

Gesetz über die Pflegefinanzierung

Bericht und Entwurf des Departementes des Innern und des Gesundheitsdepartementes vom 27. April 2010

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

5.3. Finanzierung (Kostenträger, -anteile, Pauschalen)	24
5.4. Abwicklung	25
6. Finanzielle Auswirkungen	25
6.1. Stationäre Langzeitpflege	25
6.1.1. Kostenschätzung für die stationäre Pflege	26
6.1.2. Entwicklungen und Handlungsfelder im Kostenbereich	27
6.2. Ambulante Langzeitpflege	28
6.3. Stationäre und ambulante Akut- und Übergangspflege	28
6.4. Ergänzungsleistungen EL	29
6.5. Finanzielle Auswirkungen im Überblick und Kostenübernahme durch Kanton und Gemeinden	30
7. Bemerkungen zu einzelnen Artikeln	32
7.1. Allgemeine Bestimmungen (Art. 1 – 5)	32
7.2. Finanzierung (Art. 6 – 21)	34
7.2.1. Stationäre Pflege (Art. 6 – 12)	34
7.2.2. Ambulante Pflege (Art. 13 – 18)	36
7.2.3. Akut- und Übergangspflege (Art. 19 – 21)	37
7.3. Schlussbestimmungen (Art. 22 – 25)	38
8. Verfahren (inkl. Referendum)	38
Entwurf (Gesetz über die Pflegefinanzierung)	40

Zusammenfassung

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

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

Da im Kanton St.Gallen keine geeigneten Grundlagen zur Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung existieren, ist ein neues Gesetz zu schaffen. Der vorliegende Entwurf eines Gesetzes über die Pflegefinanzierung regelt demgemäss die Finanzierung der ambulanten und stationären Langzeitpflege sowie der Akut- und Übergangspflege. Trotz des grossen Zeitdrucks erscheint es aufgrund der Tragweite der Vorlage und zur Gewährleistung der Rechtssicherheit dennoch angezeigt, ein ordentliches Gesetzgebungsverfahren durchzuführen. Im vorliegenden Gesetzesentwurf sollen aber vornehmlich die Zuständigkeiten für die Finanzierungspflichten sowie die Abwicklung geregelt werden. Aufgrund der geltenden Zuständigkeiten gemäss Sozi-

Alhilfe- und Gesundheitsgesetz sind primär die politischen Gemeinden für die Übernahme der Pflegekosten zuständig. Der Kanton soll sich bei den neu entstehenden Kosten der stationären Langzeitpflege jedoch beteiligen. Des Weiteren ist dem Wohnsitz- bzw. Herkunftsprinzip sowohl inner- als auch interkantonal über gesetzliche Regelungen Nachachtung zu verschaffen.

Nachdem der Bund während den vergangenen rund zehn Jahren die offenkundigen Probleme hinsichtlich Kostentransparenz, Tarifschutz, Festlegung von Pflegekosten, Zulassung von Tages- und Nachtstätten und ähnlichem nicht geklärt hat, ist es nun an den Kantonen, erste Bereinigungen insbesondere im stationären Bereich zu erwirken. Beispielsweise werden die Abgrenzung von stationärer Betreuung und Pflege und die wirtschaftliche Leistungserbringung im Rahmen einer Vollzugsverordnung zu konkretisieren sein. Dieses Ansinnen ist eingebettet in die bisherigen Bestrebungen des Kantons zur Gewährleistung eines quantitativ und qualitativ guten Pflegeangebots in sämtlichen Regionen des Kantons.

1. Ausgangslage

1.1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG) basiert auf dem Prinzip der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken. Es brachte Mitte der 1990er-Jahre den grundlegenden Systemwechsel, indem das Obligatorium für eine Grundversicherung eingeführt wurde, die gesetzlich umschriebene Leistungen umfasst und grundlegende Bedürfnisse bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft abdecken soll. Das KVG ist damit eine wichtige Säule im sozialen Sicherungssystem. Demgemäss umfasst es auch den Grundsatz, dass die Kosten für die Pflege durch Pflegefachpersonen und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (nachfolgend: Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause) und für die Pflege in Pflegeheimen – abgesehen von Selbstbehalt und Franchise – durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen werden (Art. 25 Abs. 2 KVG). Eine Kostenbeteiligung der versicherten Personen darüber hinaus war im KVG bisher ebenso wenig vorgesehen wie eine Mitfinanzierung der Pflegekosten durch Kantone und Gemeinden (Art. 64 KVG).

Da sich jedoch bereits kurz nach Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 zeigte, dass die dieser Regelung zugrunde liegenden Berechnungen zu tief waren, erliess der Bund auf 1. Januar 1998 Rahmentarife für die von den Krankenversicherern zu vergütenden Kosten der ambulanten Pflege und der Pflege im Pflegeheim. Diese Tariffestlegung war so lange zu beachten, als sich die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause sowie die Pflegeheime mit den Versicherern nicht über gemeinsam erarbeitete Grundlagen zu den Tarifberechnungen einigen konnten (Art. 104a KVG). Nach diesen Rahmentarifen erfolgte seither die Vergütung der Pflegekosten ambulant je Stunde und jene im Pflegeheim je Tag, letztere abgestuft nach Pflegebedarf. Schätzungen zeigen, dass die Rahmentarife der Krankenversicherer die Kosten der Pflege ambulant und im Pflegeheim effektiv lediglich etwa zu 60 Prozent decken (Amtliches Bulletin 2007 des Nationalrates [AB 2007 N] 1106). Die restlichen Pflegekosten werden heute vorwiegend von den versicherten Personen (und damit oftmals durch die Ergänzungsleistungen) gedeckt.

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

1.2. Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung und Verordnungsänderungen

Mit Beschluss vom 13. Juni 2008 haben die eidgenössischen Räte schliesslich nach einem umfassenden Differenzbereinigungsverfahren dem Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (BBI 2004, 2775) zugestimmt. Mit diesem Mantelerlass werden neben dem KVG auch das Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 20. Dezember 1946 (SR 831.10; abgekürzt AHVG) und das Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 6. Oktober 2006 (SR 831.30; abgekürzt ELG) angepasst.

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

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

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

Am 24. Juni 2009 hat der Bundesrat die erforderlichen Ausführungsbestimmungen zu den Gesetzesänderungen erlassen. Dabei wurden folgende Verordnungen angepasst (BBI 2008, 1920):

- Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV);
- Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV);
- Verordnung vom 31. Oktober 1947 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV).

1.2.1. Stationäre Langzeitpflege

Die kantonalen oder regionalen Tarifverträge zwischen den Krankenversicherern und Pflegeheimen werden mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung hinfällig. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet neu einen für die ganze Schweiz einheitlich festgelegten Beitrag an die Pflegekosten (Art. 25a Abs.1 und 4 nKVG). Dieser Beitrag wird vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken festgelegt (Art. 7a nKLV). Diese Festlegung erfolgt für das erste Jahr kostenneutral. Der Bund kann in den Folgejahren Anpassungen vornehmen. Jedoch wurde nicht festgelegt, nach welchen Grundsätzen Anpassungen erfolgen (z.B. Teuerung). Die bei Vollzugsbeginn in den Kantonen geltenden Tarife und Tarifverträge sind innert drei Jahren bis spätestens 31. Dezember 2013 an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge anzugleichen. Die Kantonsregierungen regeln

diese Angleichung (Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG). Diese Eckwerte gelten im Übrigen auch für die ambulante Langzeitpflege (vgl. Ziff. 1.2.2).

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

bisher		neu	
Pension + Betreuung	Pflege nach KVG	Pension + Betreuung	Pflege nach KVG
<p align="center">Private</p> <p align="center">bei Bedarf Ergänzungsleistungen (EL)</p> <p align="center">(Sozialhilfe: mit neuen EL-Ansätzen per 1. Januar 2008 selten)</p>	<p align="center">Private</p> <p align="center">bei Bedarf Ergänzungsleistungen (EL)</p> <p align="center">(Sozialhilfe: mit neuen EL-Ansätzen per 1. Januar 2008 selten)</p> <p align="center">obligatorische Kranken- versicherung</p> <p align="center">Pauschaltarif gemäss kantonalen Tarifverträgen zwischen Versicherern und Heimen</p>	<p align="center">Private</p> <p align="center">bei Bedarf Ergänzungsleistungen (EL)</p> <p align="center">in der Regel keine Sozialhilfe</p>	<p align="center">Staat</p> <p align="center">Restfinanzierung</p> <p align="center">Private</p> <p align="center">max. 20% von KV, EL</p> <p align="center">obligatorische Kranken- versicherung</p> <p align="center">fixer, nach Zeitaufwand abgestufter Beitrag, für ganze Schweiz von EDI festgelegt</p>

Abb. 1: Kostenträger in Pflegeheimen

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

Um sowohl für alle Bewohnerinnen und Bewohner der Heime als auch für alle Gemeinden – unabhängig davon, ob sie Standortgemeinden von Pflegeheimen sind oder nicht – einheitliche Voraussetzungen zu schaffen, müssen die Kantone schliesslich auch festlegen, welche Regelungen und Zuständigkeiten für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Heimaufenthalten gelten.

1.2.2. Ambulante Langzeitpflege

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

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

Abb. 2: Kostenträger der ambulanten Langzeitpflege

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

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

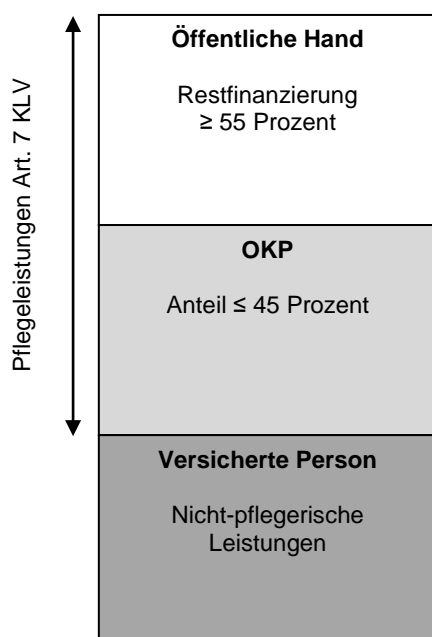
Die Vergütung erfolgt in Zeiteinheiten von fünf Minuten. Zu vergüten sind mindestens zehn Minuten (Art. 7a Abs. 1 und 2 nKLV).

