höchsttaxen nach Art der Leistungserbringung fest und teilt diese den Gemeinden mit (Abs. 1). Zurzeit sind drei Arten von Leistungserbringern im Bereich der privaten Spitex zu unterscheiden. Private Spitexorganisationen und selbstständig tätige Pflegefachpersonen ergänzen das Angebot der Leistungserbringer mit Leistungsauftrag der Gemeinden. Im Gegensatz zu diesen sind erstere jedoch nicht verpflichtet, ihren Kunden das gesamte Leistungsangebot gemäss § 17 Abs. 1 anzubieten. Zudem sind sie auch bei der Auswahl ihrer Kunden frei. Somit fällt bei diesen Leistungserbringern im Vergleich zu jenen mit Leistungsauftrag ein geringerer nicht verrechenbarer Aufwand für gemeinwirtschaftliche Leistungen wie Bereitschaftsdienst oder Beratung an. Private Spitexorganisationen und selbstständig tätige Pflegefachpersonen unterscheiden sich in der Organisation des Betriebes und somit insbesondere im Aufwand für Führung und Administration. Die dritte Art der Leistungserbringer umfasst jene mit einer Bewilligung, welche auf die Pflege eines bestimmten Personenkreises eingeschränkt ist (z. B. auf die Bewohner von Alterswohnungen, welche einem Alters- und Pflegeheim angegliedert sind). Bei diesen fallen keine oder nur geringe Kosten für die Mobilität (Fahrzeuge, Fahrtspesen) an. Die Unterschiede in der Art des Leistungsangebotes rechtfertigen es deshalb, unterschiedliche Höchsttaxen festzulegen.

Die Leistungserbringer sind verpflichtet, Kostenrechnungen zu führen (§ 25) und die erforderlichen Daten zur Festlegung der Höchsttaxen und des Anspruchs auf Restfinanzierung den mit dem Vollzug betrauten Stellen zur Verfügung zu stellen (§ 3). Abs. 2 schränkt ein, dass als anrechenbare Höchsttaxen die Vollkosten gelten, welche bei wirtschaftlicher Leistungserbringung anfallen. Eine wirtschaftliche Leistungserbringung liegt insbesondere dann vor, wenn die Kosten für Personal, Führung, Administration und Mobilität sich im Rahmen bewegen, wie sie für die ambulante Pflege üblich sind. Zur Festlegung der Höchsttaxen können Vergleiche mit andern Leistungserbringern sowie Richtlinien und Empfehlungen (z. B. für die Besoldung) herangezogen werden.

Der Anspruch des Leistungserbringers auf Restfinanzierung ergibt sich aus der Differenz zwischen den ausgewiesenen Vollkosten abzüglich der Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und des Leistungsbezügers. Übersteigen die ausgewiesenen und anerkannten Vollkosten die anrechenbaren Höchsttaxen, so beschränkt sich der Anspruch auf die Deckung der anrechenbaren Höchsttaxen.

Beispiele (für eine Stunde Grundpflege):

Die anrechenbare Höchsttaxe für Grundpflege wurde durch das Departement des Innern auf Fr. 82.-- (Annahme) festgelegt. Der Beitrag der Krankenversicherung für Grundpflege beträgt Fr. 54.60 (Art. 7a Abs. 1 Bst. c KLV).

a) Leistungserbringer A weist anerkannte *Vollkosten von Fr. 90.--* pro Stunde aus.

Anspruch auf Restfinanzierung:

Anrechenbare <i>Höchsttaxe</i>	-	Beitrag Versicherung	-	Beitrag vP	= Restfinanzierung
Fr. 82.--	-	Fr. 54.60	-	Fr. 5.45	= Fr. 21.95

b) Leistungserbringer B weist anerkannte *Vollkosten* von Fr. 75.-- pro Stunde aus.