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

1.2.3. Stationäre und ambulante Akut- und Übergangspflege

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

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



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

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

Abb. 3: Kostenträger der Akut- und Übergangspflege

1.2.4. Ergänzungsleistungen

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

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

1.2.5. Hilflosenentschädigung zur AHV

Im AHVG wird eine neue Leistung geschaffen: die Hilflosenentschädigung leichten Grades für Altersrentnerinnen und -rentner, die zu Hause leben (20 Prozent der Mindestrente: 228 Franken monatlich; 2'736 Franken jährlich; Stand 2009). Aus den bundesrechtlichen Vorgaben entsteht weder ein gesetzlicher Anpassungsbedarf noch müssen Kantone und Gemeinden für die neue Hilflosenentschädigung aufkommen. Die Mehrkosten werden durch den Bund finanziert

(Art. 102 Abs. 2 AHVG). Die verwaltungstechnische Umsetzung erfolgt direkt durch die Sozialversicherungsanstalt des Kantons St.Gallen.

1.2.6. Übersicht Regelungsbedarf

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

Die hauptsächlichen Eckwerte und Handlungsfelder lassen sich wie folgt zusammen fassen:

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

Aufgabenbereich mit Neuordnung der Pflegefinanzierung (Fortsetzung)	Eckwerte der Neuordnung	Regelungsbedarf Kantone
Hilflosenentschädigung HE	Anspruch auf HE bei leichter Pflegebedürftigkeit zu Hause	kein Regelungsbedarf, Bundesgesetz regelt abschliessend, aber Anpassung des EL-Vollzugs notwendig

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

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

Zur Schliessung einiger Lücken und zur Lösung einiger Vollzugsprobleme in den Kantonen verabschiedete der Vorstand der GDK am 22. Oktober 2009 zuhanden der Kantone Empfehlungen zur Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Auch für den Kanton St.Gallen bilden diese Empfehlungen wichtige Anhaltspunkte. Allerdings müssen diese auch den kantonalen Begebenheiten angepasst werden. Beispielsweise kann im Kanton St.Gallen auch geprüft werden, ob und wie den Empfehlungen des eidgenössischen Preisüberwachers vom 9. Februar 2010 nachgekommen wird (siehe Ziff. 3.2.4 und 7.2.1).

2. Heutige Situation im Kanton St.Gallen

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung betrifft im Kanton St.Gallen die Tätigkeitsbereiche zweier Departemente: Während das Gesundheitsdepartement für die ambulante Pflege und Betreuung zuständig ist, ist im Bereich der stationären Betagten- und Pflegeeinrichtungen das Departement des Innern verantwortlich.

2.1. Stationäre Langzeitpflege (Betagten- und Pflegeheime)

2.1.1. Historie

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

Im Jahr 1983 erfolgte im Kanton St.Gallen die Anschlussplanung an diese erste Pflegeheimplanung. Es sollten keine weiteren regionalen Pflegeheime gebaut werden. Ziel war nun das gemeindenahere, durchlässige Heim, in dem die Betagten nach Möglichkeit bis zum Tod verbleiben. Bis zu diesem Zeitpunkt war eine Einrichtung entweder ein Altersheim (Bürgerheim) oder ein Pflegeheim. Mit der neuen Ausrichtung konnte gewährleistet werden, dass die Betagten auch bei zunehmender Pflegebedürftigkeit nicht mehr umziehen mussten. Diese Ausrichtung war pionierhaft und entspricht dem Wunsch der Betreuten und ihrer Angehörigen, weshalb diese Ausrichtung auch heute noch vom Kanton verfolgt wird. Das Departement des Innern und das Baudepartement erliessen Richtlinien für die bauliche Gestaltung und den Betrieb von Altersheimen. Mit den Richtlinien wurde angestrebt, Wohnbedürfnisse mit den Pflegeanforderungen zu verbinden und mehr Individualität sowie Privatheit für die Bewohnenden zu gewährleisten.

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

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

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

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

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

Zur materiellen Existenzsicherung von Personen in Betagten- und Pflegeheimen mussten durch den Kanton im Bereich der Ergänzungsleistungen weitere kantonale Rechtsgrundlagen geschaffen werden. Das Ziel der im Jahr 1948 in Kraft getretenen AHV-Gesetzgebung, mit der AHV-Rente den Existenzbedarf zu sichern, konnte nicht erreicht werden. Zur Überbrückung der Differenz zwischen den eigenen Mitteln und dem Aufwand, der für einen angemessenen Existenzbedarf besteht, wurden im Jahr 1966 die Ergänzungsleistungen (EL) geschaffen. Um sicherzustellen, dass Pflegebedürftigkeit in der Regel nicht zu einer Sozialhilfeabhängigkeit führt, wurde per 1. Januar 2008 die maximal anrechenbare Tagespauschale bei Aufenthalt in einem Heim nicht mehr für alle Betroffenen auf 270 Franken begrenzt, sondern nach Pflegebedarf abgestuft (heute maximal 360 Franken je Tag in der höchsten Pflegebedarfsstufe).

2.1.2. Zuständigkeiten

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

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

a) Kanton

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

Die Aufnahme in die kantonale Pflegeheimliste ist u.a. an einen Bedarfsnachweis gebunden. Der Bedarfsplanung, für die im Kanton St.Gallen die politischen Gemeinden zuständig sind, ist der vom Kanton vorgegebene Bedarfsrichtwert zugrunde zu legen. Dieser bemisst sich aktuell nach folgender Formel: 29 Prozent der 80-Jährigen und älteren Personen bei einer Heimauslastung von 96 Prozent. Dieser Richtwert bezieht alle stationären Angebote (z.B. auch Plätze zur spezialisierten Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenzerkrankungen) sowie Pflegeleistungen.

gestufen mit ein und ist über das gesamte Kantonsgebiet, und damit für alle Gemeinden, verbindlich. Der aktuell gültige kantonale Bedarfsrichtwert sowie die Grundlagen zur Angebotsplanung werden zurzeit im Rahmen des Projekts «Bedarfsrichtwert» in Zusammenarbeit mit den politischen Gemeinden, den Krankenversicherern sowie dem Verband CURAVIVA St.Gallen überprüft (vgl. Ziff. 2.1.5).

Die Aufnahme der Plätze eines Pflegeheims in die kantonale Pflegeheimliste ist nebst dem Bedarfsnachweis an die Erfüllung von qualitativen Zulassungsbedingungen geknüpft. Das Einhalten der Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 39 KVG wird durch das Amt für Soziales des Kantons St.Gallen überprüft: ausreichende ärztliche Betreuung, genügend Fachpersonal, zweckentsprechende medizinische Einrichtungen und pharmazeutische Versorgung.

Nach Art. 31 SHG obliegt dem Kanton die Zuständigkeit zur Qualitätsprüfung in Betagten- und Pflegeheimen. Dazu wurden unter Beteiligung aller Akteure Qualitätsziele und Empfehlungen bezüglich Qualitätssystemen erarbeitet. Zur Gewährleistung der infrastrukturellen Qualität liegen mit den kantonalen Richtlinien zur baulichen Gestaltung von Betagtenheimen spezifische infrastrukturelle Standards vor. Diese beiden Grundlagen werden im Rahmen des Projekts «Basisqualität» aktuell im Amt für Soziales unter Beteiligung der Hauptakteure überarbeitet (vgl. Ziff. 2.1.5).

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

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

b) Gemeinde

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

Die Wohnortnähe stellt beim stationären Angebot ein wesentliches Prinzip dar: Wird der Eintritt in ein Heim unumgänglich, sollen in der Nähe zum bisherigen Wohnort ausreichend Angebote zur Verfügung stehen. Dabei sollen die älteren Menschen und ihre Angehörigen nicht nur autonom in der Wahl des Heims, sondern auch des Eintrittszeitpunkts sein.

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

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

2.1.3. Leistungsangebot

a) Pflegeheimangebot

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

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

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

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

Gemäss Bundesstatistik der sozialmedizinischen Institutionen lebten im Jahr 2008 806 Betagte aus anderen Kantonen in einer st.gallischen Einrichtung (entspricht rund zehn Prozent aller Bewohnenden von st.gallischen Betagten- und Pflegeheimen). Fast gleichviele Betagte (778) aus dem Kanton St.Gallen lebten in ausserkantonalen Betagten- und Pflegeheimen. Die Nutzungsverflechtungen werden mit der neuen Pflegefinanzierung Relevanz erhalten: Es ist sicherzustellen, dass die Herkunftskantone und -gemeinden für ihre Bewohnenden die Restfinanzierung der Pflegekosten sicherstellen. Ansonsten entstünden Fehlanreize hinsichtlich der Angebotsbereitstellung, und Kantone sowie Gemeinden mit qualitativ und quantitativ angemessenem bzw. gutem Angebot hätten das Nachsehen. Zudem würde damit die Angebotssicherheit län-

gerfristig gefährdet, da keine Weiterentwicklungen des Angebots erfolgten, obschon diese mit Blick auf die demographische Entwicklung zwingend ist.

b) Tagesstättenangebot

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

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

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

2.1.4. Finanzierung

a) Finanzierung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung

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

Die Kostenübernahme von Pflegeleistungen durch die Krankenversicherer mittels Tagespauschalen erfolgt über zwölf Stufen je nach Pflegebedürftigkeit. Die Betagten- und Pflegeheime erheben den Pflegebedarf entweder mit dem BESA- oder mit dem RAI-System. Die Krankenversicherer leisten seit 1. Januar 2009 bis zum Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung Tagespauschalen von Fr. 11.50 (BESA-Stufe 1a) bis Fr. 204.– (RAI-Stufe 12). Umgerechnet

auf eine stationäre Pflegeminute ergibt sich heute ein durchschnittlicher Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von Fr. 0.91.

b) *Finanzierung durch Ergänzungsleistungen*

Der Kanton beteiligt sich über die Ausrichtung von EL in erheblichem Mass an der Finanzierung der anrechenbaren Pensions-, Betreuungs- und Pflegekosten, die nicht durch die betagten Personen selbst gedeckt werden können. Nach Art. 13 ELG werden die EL zu fünf Achteln vom Bund und zu drei Achteln von den Kantonen getragen. Bei in Heimen (oder Spitälern) lebenden Personen übernimmt der Bund fünf Achtel der jährlichen EL, soweit die Beträge für den allgemeinen Lebensbedarf, für den höchstmöglichen Mietzins und für die anerkannten Ausgaben nach Art. 10 ELG durch die angerechneten Einnahmen nicht gedeckt sind. Den Rest tragen die Kantone. Gegenwärtig ergibt sich so bezüglich der in Heimen lebenden Personen eine Aufteilung der Kosten von rund 13 Prozent für den Bund und rund 87 Prozent für den Kanton. Im Kanton St.Gallen trägt der Kanton 100 Prozent des Aufwands, der nach Abzug des Bundesbeitrags verbleibt (V. Nachtrag zum Ergänzungsleistungsgesetz vom 3. Juni 2009).

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

- a) Fr. 180.– für Personen ohne Pflegebedürftigkeit und für Betagte in stationären Einrichtungen, die nicht auf einer kantonalen Pflegeheimliste nach Art. 39 des eidgenössischen Krankenversicherungsgesetzes vom 18. März 1994 aufgeführt sind;
- b) Fr. 240.– bei BESA 1 a bis 1 c oder RAI 1;
- c) Fr. 270.– bei Pflegestufen BESA 2 a bis 2 c oder Rai 2 und 3;
- d) Fr. 300.– bei Pflegestufen BESA 3 a bis 3 c oder RAI 4 und 5;
- e) Fr. 360.– bei Pflegestufen BESA 4 a bis 4 c oder RAI 6 bis 12.

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

2.1.5. *Quantitative und qualitative Weiterentwicklung*

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

Unter Hinzunahme der bisherigen Planungsannahmen (vgl. Ziff. 2.1.2, kantonaler Bedarfsrichtwert) sind aufgrund dieser Bevölkerungsentwicklung im Kanton St.Gallen bis ins Jahr 2020 rund 1'700 neue Plätze für die stationäre Betreuung und Pflege von Betagten notwendig. Neben der Schaffung von stationären Mehrplätzen in Betagten- und Pflegeheimen sind künftig auch vermehrt weitere Angebote wie Tagesstätten, Betten für einzelne Übernachtungen oder Plätze für temporäre Aufenthalte bereitzustellen. In Kombination mit den Leistungen der Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause kann so nicht nur den Bedürfnissen der pflege- und

betreuungsbedürftigen Menschen, sondern vor allem auch der pflegenden Angehörigen Rechnung getragen werden.

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

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

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

2.2.1. Historie

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

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

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

2.2.2. Zuständigkeiten

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

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

- öffentlich subventionierte Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause;
- private Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause;

- freiberuflich tätige Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner.

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

2.2.3. *Leistungsangebot und Datenlage*

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

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

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

Die Hilfe zu Hause umfasst:

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

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

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

2.2.4. *Finanzierung*

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

3. Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung in der stationären Langzeitpflege

3.1. Neue Gesetzesgrundlage

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

von den Finanzierungsregelungen im Pflegeheimbereich, ist die Schaffung einer neuen kantonalen Gesetzesgrundlage für eine legislative Umsetzung der Pflegefinanzierung angezeigt.

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

3.2. Regelungsbedarf im Kanton St.Gallen

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

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

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

3.2.1. Zulassung als Leistungserbringer

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

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

3.2.2. *Abgrenzung von Pflege und Betreuung*

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

3.2.3. *Beiträge der Versicherungen und der Bewohnenden*

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

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

Die neu von Kanton und Gemeinden zu tragende Restfinanzierung umfasst nach Art. 25a Abs. 5 nKVG sämtliche Pflegekosten, die nicht durch den Beitrag der Sozialversicherungen und den Beitrag der pflegebedürftigen Person gedeckt sind. Dabei gelten Beiträge der EL und Hilflosenentschädigungen nicht als Sozialversicherungen im Sinn der neuen Bestimmungen und dürfen nicht zur Deckung des Restfinanzierungsbeitrags von Kanton und Gemeinden herangezogen werden, sondern dienen den Privatpersonen zur Deckung ihres Beitrags an die Pflege- und Betreuungskosten.

3.2.4. *Anrechenbare Pflegekosten*

Der von der öffentlichen Hand zu finanzierende Rest der Pflegekosten wird durch das Bundesrecht nicht limitiert. Als wesentliche Kostenträger haben Kanton und Gemeinden damit ein legitimes Interesse, auf die Kostenentwicklung im Bereich der Pflege Einfluss zu nehmen und finanzielle Fehlanreize für die Leistungserbringer zu vermeiden. Die GDK empfiehlt deshalb, die Pflgetaxen normativ bzw. Höchstwerte festzulegen. Die eidgenössische Preisüberwachung hat diesbezüglich starke Vorbehalte angemeldet, da sie insbesondere eine Verletzung des Tarifschutzes nach Art. 44 KVG befürchtet. Würden die Kantone Norm- oder Höchstwerte festlegen, würden die ungedeckten Pflegekosten der Leistungserbringer auf Betreuungs- oder Pensionskosten und damit auf die Bewohnerinnen und Bewohner überwälzt. Dies würde klar gegen den Tarifschutz nach Art. 44 KVG verstossen.

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

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

Eine normative Festlegung der Pflegetarife für sämtliche Pflegeheime ist ein sehr grosser Eingriff in die Preisgestaltung und garantiert keine wirtschaftliche Leistungserbringung. Die Festlegung eines Kostendachs (Höchstansätze) hat sich dagegen bereits in anderen Bereichen, insbesondere bei den EL, bewährt. Damit werden die effektiven Pflegekosten je Heim bis zu einem je Pflegestufe festgelegten maximalen Kostendach vergütet. Sofern die effektiven Kosten tiefer sind, werden diese verrechnet. Diese Höchstansätze sollen wie in der EL auf Verordnungsstufe festgelegt werden. Grundlage für die Festlegung der anrechenbaren Pflegeleistungen bilden die Kostenrechnungen der Heime, welche diese bereits heute nach Krankenversicherungsrecht und nach Verbandsvorgaben erstellen müssen. Um zu verhindern, dass ungedeckte Pflegekosten auf die Betreuungskosten umgelagert werden, kann das Kostendach für die gesamten Pflege- und Betreuungskosten festgelegt werden. In einem zweiten Schritt müsste sodann im Bedarfsfall das anerkannte Verhältnis der Kostenaufteilung zwischen Pflegeleistungen und Betreuungskosten festgelegt werden (beispielsweise 75 Prozent Pflege und 25 Prozent Betreuung). Die Schaffung solcher Steuerungsmöglichkeiten ist notwendig, um im Bedarfsfall den Tarifschutz nach Art. 44 KVG sicherzustellen, da im Heimalltag, wie bereits erwähnt, eine klare Trennung zwischen Betreuung und KVG-relevanter Pflege nur bedingt möglich ist.

3.2.5. *Abwicklung*

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

Um den Aufwand für die Abwicklung der Restfinanzierung möglichst gering zu halten, müssen die Zahlungsabläufe für alle Personen mit Wohnsitz im Kanton St.Gallen – unabhängig, ob sie

in einem st.gallischen oder ausserkantonalen Pflegeheim leben – zentral und einheitlich abgewickelt werden. Da sich die Zuständigkeit des Kantons und seiner Gemeinden an den EL orientiert, ist eine EL-nahe Abwicklung sachgerecht. Bereits rund die Hälfte der St.Gallerinnen und St.Galler in Pflegeheimen bezieht EL und ist damit bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons St.Gallen (SVA) bereits bekannt. Eine EL-nahe Abwicklung bietet deshalb Gewähr für eine kostengünstige und reibungslose Abwicklung der Restfinanzierung.

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

3.2.6. *Finanzierung von Tages- und Nachtaufenthalten*

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

3.2.7. *Übergangsbestimmung*

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

3.2.8. *Controlling*

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

In Art. 11 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SG 832.104) werden Betagten- und Pflegeheime verpflichtet, eine Finanzbuchhaltung, eine Anlagebuchhaltung und eine Kostenrechnung für die Pflegeleistungen zu führen. Diese Bestimmungen gelten aber genau genommen

nur für den Ausweis von pflegerischen Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV. Um aber beispielsweise eine nach Art. 44 KVG widerrechtliche Umlagerung von Pflegekosten, die über dem anerkannten Kostendach liegen, feststellen zu können, soll die Regierung die Möglichkeit erhalten, auch Bestimmungen zu den Betreuungs- und Pensionskosten zu erlassen.

3.2.9. *Bewilligung, Zulassung und Aufsicht durch eine Staatsebene*

Wie unter Ziff. 2.1.2 erläutert, werden grundsätzlich zwei Verfahrensarten unterschieden:

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

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

Während der Kanton für Bewilligung und Aufsicht über die privaten Einrichtungen ohne Leistungsvereinbarung mit einer Gemeinde zuständig ist, obliegt die Aufsicht über die öffentlich-rechtlichen Einrichtungen sowie über die privaten Einrichtungen mit einer Leistungsvereinbarung den politischen Gemeinden. Diese Regelung führt dazu, dass bei Pflegeheimen, die von politischen Gemeinden getragen werden, keine Unterscheidung zwischen Selbstkontrolle (Aufsicht durch den Träger) und Fremdkontrolle (vom Träger unabhängige Aufsicht) erfolgt. Bei öffentlichen Einrichtungen findet gemäss aktueller Zuständigkeitsregelung keine unabhängige Beaufsichtigung statt. Bei privaten Einrichtungen übernimmt sie der Kanton bereits heute.

Diese Regelung im Betagtenbereich unterscheidet sich insbesondere von den Bestimmungen für Kinder- und Jugendheime. Dort hat es sich bewährt, zwischen Selbstkontrolle eines Trägers und Fremdkontrolle einer unabhängigen Aufsichtsstelle zu unterscheiden. Das entbindet den Träger einer Einrichtung aber keineswegs davon, seine Tätigkeit selbst zu überprüfen.