Anspruch auf Restfinanzierung:

Vollkosten	-	Beitrag Versicherung	-	Beitrag vP	= Restfinanzierung
Fr. 75.--	-	Fr. 54.60	-	Fr. 5.45	= Fr. 14.95

§ 19 *Kostenbeteiligung der versicherten Person*

Mit § 15 Abs. 3 Bst. c GesV ist der Regierungsrat ermächtigt worden, Bestimmungen über die Kostenbeteiligung der versicherten Person zu erlassen. Dabei dürfen aber 10% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages nicht überschritten werden. Sowohl das Bundesgesetz (Art. 25a Abs. 5 KVG) als auch die neue Bestimmung in der Gesundheitsverordnung lassen die Art der Ermittlung der Kostenbeteiligung offen. Um einerseits Personen, welche über einen längeren Zeitraum Pflegeleistungen beanspruchen müssen, jedoch täglich für eine kurze Dauer (z. B. für einen Wechsel eines Verbandes) nicht unverhältnismässig zu belasten und andererseits den Leistungserbringern eine einfache Rechnungsstellung zu ermöglichen, wird der Beitrag der versicherten Person auf 10% des Beitrages, welcher der Krankenpflegeversicherung für Pflege in Rechnung gestellt werden kann, festgelegt. Weist ein Leistungserbringer Vollkosten aus, die geringer sind als der Beitrag der Krankenversicherung zuzüglich 10%, so ist der Beitrag der versicherten Person so zu reduzieren, dass nicht mehr als die Vollkosten vereinnahmt werden. Abs. 2 legt fest, dass der Beitrag pro Tag auf höchstens 10% des höchsten vom Bundesrat festgelegten Beitrages zu begrenzen ist (zurzeit Fr. 8.--).

Beispiel:

Person A beansprucht am Tag X 1 Stunde Grundpflege. Die anrechenbare Höchsttaxe für Grundpflege wurde durch das Departement des Innern auf Fr. 82.-- (Annahme) festgelegt. Der Beitrag der Krankenpflegeversicherung für Grundpflege beträgt Fr. 54.60 (Art. 7a Abs. 1 Bst. c KLV).

Der Leistungserbringer stellt wie folgt Rechnung:

Der versicherten Person (vP):	Beitrag Versicherung	+	Beitrag vP	= Rechnungsbetrag
	Fr. 54.60	+	Fr. 5.45	= Fr. 60.05
Der Gemeinde:	Fr. 82.--	-	Fr. 60.05	Restfinanzierung = Fr. 21.95

Befreiung von der Kostenbeteiligung

Bedürfen Kinder und Jugendliche externer ambulanter Pflege, so stellt dies in der Regel für die Eltern oder Erziehungsberechtigten eine spezielle Herausforderung und grosse finanzielle Belastung dar. Daher ist eine Befreiung von der Kostenbeteiligung für diese Altersgruppe angezeigt. Abs. 3 Bst. b ermöglicht es den Gemeinden, im Einzelfall weitere Personen auf begründetes Gesuch hin von der Kostenbeteiligung zu befreien. Härtefälle liegen beispielsweise vor, wenn Personen über längere Zeit Pflege und Betreuung beanspruchen müssen, in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben und keinen Anspruch auf Ergänzungsleistungen erheben können.

§ 20 *Abrechnungsverfahren*

Am heute geltenden Abrechnungsverfahren ist grundsätzlich festzuhalten. Neu ist dem Leistungsbezüger zusätzlich zum Beitrag der Versicherung sein eigener Beitrag in Rechnung zu stellen.

§ 21 Ausnahmen von der Leistungserbringung

Vermehrt sehen sich ambulante Leistungserbringer bei der Erfüllung ihrer Aufgaben Schwierigkeiten gegenüber, die eine Leistungserbringung als unzumutbar erscheinen lassen. Für solche Fälle müssen die Leistungserbringer, insbesondere die Spitex-Organisationen der Gemeinden, von ihrer Leistungspflicht befreit werden können.

Mit Abs. 2 soll sicher gestellt werden, dass einerseits der verordnende Arzt bei Bedarf eine Massnahme anordnen kann, dass die Person, welcher die Pflege verweigert wird, trotzdem zur erforderlichen Behandlung kommt und andererseits die Gemeinde prüfen muss, ob allenfalls eine Massnahme im Sinne von § 11 des Gesetzes über die Sozialhilfe vom 18. Mai 1983 (SRSZ 380.100) angezeigt ist.

IV. Akut- und Übergangspflege

§ 22 Leistungspflicht

Als Leistungserbringer der Akut- und Übergangspflege gelten gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV:

- a) Pflegefachfrauen und -männer (Art. 49 KVV),
- b) Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV),
- c) Pflegeheime (Art. 39 Abs. 3 KVG).