Da sich die betagten pflegebedürftigen Personen in einem hohen Abhängigkeitsverhältnis befinden und ihr Wohl ein besonders schützenswertes hohes Gut ist, sollten die bestehenden Zuständigkeiten in der Aufsicht überprüft werden. Die Regierung schlägt deshalb vor, für alle Pflegeheime eine vom Träger unabhängige Aufsicht vorzusehen und damit die Aufsicht über die Pflegeheime zu vereinheitlichen. Damit können allfällige Verletzungen der Gewaltentrennung auf Gemeindeebene vermieden werden. Im Weiteren kann mit dieser Lösung die mit der Gesetzesvorlage erforderliche Steuerungsfunktion des Kantons optimiert sowie eine bessere Abstimmung der Bewilligungs- und Zulassungsverfahren erreicht werden. Die beiden Verfahren können so in eine kohärente Systematik überführt und die verschiedenen Prozesse im Sinn einer Gesamtkonzeption aufeinander abgestimmt werden. Zudem besteht damit die Gewähr, dass der Kanton bei Verletzung direkt das Wohl und den Schutz der Pflegebedürftigen in Heimen sichern kann.

4. Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung in der ambulanten Langzeitpflege

4.1. Zuständigkeit der politischen Gemeinden

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

haben, bei den Gemeinden. Somit obliegt auch die Restfinanzierung der Pflegekosten der ambulanten Langzeitpflege den Gemeinden.

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

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

4.2. Zuständigkeit des Kantons

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

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

4.3. Beiträge der Leistungsbezüglerinnen und -bezügler

Die nach Abzug des Versichererbeitrags verbleibenden Pflegekosten dürfen teilweise den Leistungsbezüglerinnen und -bezügern verrechnet werden. Da diese bereits durch Franchise und Selbstbehalt einen Teil der Pflegekosten selber tragen, soll im Kanton St.Gallen nicht der nach KVG maximal zulässige Betrag von 20 Prozent des höchsten vom EDI für die Krankenversicherer festgelegten Pflegebeitrags je Stunde, sondern 10 Prozent des von der OKP vergüteten Betrags, aber maximal 10 Prozent des höchsten vom EDI für die Krankenversicherer festgelegten Pflegebeitrags je Stunde überbürdet werden, d.h. maximal 10 Prozent von Fr. 79.80. Somit haben die Klientinnen und Klienten nebst Selbstbehalt und Franchise je Tag maximal Fr. 8.– an die Pflegekosten der ambulanten Leistungen der Langzeitpflege zu bezahlen. Keine Beteiligung der Leistungsbezüglerinnen und -bezügler ist vorgesehen, wenn es sich bei den Leistungsbezüglerinnen und -bezügern um Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Altersjahr handelt. Bei dieser Bezugsgruppe wird auf eine Kostenbeteiligung verzichtet, da für sie nach Art. 64 Abs. 4 KVG auch keine Franchise und nur höchstens die Hälfte des Selbsthalts berechnet wird. Der Philosophie, dass Kinder und Jugendliche von einer Kostenbeteiligung entlastet werden, soll auch in der Neuordnung der Pflegefinanzierung gefolgt werden. Im Bereich der ambulanten Langzeitpflege beanspruchen Kinder und Jugendliche weniger als zwei Prozent der Leistungen. Ein Verzicht auf eine Kostenbeteiligung hat deshalb fast keine Auswirkungen auf den von den Gemeinden zu tragenden Kostenanteil.

4.4. Abwicklung

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

4.5. Übergangsbestimmung

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

5. Umsetzung der Akut- und Übergangspflege

5.1. Anordnung

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

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

5.2. Zulassung als Leistungserbringer

Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege können gemäss Art. 7 Abs. 3 nKLV von stationären Einrichtungen (Pflegeheime), Organisationen und Personen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie Pflegefachfrauen und -männern erbracht werden. Spitäler (darunter fallen auch Rehabilitationskliniken) sind gemäss KLV keine zugelassenen Leistungserbringer für Akut- und Übergangspflege. Da es sich bei der Akut- und Übergangspflege nicht um eine neue Leistung handelt, wird auf die Festlegung von Zulassungsbedingungen verzichtet, womit sämtliche Leistungserbringer, die zur Erbringung von KVG-Pflegeleistungen ermächtigt sind, auch Akut- und Übergangspflege anbieten können. Wie bisher können die Leistungserbringer im stationären Bereich diese Leistung im Rahmen der zugelassenen Heimplätze erbringen. Es werden für Akut- und Übergangspflege deshalb keine zusätzlichen Heimplätze zugelassen.

5.3. Finanzierung (Kostenträger, -anteile, Pauschalen)

Nach Art. 25a nKVG hat der Wohnkanton mindestens 55 Prozent und die obligatorische Krankenpflegeversicherung höchstens 45 Prozent der Pflegeleistungen zu finanzieren. Die Formu-

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

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

Zum heutigen Zeitpunkt ist noch nicht klar, wie hoch die nach Art. 25a Abs. 2 nKVG von den Krankenversicherern und den Leistungserbringern auszuhandelnden Pauschalen sein werden. Die Pauschalen müssen durch die Regierung nach Art. 46 Abs. 4 KVG genehmigt werden. Des Weiteren ist noch ungewiss, wie sich die Inanspruchnahme entwickeln bzw. wie lange die Akut- und Übergangspflege durchschnittlich benötigt und verordnet wird (maximal 14 Tage).

5.4. Abwicklung

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

6. Finanzielle Auswirkungen

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

6.1. Stationäre Langzeitpflege

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

6.1.1. Kostenschätzung für die stationäre Pflege

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

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

Die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Gesamtkosten von 171 Mio. Franken dürften sich künftig näherungsweise wie folgt verteilen:

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

¹⁾ In der Umrechnung der bisherigen BESA-Stufen 4 kann nicht der Ø über alle 5 Teilstufen berechnet werden, da im Kanton St.Gallen gemäss Datenerhebung vor allem die beiden untersten Stufen gepflegt werden.

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

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

¹⁾ BESA 1: In dieser Stufe entsteht keine Restfinanzierung. Die Privaten haben den Betrag, der nicht durch die KV-Beiträge gedeckt ist, zu bezahlen, da dieser in jedem Fall kleiner ist als 20% des max. KV-Tarifs (Berechnung: Pflegekosten 8,25 Mio. – Beitrag KV 5,67 Mio. = Anteil Private 2,58 Mio.).

²⁾ BESA 2: Gemäss Datenerhebung entstanden im Jahr 2008 in dieser Stufe durchschnittliche Beiträge der Privaten von Fr. 19.07 je Tag.

³⁾ BESA 3 - 4: Diese Stufen entsprechen den neuen (12-stufigen) KLV-Stufen e – l. Nach Abzug des Beitrags der Krankenversicherer verbleibt in jedem Fall ein Restbetrag von mehr als 20% des max. KV-Tarifs. Damit ist der max. Privatanteil von Fr. 21.60 zu berechnen.

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

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

6.1.2. *Entwicklungen und Handlungsfelder im Kostenbereich*

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

Die in der Datenerhebung des Kantons ermittelten Pflegekosten zeigen grosse Unterschiede in den ausgewiesenen Pflegekosten der einzelnen Heime. Während z.B. das günstigste Heim in der Pflegestufe BESA 4 durchschnittliche Pflegekosten je Tag unter 100 Franken auswies, beliefen sich diese Kosten für das teuerste Heim auf mehr als 200 Franken. Mit einem errechneten gewichteten Mittelwert von rund 152 Franken könnten nur rund 60 Prozent der ausgewerteten Betagten- und Pflegeheime ihre Pflegekosten decken. Diesem Umstand ist insbesondere bei der Festlegung des künftigen maximalen Kostendachs je Pflegestufe Rechnung zu tragen. Das Bundesamt für Gesundheit erteilte INFRAS Zürich den Auftrag, die Kosten der Pflegeleistungen nach KVG für das Jahr 2004 zu ermitteln. Im INFRAS-Schlussbericht wurden je BESA-Punkt für KVG-Pflege durchschnittliche Kosten von Fr. 2.81 und Kosten je Minute Pflege von Fr. 0.89 ausgewiesen. Die Datenerhebung des Kantons zeigte für das Jahr 2008 ein fast unverändertes Kostenbild und ermittelte durchschnittliche Kosten von Fr. 2.82 je BESA-Punkt und Fr. 0.91 je Minute Pflege.

Für die oben dargelegte Ermittlung der reinen Pflegekosten mussten die eingereichten Zahlen der Kostenstelle 110 (Pflege und Betreuung) aufgeteilt werden. Diese Abgrenzung in KVG- und nicht-KVG-pflichtige Leistungen sind im Alltag bei den Pflegeheimen nicht immer klar. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass in den Pflegekosten auch Kosten für Betreuungsaufgaben enthalten sind. Diese Aufteilung beeinflusst massgeblich die Ermittlung der Gesamtkosten für die KVG-Pflege und damit die Höhe der Restfinanzierung. Der in den Heimen angewandte Verteilschlüssel der Löhne stützt sich auf Messungen und Schätzungen und wird von CURAVIVA mit 80:20 geschätzt (80 Prozent Pflege, 20 Prozent Betreuung). Aufgrund der Datenerhebung wurde jedoch ein durchschnittliches Kosten-Verhältnis von 75 Prozent Pflege zu 25 Prozent Betreuung nachgewiesen. Die Hochrechnungen zur Restfinanzierung in der stationären Langzeitpflege basieren auf diesem durch den Kanton ermittelten Kosten-Verhältnis.

Die von der Regierung vorgeschlagene Begrenzung der anerkannten Pflegekosten durch ein Kostendach hat zur Folge, dass Heime, deren Pflegekosten über dem Kostendach liegen, versucht sind, ihre nicht gedeckten Pflegekosten auf die Betreuungs- oder Pensionskosten umzulegen. Der Preisüberwacher macht geltend, dass damit der Tarifschutz gemäss Art. 44 KVG verletzt werde und die Bewohnerinnen und Bewohner einen Teil der Pflegekosten mittels überhöhter Betreuungs- oder Pensionstarife mitfinanzieren müssten. Die Regierung hat aber neben Qualitätsvorgaben auch Vorgaben bezüglich Wirtschaftlichkeit zu machen. Eine Anerkennung

der vollen individuellen Pflegekosten je Heim kommt aus wirtschaftlicher Sicht nicht in Frage. Das Gesetz über die Pflegefinanzierung muss deshalb verschiedene Mechanismen vorsehen, wie der Kanton auf die Kostenentwicklung Einfluss nehmen und den Vorgaben des KVG (vor allem Tarifschutz) Nachachtung verschaffen kann. Auf Verordnungsstufe ist dies zu konkretisieren. Die Führung einer standardisierten Kostenrechnung durch die Heime ist ebenso vorzusehen. Damit die Heime nicht kurzfristig in finanzielle Nöte geraten, ist ihnen aber auch die nötige Zeit einzuräumen, um mit betrieblichen Massnahmen auf die neuen Vorgaben reagieren zu können.

Im Rahmen der Datenerhebung konnte festgestellt werden, dass sich viele Heime – wie in den meisten Marktsegmenten der freien Marktwirtschaft üblich – bei der Festlegung ihrer Tarife oft nicht an der Kostenstruktur, sondern am geschätzten Marktpotential und allfälligen maximalen Vorgaben des Marktes orientieren. Dies zeigt sich im Bereich der Pflege im Kanton St.Gallen insbesondere an einer starken Orientierung am Maximum der Ergänzungsleistungen. Die Verordnung zu den anrechenbaren Tagespauschalen im Ergänzungsleistungsbereich hat diesem Umstand Rechnung zu tragen und ist zudem auf das zwölfstufige System anzupassen. Zudem ist sicherzustellen, dass die öffentliche Hand Tarife mitfinanziert, die auf anerkannten Kosten basieren und nicht aufgrund blosser Marktlogik festgesetzt wurden.

6.2. Ambulante Langzeitpflege

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

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

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

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

6.3. Stationäre und ambulante Akut- und Übergangspflege

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

- Da es sich hier nicht um ein neues Leistungssegment, sondern lediglich um einen veränderten Finanzierungsmodus für eine bereits bisher angebotene Leistung handelt, be-

- ruhen die Kostenberechnungen nicht auf einem zusätzlichen Bettenbedarf, sondern auf den geschätzten bisherigen Pflagetagen (stationär) und Pflagestunden (ambulant).
- Aufgrund fehlender Vergleichs- und Erfahrungswerte basieren die nachfolgenden Zahlen auf Schätzungen. Auch die der Berechnung zugrunde liegenden Stunden-Ansätze mussten geschätzt werden, da die von den Leistungserbringern und Krankenversicherern zu vereinbarenden Pauschalen noch ausstehen.
 - Eine vorsichtige Aufwandschätzung, die sich unter anderem auch auf Daten aus Kantonen stützt, die über entsprechende Daten verfügen oder deren Schätzungen sich auf eine Auswertung aussagekräftiger Austrittsstatistiken der Spitäler stützen, geht im stationären Bereich von einem maximalen Bedarf von einem Prozent der insgesamt geleisteten Pflage tage und im ambulanten Bereich von maximal zehn Prozent der insgesamt geleisteten Pflagestunden aus.

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

6.4. Ergänzungsleistungen EL

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

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

Neu wird mit der Restfinanzierung der stationären Langzeitpflage ein den EL vorgelagerter Kostenträger installiert. Die Pflagebedürftigen, die heute aufgrund der durch sie zu tragenden hohen Kosten durch Pflageheimaufenthalte häufig auf EL angewiesen waren, werden entlastet. Deshalb erfahren auch die EL eine Entlastung bei der bedarfsabhängigen Finanzierung der Pflagekosten. Aufgrund der neuen vorgelagerten Restfinanzierung dürften gegen 150 Personen die bisherige EL-Anspruchsberechtigung verlieren, sofern sie nicht wiederum von den höheren Vermögensfreibeträgen profitieren. Die restlichen EL-Beiträge für Pflageheimbewohnende dienen der Deckung von weiteren Aufenthaltskosten (Betreuung und Pension), weshalb darüber hinaus keine Einsparungen erwartet werden können. Eine genaue Berechnung der EL-Entlastung ist schwierig und kann nur geschätzt werden. Aktuell wird auf Basis des Jahres 2008, in welchem die EL rund 88 Mio. Franken an Aufenthalte in Pflageheimen leisteten, davon ausgegangen, dass die EL um rund 25 Mio. Franken jährlich entlastet werden.

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

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

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

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

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

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

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

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

Die interkantonale Nutzungsverflechtung und die Umsetzung des Wohnsitz- bzw. Herkunftsprinzips machen überdies ein Engagement des Kantons in der Abwicklung notwendig. Deshalb

soll die Abwicklung der Restfinanzierung der stationären Langzeitpflege zentral geregelt werden und durch die SVA erfolgen. Die Kostenübernahme durch Kanton und Gemeinden sind im Sinn eines verwaltungsökonomischen Modells analog der vormaligen EL-Lösung und wie im Schulbereich zu pauschalieren. Es ist insbesondere zu vermeiden, dass Fehlanreize geschaffen werden und die Indikation für einen Heimaufenthalt von Finanzierungsproblemen und Zuständigkeitsstreitigkeiten überlagert wird. Würden insbesondere die Gemeindebeiträge nicht pauschaliert, wäre mit wesentlich höheren EDV- und Personalkosten bei der Abwicklung zu rechnen. Die Durchführungskosten für die vorgeschlagene Pauschalkostenabwicklung werden auf rund 2 Mio. Franken geschätzt und können ebenfalls dem gewählten Kostenteiler unterliegen.

Neben Kanton und Gemeinden müssen sich auch die Pflegeheime, die Betroffenen und ihre Angehörigen auf die Neuerungen vorbereiten. Die Umsetzungsfrist dürfte bereits zu knapp ausfallen. Auch deshalb soll das Umsetzungsmodell für den Kanton St.Gallen so einfach wie möglich gehalten werden. Allfällige Detaillierungsprozesse sollten auf Basis von fundierten Umsetzungserfahrungen vorgenommen werden. Es ist deshalb ein Wirkungsbericht nach drei bis fünf Jahren vorzusehen. Darin sind auch die finanziellen Auswirkungen auf Kanton und Gemeinden zu beleuchten.

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

Leistungsspektrum	Kostenträger				Gesamtkosten Fr. ¹⁾
	obligatorische Kranken- versicherung	Leistungs- bezüger (Private)	Gemeinden	Kanton	
Langzeitpflege Pflegeheime (inkl. Tages- und Nachtstätten; exkl. Pensions- und Betreuungskosten)					
bisher	93'250'000	82'250'000	0	0	175'500'000
Neuordnung Pflegefinanzierung ²⁾	93'250'000	34'750'000	15'500'000 ²⁾	32'000'000 ²⁾	
Mehrbelastung / Entlastung (-)	0	-47'500'000	15'500'000	32'000'000	
Langzeitpflege Spitex (exkl. haus- und gemeinwirtschaftliche Leistungen)					
bisher	20'500'000	0	11'000'000	0	31'500'000
Neuordnung Pflegefinanzierung	20'500'000	2'000'000	9'000'000		
Mehrbelastung / Entlastung (-)	0	2'000'000	-2'000'000	0	
Akut- und Übergangspflege Pflegeheime					
bisher ³⁾	1'300'000	1'700'000	0	0	3'000'000
Neuordnung Pflegefinanzierung	1'300'000	0	1'700'000	0	
Mehrbelastung / Entlastung (-)	0	-1'700'000	1'700'000	0	
Akut- und Übergangspflege Spitex					
bisher ³⁾	2'300'000	0	1'200'000	0	3'500'000
Neuordnung Pflegefinanzierung	1'600'000	0	1'900'000	0	
Mehrbelastung / Entlastung (-)	-700'000	0	700'000	0	

Leistungsspektrum (Fortsetzung)	Kostenträger				Gesamtkosten Fr. ¹⁾
	obligatorische Kranken- versicherung	Leistungs- bezügler (Private)	Gemeinden	Kanton	
Ergänzungsleistungen EL					
Entlastung EL	0	25'000'000	0	-25'000'000	
Erhöhung Vermögensfreibeträge	0	-8'500'000	0	8'500'000	
Mehrbelastung / Entlastung (-)	0	16'500'000	0	-16'500'000	
Veränderungen / Gesamttotal	-700'000	-30'700'000	15'900'000	15'500'000	

- ¹⁾ Berechnungsbasis 2008; inkl. 2% Teuerung, jedoch ohne Kostensteigerung für Mengen- und Kostenzuwachs bis zur Einführung und Abwicklungs- / Verwaltungskosten.
- 2) Berechnung der Kostenaufteilung Restfinanzierung Langzeitpflege Pflegeheime: Die stationäre Langzeitpflege ist Sache der Gemeinden. Der Kanton beteiligt sich jedoch aus Gründen der Steuerung sowie des Wirkungszusammenhangs mit der EL und trägt die abzüglich seiner EL-Nettoeinsparungen verbleibenden Kosten zusammen mit den Gemeinden je zur Hälfte. Dies ergibt folgenden Berechnungsmodus:
 Restfinanzierung Langzeitpflege Pflegeheime 47,5 Mio.
 abzüglich Netto-Entlastung EL 16,5 Mio. (Kostenträger Kanton)
 = zu verteilende Restkosten Restfinanzierung 31,0 Mio. (Kostenträger je zur Hälfte Kanton und Gemeinden)
 Dies entspricht einer Aufteilung der gesamten Mehrbelastungen von 1/3 auf die Gemeinden und 2/3 auf den Kanton.
- 3) Akut- und Übergangspflege: Da es sich hier nicht um eine neue Pflegeleistung, sondern lediglich um ein neues Abrechnungssegment handelt, wurden diese Leistungen bisher im Rahmen der normalen Pflegeleistungen von Pflegeheimen und Spitex erbracht und im gleichen Verhältnis wie die übrigen Leistungen durch die Kostenträger finanziert.

Den Netto-Entlastungen für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und für die Pflegebedürftigen von 31,4 Mio. Franken stehen Netto-Mehrbelastungen für Kanton und Gemeinden von 33,4 Mio. Franken gegenüber. Die Belastungen von Kanton und Gemeinden halten sich mit dem vorgeschlagenen Kostenübernahme-Modell die Waage.