Im Kommentar zu den Änderungen der KLV (Art. 7b) hält das Eidgenössische Departement des Innern ausdrücklich fest, dass es sich bei der Akut- und Übergangspflege einzig um Leistungen der Pflege unter Ausschluss der Kosten für Hotellerie handelt. Der Begriff ist bundesrechtlicher Natur und wird durch Rechtsprechung und Praxis auf Bundesebene definiert. Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege werden in Art. 7 Abs. 2 KLV detailliert umschrieben. Diese Leistungen sind nicht mit Pflegeleistungen kumulierbar.

Wird für einen bisherigen Bewohner in einem Alters- und Pflegeheim nach einem ordentlichen Spitalaufenthalt Akut- oder Übergangspflege angeordnet, so ist die jeweilige Einrichtung verpflichtet, diese Leistungen zu erbringen. Mit der Regelung kann vermieden werden, dass unnötige Leistungskapazitäten bereitgestellt werden, welche in der Folge nicht ausgelastet werden. Schon aus Kostengründen bietet es sich an, dass Akut- und Übergangspflege für Personen, welche in einem Pflegeheim wohnen, auch in diesem erbracht werden.

In den übrigen Fällen sorgt der Kanton für ein geeignetes Angebot, indem der Regierungsrat mit einzelnen Leistungserbringern Leistungsvereinbarungen abschliessen kann (§ 29 SpitV).

Mit § 17 Abs. 1 Bst. a, wonach Leistungserbringer mit Leistungsauftrag der Gemeinden auch verpflichtet sind, Leistungen der Akut- und Übergangspflege anzubieten, wird sicher gestellt, dass ein flächendeckendes Angebot für ambulante Akut- und Übergangspflege besteht.

§ 23 Kostenteiler

Gemäss der neuen Pflegefinanzierung beteiligt sich der Kanton mit 55% an den Kosten der Akut- und Übergangspflege (Art. 7b Abs. 1 KLV).

Die Pauschalen (voraussichtlich Tagespauschalen für stationäre Pflege und Stundenpauschalen für ambulante Pflege) werden zwischen Leistungserbringern und Versicherern vereinbart (Art. 25 Abs. 2 KVG). Diese werden voraussichtlich so bemessen sein, dass sie die eigentlichen Pflegevollkosten decken. Müssen Leistungserbringer für die Erbringung von Akut- und Übergangspflege bauliche Massnahmen vornehmen oder Vorhalteleistungen erbringen, wird die Ausrichtung von Zuschlägen in der Leistungsvereinbarung geregelt.

§ 24 Abrechnungsverfahren

Auf der Abrechnung über Leistungen der Akut- und Übergangspflege müssen getrennt folgende Angaben aufgeführt werden:

- a) Anzahl Tage bzw. Stunden der Inanspruchnahme der Akut- und Übergangspflege,
- b) Grundpauschale der Akut- und Übergangspflege,
- c) Totalbetrag,
- d) der vom Kanton geschuldete Kostenanteil gemäss § 235.

Das Amt für Gesundheit und Soziales richtet die geschuldeten Beiträge an die jeweilige Institution aus.

V. Schlussbestimmungen

§ 25 Übergangsbestimmung für ambulante Angebote

Mit dieser Regelung wird den Leistungserbringern ausreichend Zeit zur Verfügung gestellt, ihre Rechnungslegung gemäss den Vorgaben des Finanzmanuals Spitex Verband Schweiz anzupassen. Leistungserbringern mit einem kleinen Leistungsangebot kann das Amt für Gesundheit und Soziales die Führung anderer Kostenrechnungen gestatten, um dadurch einen unverhältnismässigen Aufwand für die Administration zu vermeiden.

§ 26 Übergangsbestimmung für stationäre Einrichtungen

Bisher wurden die Taxen mit unterschiedlichen Instrumenten errechnet. Einzelne Einrichtungen führen bereits die Kostenrechnung des Fachverbandes Curaviva, andere wiederum haben die Taxen aufgrund von politischen Überlegungen festgesetzt (Einrichtungen unter der Trägerschaft der Gemeinde). Die allfällig daraus resultierenden Defizite wurden durch die Gemeinden separat beglichen.

Die neuen Taxen sollen aufgrund einer Kostenrechnung mit einheitlichen Regeln berechnet und beurteilt werden können. Dafür muss eine solche zuerst definiert und eingeführt sein. Mit der Übergangsfrist wird die nötige Zeit eingeräumt.