7. Bemerkungen zu einzelnen Artikeln

7.1. Allgemeine Bestimmungen (Art. 1 – 5)

Geltungsbereich (Art. 1)

Nach Art. 25a nKVG haben die Kantone die Restfinanzierung der Pflegeleistungen zu regeln. Der Erlass regelt demgemäss die Finanzierung der Pflegeleistungen, die in einem Pflegeheim oder ambulant erbracht werden, sowie die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege, soweit nicht Dritte für die Finanzierung aufzukommen haben. Vom Geltungsbereich des Erlasses erfasst ist die Finanzierung der Pflegeleistungen und der Leistungen der Akut- und Übergangspflege für Personen mit Wohnsitz im Kanton St.Gallen (vgl. auch Art. 2, 3 und 8).

Zuständige Wohnsitzgemeinde (Art. 2)

Nach Art. 13 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (SR 830.1; abgekürzt ATSG) richtet sich der Wohnsitz in der Sozialversicherung nach Art. 23 ff. des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (SR 210; abgekürzt ZGB). Im vorliegenden Erlass gilt als zuständige Wohnsitzgemeinde die politische Gemeinde, in welcher die versicherte Person vor erstmaligem Heimeintritt ihren Wohnsitz hatte. Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim kann es unter Umständen vorkommen, dass der zivilrechtliche Wohnsitz der versicherten Person im Sinn von Art. 23 Abs. 1 ZGB an die Standortgemeinde des Pflegeheims wechselt (vgl. BGE 133 V 309). Um die Standortgemeinden von Pflegeheimen nicht zu benachteiligen, sieht der zweite Satz von Art. 2 vor, dass der Eintritt in ein Pflegeheim die Zuständigkeit der bisherigen Wohnsitzgemeinde für die Finanzierung nicht verändert. Dies entspricht der Regelung in Art. 21 Abs. 1 ELG (SR 831.30) für den Bereich der Ergänzungsleistungen sowie Art. 5 des Bundesgesetzes über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger vom 24. Juni 1977 (SR 851.1; abgekürzt ZUG) für die wirtschaftliche Sozialhilfe. Das KVG selbst enthält keine entsprechende Regelung. Da Art. 2 lediglich im innerkantonalen Verhältnis gilt, wird die Finanzie-

zung von Pflegeleistungen für Personen mit Wohnsitz in einem anderen Kanton, die in einem st.gallischen Pflegeheim gepflegt werden, in Art. 8 des Erlasses behandelt.

Leistungserbringer (Art. 3)

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

Neu können nach Art. 7 Abs. 2^{ter} in Verbindung mit Art. 7a Abs. 4 nKLV auch Leistungen von Tages- und Nachtstrukturen mit den gleichen Ansätzen wie im stationären Angebot abgegolten werden. Nach Art. 38 KVG regelt der Bundesrat die Zulassung weiterer Leistungserbringer nach Art. 35 Abs. 2 Bst. c-g, i und m KVG. Tages- und Nachtstrukturen sind unter Art. 35 Abs. 2 Bst. e KVG zu subsumieren. Die Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen wird auf Bundesebene bis anhin jedoch nicht geregelt. Als Übergangsbestimmung räumt Art. 24 der Regierung für die Dauer bis zum Erlass bundesrechtlicher Bestimmungen die Möglichkeit ein, durch Verordnung die Zulassung von Tages- und Nachtstätten als Leistungserbringer zu regeln. Damit kann die bestehende Lücke bei der Zulassung von Tages- und Nachtstätten bis zum Vorliegen bundesrechtlicher Bestimmungen geschlossen werden.

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

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

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

Mitwirkungspflicht (Art. 4)

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

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

Verfahren (Art. 5)

Nach Art. 2 ATSG kommen für das Verfahren grundsätzlich die Bestimmungen des ATSG zur Anwendung, wenn und soweit es die einzelnen Sozialversicherungsgesetze des Bundes vorsehen. Art. 1 Abs. 1 KVG erklärt die Bestimmungen des ATSG auf die Krankenversicherung als anwendbar, soweit das KVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vorsieht. In Bezug auf die Neuregelung der Finanzierung nach Art. 25a nKVG sieht das KVG weder eine Abweichung vor, noch sind Bereiche als Ganzes ausdrücklich vom Geltungsbereich des ATSG ausgenommen. Damit sind auch die entsprechenden kantonalen Ausführungsbestimmungen grundsätzlich dem ATSG unterstellt. Unter diesen Umständen kann auf eine weitere Regelung im kantonalen Erlass verzichtet werden. Hingegen ist im neuen Gesetz aus Gründen der Transparenz die Regelung aufzunehmen, dass sich das Verfahren nach dem ATSG richtet, soweit der Erlass selbst keine Bestimmungen enthält.

Des Weiteren ist das Erlöschen des Anspruchs über Art. 24 ATSG geregelt, weshalb auf eine diesbezügliche Bestimmung im kantonalen Erlass verzichtet werden kann.

7.2. Finanzierung (Art. 6 – 21)

7.2.1. Stationäre Pflege (Art. 6 – 12)

Kosten (Art. 6 und 7)

Die vielschichtige und mehrdimensionale Tätigkeit in Pflegeheimen erschwert eine klare Abgrenzung zwischen pflegerischen und nicht-pflegerischen Leistungen in der Praxis. In Art. 6 werden daher die Kosten, die von einem Pflegeheim in Rechnung gestellt werden, in Kosten für Pflegeleistungen und Kosten für nicht-pflegerische Leistungen unterteilt. Als Pflegekosten nach Art. 6 Bst. a gelten dabei Kosten, welche dem Pflegeheim für erbrachte Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV entstanden sind. Unter Kosten für nicht-pflegerische Leistungen fallen die Kosten für Betreuung, Unterkunft und Verpflegung sowie weitere Leistungen.

Diese Unterteilung ist notwendig, da die Kosten für Pflegeleistungen und die Kosten für nicht-pflegerische Leistungen unterschiedlich finanziert werden. Während die Kosten für nicht-pflegerische Leistungen vollständig von der versicherten Person übernommen werden (Art. 9 Abs. 1), werden die Kosten für Pflegeleistungen nach den Regeln der neuen Pflegefinanzierung nach Art. 25a nKVG abgegolten. Kanton und Gemeinden übernehmen dabei die nach Abzug des Beitrags der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie die der versicherten Person verbleibenden Pflegekosten. Um die Finanzierung der verbleibenden Pflegekosten durch Kanton und Gemeinden im Sinn von Art. 25a nKVG sicherzustellen, ist eine Unterscheidung der gesamten Kosten, die von einem Pflegeheim in Rechnung gestellt werden, notwendig. Zudem ist zur Durchsetzung des Tarifschutzes nach Art. 44 KVG notwendig, auf die Umlagerung der Aufwendungen für die im Heimalltag schwer zu unterscheidenden Pflege- und Betreuungskosten einzuwirken.

Die Regierung hat nach Art. 7 Abs. 1 mit Verordnung die Höchstansätze für die Pflegekosten festzulegen. Dadurch können die durch Kanton und Gemeinden zu finanzierenden Restkosten für die Pflegeleistungen bestimmt werden. Das Bundesrecht sieht trotz Vorgabe der wirtschaftlichen Leistungserbringung keine Limitierung der Pflegekosten vor, weshalb dies auf kantonaler Ebene nachzuholen ist. Andernfalls wäre die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung nach KVG kaum umsetzbar.

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

Eine Umlagerung von Pflegekosten auf die Betreuungs- und Pensionstaxe ist nach Art. 44 KVG (Tarifschutz) nicht zulässig. Die Regierung soll auf Verordnungsebene Bestimmungen erlassen können, wie die Kosten der Heime umgelagert werden. Diese Möglichkeit muss insbesondere zur Umsetzung der Empfehlungen des eidgenössischen Preisüberwachers vorgesehen werden und wird in Art. 7 Abs. 2 verankert, indem die Regierung für die Pflegekosten und die Kosten für Betreuung den anrechenbaren Aufwand der Leistungserbringer sowie das gegenseitig anrechenbare Verhältnis in Prozent festlegen kann.

Kostengutsprache (Art. 8)

Tritt eine Person aus einem anderen Kanton in ein st.gallisches Pflegeheim ein und sind die Voraussetzungen für einen Wechsel des zivilrechtlichen Wohnsitzes an den Standort des Pflegeheims erfüllt, kann für die Restfinanzierung nicht der bisherige Wohnkanton für zuständig erklärt werden (vgl. auch Art. 2). Damit die st.gallischen Gemeinden keine Kosten von Personen mit ausserkantonaler Herkunft übernehmen müssen, sind in solchen Fällen die Pflegeheime zu verpflichten, vor dem Eintritt der Person von der zuständigen Stelle im Wohnkanton eine Kostengutsprache zur Sicherstellung der Finanzierung zu verlangen. Art. 8 sieht daher vor, dass dem Pflegeheim eine Kostengutsprache einzureichen ist. Andernfalls ist die Aufnahme abzulehnen. Die Standortgemeinde im Kanton St.Gallen hat in diesen Fällen die Restfinanzierung nicht zu übernehmen.

Finanzierung (Art. 9 – 11)

Die versicherte Person trägt die Kosten für die nicht-pflegerischen Leistungen nach Art. 6 Bst. b. Aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung der Kosten für Pflegeleistungen und Kosten für nicht-pflegerische Leistungen ist dies zwecks klarer Abgrenzung im Gesetz festzuhalten.

In Art. 9 Abs. 2 wird der Beitrag der versicherten Person an den Kosten für Pflegeleistungen geregelt. Dieser Beitrag beträgt die nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckten Pflegekosten, maximal aber 20 Prozent des höchsten nach Art. 7a Abs. 3 nKLV zu übernehmenden Pflegebeitrags. Der Beitrag der versicherten Person ist demgemäss nur geschuldet, wenn die Krankenversichererbeiträge sowie allfällige weitere Sozialversicherungsbeiträge die Pflegekosten nicht decken. Damit wird dem Anliegen des eidgenössischen Preisüberwachers Rechnung getragen.

Die Restfinanzierung der stationären Langzeitpflege obliegt den politischen Gemeinden. Der Kanton beteiligt sich jedoch aus Gründen der Steuerung sowie des Wirkungszusammenhangs mit der EL und trägt die abzüglich seiner EL-Nettoeinsparungen verbleibenden Kosten zusammen mit den Gemeinden je zur Hälfte. Daraus ergibt sich der Kostenteiler nach Art. 10 Abs. 1, wonach der Kanton zwei Drittel und die politischen Gemeinden ein Drittel der verbleibenden Pflegekosten nach Art. 6 Bst. a sowie der Verwaltungskosten der Sozialversicherungsanstalt übernehmen.

Der Anteil der einzelnen politischen Gemeinde wird am Ende des Vorjahres nach der Zahl der versicherten Personen mit Wohnsitz in ihrer Gemeinde ermittelt, die in einem Pflegeheim gepflegt werden (Art. 10 Abs. 2). Von der Bemessung des Anteils der einzelnen Gemeinde je Einwohnerzahl ist abzusehen, da dies zu ungleichen Mehrbelastungen einzelner Gemeinden führen würde. Wird auf die Zahl der in einem Pflegeheim betreuten Personen abgestellt, beteiligt sich die einzelne Gemeinde an den effektiven durchschnittlichen Pflegekosten entsprechend der Anzahl betreuter Personen mit Wohnsitz in ihrer Gemeinde. Als Stichtag für die Ermittlung der Zahl der versicherten Personen mit Wohnsitz in ihrer Gemeinde, die in einem Pflegeheim gepflegt werden, gilt das Ende des Vorjahres.

Um den Aufwand für die Abwicklung der Restfinanzierung möglichst gering zu erhalten, müssen die Zahlungsabläufe für alle Personen mit Wohnsitz im Kanton St.Gallen – unabhängig, ob sie in einem st.gallischen oder ausserkantonalen Pflegeheim leben – zentral und einheitlich abgewickelt werden. Eine EL-nahe Abwicklung bietet dabei Gewähr für eine kostengünstige und

reibungslose Abwicklung der Restfinanzierung. Die SVA ist aufgrund der Abwicklung der Ergänzungsleistungen personell wie auch technisch in der Lage, die Abwicklung im Einzelfall vorzunehmen, auch wenn die kurzfristige Einführung zu Schwierigkeiten insbesondere in der interkantonalen Abwicklung führen dürfte. Die Zuständigkeit der SVA ist in Art. 11 Abs. 1 gesetzlich zu verankern. Wie bisher sollen die Heime direkt an die betroffenen Personen Rechnung stellen. Diese sollen sodann weiterhin mit den für sie zuständigen Stellen Abrechnungen vornehmen. Auch heute erfolgt dies mit den Krankenversicherern auf diese Weise (Art. 42 KVG). Damit wird nach Art. 11 Abs. 2 die bisherige Art der Rechnungstellung durch die Heime beibehalten.

Qualität und Wirtschaftlichkeit (Art. 12)

Nach Art. 32 KVG müssen die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Dies ist periodisch zu überprüfen. Der Kanton beteiligt sich fortan nicht nur an der Restfinanzierung der stationären Pflege, sondern auch über die EL massgeblich an den Aufenthaltskosten in Pflegeheimen. Demgemäss ist der Regierung die Kompetenz einzuräumen, Bestimmungen über die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Pflegeheime zu erlassen. Dadurch kann eine qualitativ einheitliche und wirtschaftlich kostendeckende Betreuung der versicherten Personen in Pflegeheimen sichergestellt werden. Dies ist auch notwendig zur Bestimmung der Höchstansätze nach Art. 7 durch die Regierung, da dafür einheitliche Kostenrechnungen der Pflegeheime die Grundlage bilden müssen. Die Gemeinden sind nicht in der Lage, diese übergeordnete Steuerung wahrzunehmen. Sie können dies nur bei Heimen in ihrem Besitz oder bei privaten Anbietern, mit denen sie eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen haben.

7.2.2. Ambulante Pflege (Art. 13 – 18)

Zuständigkeit (Art. 13)

Gemäss Art. 13 stellt die politische Gemeinde das Angebot der Hilfe und Pflege zu Hause in ihrem Hoheitsgebiet sicher. Dies entspricht der bisherigen Regelung in Art. 36quater GesG und wird nun im neuen Gesetz über die Pflegefinanzierung integriert.

Kosten (Art. 14)

In Art. 14 werden die Kosten, die von einer Organisation der Hilfe und Pflege zu Hause oder von einer freiberuflich tätigen Pflegefachperson in Rechnung gestellt werden, in Kosten für Pflegeleistungen und in nicht-pflegerische Leistungen unterteilt. Als Pflegekosten nach Art. 14 Bst. b gelten Kosten, die nach Art. 7 Abs. 2 KLV entstanden sind. Alle übrigen Kosten sind als nicht-pflegerische Kosten in Rechnung zu stellen.

Festlegung (Art. 15)

In Art. 15 legt die Regierung die Höchstansätze für die Pflegekosten in Franken je Pflegebedarf und Stunde fest. Das Bundesrecht sieht trotz Vorgabe der wirtschaftlichen Leistungserbringung keine Limitierung der Pflegekosten vor, weshalb dies auf kantonaler Ebene nachzuholen ist. Andernfalls wäre die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung nach KVG kaum umsetzbar.

Finanzierung (Art. 16 und 17)

Die versicherte Person trägt die Kosten für die nicht-pflegerischen Leistungen nach Art. 14 Bst. b. Aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung der Kosten für Pflegeleistungen und Kosten für nicht-pflegerische Leistungen ist dies zwecks klarer Abgrenzung im Gesetz eindeutig festzuhalten (Art. 16).

In Art. 16 Abs. 2 wird der Beitrag der versicherten Person an den Pflegekosten geregelt. Die versicherte Person wird anstelle der maximal möglichen Kostenbeteiligung je Pflorgetag (vgl. Ziff. 1.2.2) grundsätzlich mit einer proportionalen Kostenbeteiligung zum fakturierten OKP-Pflegebeitrag von zehn Prozent belastet. Der durch die versicherte Person je Tag zu leistende Beitrag ist auf der Grundlage der durch Bundesrecht vorgesehenen Vergütungsform zu beschränken. Er darf je Tag zehn Prozent des höchsten nach Art. 7a Abs. 1 Bst. a nKLV je Stun-

de festgelegten Pflegebeitrags nicht übersteigen. Der Beitrag der versicherten Person ist im Übrigen nur geschuldet, wenn die Krankenversichererbeiträge die Pflegekosten nicht decken.

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

Die Restfinanzierung der ambulanten Langzeitpflege obliegt der politischen Gemeinde (Art. 17). Sie übernimmt die Restfinanzierung der Pflegekosten, die von nach Art. 7 KLV zugelassenen Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause und Pflegefachpersonen erbracht werden.

Beiträge für nicht-pflegerische Leistungen (Art. 18)

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

7.2.3. Akut- und Übergangspflege (Art. 19 – 21)

Vereinbarung (Art. 19)

Art. 25a Abs. 2 nKVG sieht vor, dass die Krankenversicherer und die Leistungserbringer Pauschalen vereinbaren. Für die Abgeltung von Leistungen der Akut- und Übergangspflege sind einheitliche Pauschalen für den Kanton St.Gallen vorzusehen.

Die Vereinbarungen sind von der Kantonsregierung zu genehmigen, andernfalls hätte die öffentliche Hand Kosten zu tragen, auf deren Höhe sie keinen direkten Einfluss hat. Obwohl dies in Art. 25a Abs. 2 nKVG nicht explizit erwähnt ist, ergibt sich die Genehmigung der Vereinbarungen durch die Kantonsregierung sinngemäss aus den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abs. 1 i.V.m. Art. 49 Abs. 1 KVG). Art. 46 Abs. 4 KVG hält dazu fest, dass der Tarifvertrag der Genehmigung durch die Kantonsregierung bedarf. Nachdem im Bundesrecht unterschiedliche Terminologien benutzt werden, erscheint es angebracht, die Genehmigung der Pauschaltarife durch die Regierung kantonalechtlich festzulegen.

Finanzierung (Art. 20)

Art. 25a Abs. 2 nKVG sieht vor, dass der Wohnkanton und die Krankenversicherer die Kosten der Akut- und Übergangspflege anteilmässig übernehmen. Der kantonale Anteil hat dabei mindestens 55 Prozent zu betragen (Art. 7b Abs. 1 nKLV). Das Bundesrecht lässt offen, ob und wie der kantonale Anteil zwischen Kanton und Gemeinden aufgeteilt wird. Im Kanton St.Gallen übernehmen die politischen Gemeinden den kantonalen Anteil für ihre Einwohnerinnen und Einwohner.

Der von der Wohnsitzgemeinde zu tragende kantonale Anteil an den Kosten der Akut- und Übergangspflege beträgt 55 Prozent (Art. 17 Bst. a). Der Anteil der Krankenversicherer beläuft sich auf 45 Prozent (Art. 17 Bst. b). Der Anteil der Wohnsitzgemeinden wird demgemäss nicht jährlich durch die Regierung festgesetzt, sondern direkt im Gesetz verankert. Damit wird für die finanzierungspflichtigen Gemeinden die notwendige Beständigkeit geschaffen. Aufgrund der finanziellen Belastungen der öffentlichen Hand durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung ist der Anteil der Gemeinde beim bundesgesetzlichen Minimum von 55 Prozent festzusetzen. Nach Art. 7b Abs. 1 nKLV setzt der Wohnkanton für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den für alle Kantonseinwohnenden geltenden kantonalen Anteil fest. Sollte der kantonale Anteil von den im Gesetz festgelegten 55 Prozent verändert werden, hat die entsprechende Gesetzesanpassung neun Monate vor Beginn des Kalenderjahres zu erfolgen.

Die versicherte Person trägt auch bei der Akut- und Übergangspflege die Kosten für nicht-pflegerische Leistungen (Art. 20 Abs. 2).