In der Zwischenzeit müssen die Taxen aufgrund einer alternativen Methode beurteilt werden. Dazu wird für die neuen Taxen ab 1. Januar 2011 ein Ertrag hochgerechnet, der mit dem Aufwand 2009 inklusive Abschreibungen und Zinsen und inklusive einer Teuerung vergleichbar sein muss.

Im Jahr 2011 muss die einheitliche Kostenrechnung eingeführt werden, sodass erstmals die Taxberechnung 2012 aufgrund dieser Kostenrechnung erstellt werden kann.

Für die Gleichbehandlung der Einrichtungen (private/öffentliche) bzw. ihrer Taxen wird die Einführung der Spezialfinanzierung gemäss Gesetz über den Finanzhaushalt (SRSZ 153.100) für öffentlich getragene Einrichtungen unerlässlich sein. Damit verfügen auch die öffentlichen Einrichtungen über die Möglichkeit, z.B. Rückstellungen für künftige Investitionen zu bilden oder Defizite auszugleichen. Ohne Spezialfinanzierung müssten diese Aufwendungen durch die Standortgemeinden geleistet werden und dies zusätzlich zu den Restfinanzierungen.

§ 27 Änderung von Erlassen

a) Vollzugsverordnung zum Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung

§ 7a (neu) Tagestaxen bei pflegebedürftigen Personen

Diese Bestimmung bezieht sich einzig auf die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV. Neu bestimmt Art. 10 Abs. 2 Bst. a ELG, dass bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen die Tagestaxe so

berücksichtigt wird, dass in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit besteht. Im Jahr 2010 beträgt die maximale Tagesstaxe Fr. 308.--/Tag, welche bei Heimbewohnern bei der EL-Berechnung berücksichtigt wird. Dieser Wert wird per 1. Januar 2011 leicht nach oben – entsprechend der Entwicklung der AHV/IV-Renten – auf Fr. 314.--/Tag angepasst. Gemäss Informationen der Heime führt der Systemwechsel bei den Pflegeeinstufungen per 1. Januar 2011 dazu, dass bei rund 120 pflegebedürftigen Personen (bisher ca. 30 Personen) mit EL-Anspruch die Heimtaxbegrenzung überschritten wird. Ohne eine entsprechende Erhöhung der Heimtaxbegrenzung kann die neue Bundesregelung von Art. 10 Abs. 2 Bst. a ELG nicht eingehalten werden. Gestützt auf die neue Bestimmung von § 5 Abs. 3 kELG (Kantonsratsbeschluss betreffend die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 20. Mai 2010) kann der Regierungsrat für die EL-Berechnung generell oder für bestimmte Pflegeangebote höhere Maximal-Tageshöchsttaxen festlegen, um zu vermeiden, dass pflegebedürftige Personen von der Sozialhilfe abhängig werden. Die Höchsttaxen sind deshalb generell von heute 600% auf neu 700% des auf den Tag umgerechneten allgemeinen Lebensbedarfs für allein stehende Personen festzulegen.

Berechnung ohne Anpassung (Stand 1. Januar 2011):

Berechnung des maximalen Tagesansatzes für die EL-Berechnung nach § 5 Abs. 1 kELG:
Fr. 19 050.-- (Lebensbedarf für Alleinstehende): 365 Tage x 600% = Fr. 314.--

Berechnung mit Anpassung (Stand 1. Januar 2011):

Berechnung des maximalen Tagesansatzes für die EL-Berechnung nach § 5 Abs. 1 kELG:
Fr. 19 050.-- (Lebensbedarf für Alleinstehende): 365 Tage x 700% = Fr. 365.--

Es ist bekannt, dass bei Schwerstpflegebedürftigen eine aussergewöhnlich (kostenintensive) Pflegeleistung notwendig ist und diese den Maximalansatz von neu Fr. 365.--/Tag bei weitem übersteigt. In diesen Fällen rechtfertigt es sich, dass bei der EL-Berechnung ausnahmsweise ein höherer Grenzwert berücksichtigt wird.

Gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV erfolgt die Ermittlung des Pflegebedarfs in 20 Minuten-Intervallen. Damit wird festgelegt, welche Leistungen der Krankenversicherer an die Pflegekosten zu leisten hat. Bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag wird der Höchstansatz für die Krankenkassen erreicht. Um kein zusätzliches Abrechnungssystem für die Heime einzuführen, ist an diese Tabelle anzuknüpfen. Somit gelten Personen im Sinne der Ergänzungsleistungen dann als schwerstpflegebedürftig, wenn der Pflegebedarf höher ist als 240 Minuten pro Tag. Ist dies der Fall, erhöht sich der Prozentwert gemäss § 5 Abs. 1 kELG pro 20 Minuten um je 40 Prozentpunkte. Als Höchstbetrag bei Schwerstpflegebedürftigen wird maximal 1100% des auf den Tag umgerechneten Lebensbedarfs für Alleinstehende als Heimtaxe bei der EL-Berechnung berücksichtigt. Per 2011 ergibt dies Fr. 574.-- pro Tag.

Berechnung des maximalen Tagesansatzes für die EL-Berechnung nach § 7a VV-kELG bei Schwerstpflegebedürftigen (bei einem Pflegebedarf von mehr als 400 Minuten pro Tag):
Fr. 19 050.-- (Lebensbedarf für Alleinstehende): 365 Tage x 1100% = Fr. 574.--

Für Schwerstpflegebedürftige ist zusammen mit der Rechnungstellung der Nachweis über die Pflege analog Art. 7a Abs. 3 KLV zu erbringen.

Weitere Änderungen in der Vollzugsverordnung zum kantonalen Ergänzungsleistungsgesetz

Im Zusammen mit der NFA (Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen) per 1. Januar 2008 wurde das Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV revidiert. Neu sind die Kantone für die Finanzierung der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten zuständig. Innerhalb des vom Bund vorgeschriebenen Rahmens legen die Kantone selber fest, welche Kosten oder Hilfsmittel zu vergüten sind. Der Kanton

Schwyz hat im Zusammenhang mit der Totalrevision des kantonalen EL-Gesetzes den bisherigen Leistungskatalog bei der Vergütung von Hilfsmittel übernommen. Dies unter Wahrung der dreijährigen Übergangszeit, welche Ende 2010 abläuft.

Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass viele der Hilfsmittel noch nie beansprucht wurden oder aus technischer Sicht auch in Zukunft nicht mehr verwendet werden. Es drängt sich deshalb auf, die bisherige Hilfsmittelliste stark zu reduzieren bzw. den Bestimmungen der AHV und IV über die Abgabe von Hilfsmitteln anzupassen.

Anstelle einer eigenständigen Hilfsmittelliste (bisher Anhang) werden die §§ 22 bis 25 der Vollzugsverordnung zum Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 11. Dezember 2007 (SRSZ 362.211) ergänzt:

§ 22 Abs. 1 und 4 (neu)

Da der Anhang aufgehoben wird, kann der Verweis auf diesen in Abs. 1 gestrichen werden. In Abs. 4 wird der Anspruch auf neue Geräte geregelt. Ein Anspruch auf ein neues Gerät besteht erst dann, wenn das betreffende Gerät nicht leihweise zur Verfügung steht.

§ 23 Abs. 4 (neu) und 5 (neu)

Die Übernahme von Materialien, welche für den Betrieb eines Hilfsmittels notwendig sind, erfolgt in Ergänzung zum eigentlichen Hilfsmittel. Dazu zählen u.a. bei Atmungsgeräten der Sauerstoff oder bei Hörgeräten die Batterien. Ebenfalls können Zweitgeräte übernommen werden, wenn der Bedarf ausgewiesen ist. Dies kann zum Beispiel bei Inhalationsapparaten der Fall sein, wenn ein Gerät zuhause und eines am Arbeitsplatz benötigt werden. Die Anschaffung eines zweiten Hörgerätes fällt jedoch nicht darunter. Die Kostenübernahme erfolgt nur, wenn nicht Dritte leistungspflichtig sind.

§ 25a (neu)

Die Hilfsmittel, welche bisher im Anhang zur Vollzugsverordnung aufgelistet waren, werden neu in der Vollzugsverordnung unter § 25a aufgezählt. Ausserdem werden sie den aktuellen Bestimmungen gemäss den Bundesgesetzen über die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung angepasst. Berücksichtigt wurde dabei auch die Notwendigkeit und Häufigkeit der Gesuche um Mitfinanzierung von Hilfsmittel durch die Ergänzungsleistungen. Wie in § 22 Abs. 4 (neu) geregelt, besteht nur Anspruch auf ein neues Gerät, wenn ein solches nicht leihweise abgegeben werden kann.

Der bisherige Anhang zur Vollzugsverordnung ist ersatzlos zu streichen.

b) Vollzugsverordnung zur Gesundheitsverordnung vom 23. Dezember 2003

§ 4 Bst. e (neu)

Die ambulante Pflege von Kindern und Jugendlichen wird heute sowohl durch die Leistungserbringer, welche im Auftrag der Gemeinden tätig sind, als auch durch die beiden spezialisierten Kinderspitex-Organisationen „Kinderspitex Zentralschweiz“ und „kispex Kinder-Spitex Kt. Zürich“ erbracht.

Gemäss Spitex-Statistik haben die Leistungserbringer der Gemeinden im Jahr 2008 gesamthaft 18 Kinder und Jugendliche behandelt und dabei 1012 Stunden Pflege geleistet. Allein vier davon, welche intensiver Pflege bedurften, beanspruchten zusammen 897 Stunden. Die beiden ausserkantonalen Organisationen leisteten im Jahr 2008 wie folgt Pflege: die Kinderspitex Zentralschweiz bei 7 Kindern und Jugendlichen (2978 Pfl egetage; Fr. 173 630.--), die kispex Kinder-

Spitex Kanton Zürich bei fünf Kindern und Jugendlichen (1796 Pfl egetage; Fr. 109 465.--). Die beiden ausserkantonalen Organisationen kommen vor allem im Anschluss an Aufenthalte in den Kinderspitälern, wenn noch intensive, spezialisierte ambulante Betreuung erforderlich ist, zum Einsatz. Heute werden die ungedeckten Kosten der Einsätze der Organisationen, welche im Auftrag der Gemeinden tätig sind, durch die Gemeinden gedeckt. Die Kosten für Pflege der ausserkantonalen Organisationen werden durch den Kanton getragen.

§ 10 GesV sieht vor, dass der Regierungsrat die ambulanten Dienste von kantonaler Bedeutung bezeichnet (Abs. 1) und der Kanton diese finanziert, soweit deren Aufwendungen nicht durch Dritte gedeckt werden (Abs. 2). In § 4 GesV-VV sind die derzeit vom Regierungsrat bezeichneten Dienste aufgeführt. Mit der Bezeichnung der Kinderspitex als ambulanter Dienst von kantonaler Bedeutung soll die Verpflichtung der Gemeinden gemäss § 15 GesV, welche auch gegenüber Kindern und Jugendlichen besteht, nicht aufgehoben werden. Es soll lediglich eine gesetzliche Grundlage für eine Aufgabe geschaffen werden, welche bereits bisher durch den Kanton erfüllt wurde. In den Leistungsaufträgen mit den beiden ausserkantonalen Organisationen ist die Abgrenzung gegenüber den Verpflichtungen der Gemeinden festzulegen.

Die Ergänzung der Liste der ambulanten Dienste von kantonaler Bedeutung um die Kinderspitex löst keine neuen Kosten aus, da diese bereits heute durch den Kanton getragen wurden.

5. Personelle und finanzielle Auswirkungen

Die für die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung notwendigen finanziellen Mittel, welche durch den Kanton und die Gemeinden als gebundene Ausgaben bereit zu stellen sind, sind bereits in der Vorlage an den Kantonsrat (RRB Nr. 244/2010 vom 9. März 2010) ausgewiesen worden. Es liegen keine neuen Erkenntnisse vor. Es wird allerdings nochmals darauf hingewiesen, dass die Kosten lediglich geschätzt wurden, da auch von Seiten des Bundes bis heute keine genaueren Zahlen vorliegen. Insbesondere im Bereich der Ergänzungsleistungen muss mit deutlichen Abweichungen gerechnet werden. Auf den 1. Januar 2011 treten mehrere Anpassungen in Kraft, wobei jede Anpassung zu Kostensteigerungen führt.

Beschluss des Regierungsrates

1. Erlass der beiliegenden Verordnung.
2. Zustellung: Mitglieder des Regierungsrates; Mitglieder der kantonsrätlichen Kommission für Gesundheit und soziale Sicherheit; Ausgleichskasse (2); Staatskanzlei (Redaktion Amtsblatt); Departement des Innern (6, unter Rückgabe der Akten).

Im Namen des Regierungsrates:



Armin Hüppin, Landammann



Andreas Luig, Staatsschreiber-Stellvertreter