Durchführung (Art. 21)

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

7.3. Schlussbestimmungen (Art. 22 – 25)

Änderungen des Gesundheitsgesetzes (Art. 22)

Mit Art. 22 des vorliegenden Gesetzesentwurfs sollen Art. 36quater und Art. 36ter Abs. 1 Bst. c GesG aufgehoben werden. Die Aufgaben der politischen Gemeinden sind in Art. 13 ff. des neuen Gesetzes eindeutig geregelt, weshalb diese Aufgabenaufzählung in Art. 36quater GesG nicht mehr notwendig ist. Die Gemeinden sind gemäss Art. 14 Abs. 2 für die Finanzierung weiterer nicht-pflegerischer Leistungen zuständig. Somit ist es auch nicht mehr Aufgabe des Staates, Aus- und Weiterbildungsbeiträge zu sprechen. Deshalb soll Art. 36ter Abs. 1 Bst. c aufgehoben werden.

Änderungen des Sozialhilfegesetzes (Art. 23)

Mit Art. 23 des vorliegenden Gesetzesentwurfs sollen Art. 32 und 33 SHG geändert werden. Die Bewilligung und Aufsicht ist für alle Betagten- und Pflegeheime zu vereinheitlichen. Neu soll der Kanton unabhängig vom Träger der Einrichtungen eine unabhängige Aufsicht gewährleisten. Im Weiteren kann mit dieser Lösung die mit der Gesetzesvorlage erforderliche Steuerungsfunktion des Kantons optimiert sowie eine bessere Abstimmung der Bewilligungsverfahren einerseits und der KVG-Zulassungsverfahren andererseits erreicht werden. Zudem besteht damit die Gewähr, dass der Kanton bei Verletzung des Wohls und Schutzes der Pflegebedürftigen im Heim dieses direkt sichern kann.

Übergangsbestimmungen (Art. 24 und 25)

Der Bundesrat hat die Zulassung von Tages- und Nachtstätten nach Art. 38 KVG bis anhin nicht geregelt. Um diese Lücke zu schliessen, kann die Regierung nach Art. 24 bis zum Vorliegen bundesrechtlicher Bestimmungen die Zulassung von Tages- und Nachtstätten durch Verordnung regeln.

Die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung erfolgt unter Zeitdruck und hat namhafte Auswirkungen auf zahlreiche Leistungserbringer, Pflegebedürftige und sämtliche Gemeinden. Um die Umsetzung sowie Auswirkungen der vorgeschlagenen Lösungen nachprüfen zu können, soll die Regierung dem Kantonsrat nach Art. 25 spätestens fünf Jahre nach Vollzugsbeginn dieses Erlasses Bericht erstatten.

8. Verfahren (inkl. Referendum)

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

Beschlüsse über neue Ausgaben, die den im Gesetz festgelegten Betrag übersteigen und Gesetze, die solche Ausgaben auslösen, bedürfen einer obligatorischen Abstimmung (Art. 48 Abs. 1 Bst. d Kantonsverfassung; sGS 111.1; abgekürzt KV). Dem obligatorischen Finanzrefe-

rendum unterstehen nach Art. 6 des Gesetzes über Referendum und Initiative (sGS 125.1) Gesetze und Beschlüsse des Kantonsrates, die zulasten des Staates für den gleichen Gegenstand eine einmalige neue Ausgabe von mehr als 15 Mio. Franken oder eine während mindestens zehn Jahren wiederkehrende neue Ausgabe von jährlich mehr als 1,5 Mio. Franken zur Folge haben. Die Neuregelung der Pflegefinanzierung nach Art. 25a nKVG hat jährlich wiederkehrende neue Ausgaben von mehr als 1,5 Mio. Franken zur Folge. Der Erlass untersteht demnach dem obligatorischen Finanzreferendum.

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

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

Im gesamten Verfahrensablauf gilt es auch zu bedenken, dass den Heimen, Institutionen und Organisationen sowie den Abwicklungsstellen wohl kaum mehr ausreichend Zeit zur Vorbereitung der Umsetzung eingeräumt werden kann. Sie sind es, die letztlich für die Abwicklung der Neuordnung der Pflegefinanzierung sorgen. Es ist – nicht zuletzt auch aufgrund der interkantonalen Nutzungsverflechtungen – nicht ausgeschlossen, dass die erste Umsetzungsphase nicht reibungslos erfolgt.

Gesetz über die Pflegefinanzierung

vom ••

Entwurf des Departementes des Innern und des Gesundheitsdepartementes vom
27. April 2010

Der Kantonsrat des Kantons St.Gallen

hat von der Botschaft der Regierung vom ••¹ Kenntnis genommen und
erlässt

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

als Gesetz:

I. Allgemeine Bestimmungen

Geltungsbereich

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

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

Zuständige Wohnsitzgemeinde

Art. 2. Zuständige Wohnsitzgemeinde ist die politische Gemeinde, in der die versicherte
Person im Zeitpunkt des erstmaligen Heimeintritts ihren Wohnsitz hatte. Der Aufenthalt in
einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit.

Leistungserbringer

Art. 3. Leistungserbringer sind:

- a) Pflegeheime, soweit sie auf einer Pflegeheimliste nach Art. 39 Abs. 1 Bst. e in Verbindung
mit Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994³ mit
Angabe der zugelassenen Plätze und der Pflegestufen aufgeführt sind;
- b) Tages- und Nachtstätten, soweit sie nach Art. 38 des Bundesgesetzes über die
Krankenversicherung vom 18. März 1994⁴ zugelassen sind;

1 ABI ••.

2 SR 832.10 (KVG).

3 SR 832.10 (KVG).

4 SR 832.10 (KVG).

- c) Pflegefachpersonen sowie Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause, soweit sie von der zuständigen kantonalen Behörde nach Art. 51 der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995⁵ zugelassen sind.

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

Mitwirkungspflicht

Art. 4. Die versicherte Person sowie die Leistungserbringer wirken beim Vollzug der Pflegefinanzierung unentgeltlich mit.

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

Verfahren

Art. 5. Soweit dieser Erlass keine Bestimmungen erhält, werden für das Verfahren das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000⁶ sowie das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994⁷ sachgemäss angewendet.

II. Finanzierung

1. Stationäre Pflege

Kosten a) Arten

Art. 6. Das Pflegeheim stellt in Rechnung:

- a) die Kosten der nach Bundesrecht zu erbringenden Pflegeleistungen (Pflegekosten);⁸
- b) die Kosten der nicht-pflegerischen Leistungen. Diese umfassen:
 1. die Betreuungskosten;
 2. die Kosten von Unterkunft und Verpflegung;
 3. die Kosten von weiteren Leistungen.

b) Festlegung von Pflegekosten und Betreuungskosten

Art. 7. Die Regierung legt durch Verordnung die Höchstansätze der Pflegekosten in Franken je Pflegebedarf und Tag fest.

Die Regierung kann durch Verordnung festlegen:

- a) den für die Ermittlung der Pflegekosten und der Betreuungskosten anrechenbaren Aufwand der Leistungserbringer;
- b) das anrechenbare Verhältnis zwischen Pflegekosten und Betreuungskosten in Prozent.

⁵ SR 832.102 (KVV).

⁶ SR 830.1 (ATSG).

⁷ SR 832.10 (KVG).

⁸ Art. 25a Abs. 3 und 4 KVG, SR 832.10, in Verbindung mit Art. 7 Abs. 2 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), SR 832.112.31.

Kostengutsprache

Art. 8. Die versicherte Person mit Wohnsitz in einem anderen Kanton reicht dem Pflegeheim vor Eintritt Kostengutsprache der zuständigen Stelle ihres Wohnsitzkantons auf Übernahme der Pflegekosten ein.

Finanzierung a) durch versicherte Person

Art. 9. Die versicherte Person trägt die Kosten für nicht-pflegerische Leistungen.

Sie leistet einen Beitrag an die nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckten Pflegekosten. Der Beitrag übersteigt 20 Prozent des höchsten nach Massgabe des Bundesrechts von der Versicherung zu übernehmenden Pflegebeitrags⁹ nicht.

b) durch Kanton und politische Gemeinde

Art. 10. Es tragen die verbleibenden Pflegekosten sowie die Verwaltungskosten der Sozialversicherungsanstalt:

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

Der Anteil der politischen Gemeinde wird nach der Zahl der versicherten Personen mit Wohnsitz in der Gemeinde ermittelt, die am Ende des Vorjahres in einem Pflegeheim gepflegt werden.

c) Durchführung

Art. 11. Die Sozialversicherungsanstalt ist Durchführungsstelle für das Abrechnungsverfahren.

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

Qualität und Wirtschaftlichkeit

Art. 12. Die Regierung kann durch Verordnung Bestimmungen über Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung erlassen.

2. Ambulante Pflege

Zuständigkeit

Art. 13. Die politische Gemeinde stellt Hilfe und Pflege zu Hause sicher.

Kosten a) Grundsatz

Art. 14. Der Leistungserbringer stellt in Rechnung:

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

⁹ Art. 7a Abs. 3 KLV, SR 832.112.31.

b) Festlegung

Art. 15. Die Regierung legt durch Verordnung die Höchstansätze der Pflegekosten in Franken je Pflegebedarf und Stunde fest.

Finanzierung a) durch versicherte Person

Art. 16. Die versicherte Person trägt die Kosten für nicht-pflegerische Leistungen.

Sie leistet an die Pflegekosten einen Beitrag von 10 Prozent des der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Rechnung gestellten Betrags. Der Beitrag übersteigt je Tag 10 Prozent des höchsten nach Massgabe des Bundesrechts je Stunde festgelegten Pflegebeitrags nicht.

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

b) durch politische Gemeinde

Art. 17. Die politische Gemeinde am Wohnsitz der versicherten Person übernimmt die Kosten von Leistungen, die von nach Art. 3 Abs. 1 Bst. c dieses Erlasses zugelassenen Pflegefachpersonen oder Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause erbracht werden, soweit die Kosten nicht von Sozialversicherungen und dem Beitrag der versicherten Person gedeckt sind.

Beiträge für nicht-pflegerische Leistungen

Art. 18. Die politische Gemeinde richtet auf der Grundlage von Leistungsvereinbarungen Beiträge an Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause aus für nicht-pflegerische Leistungen.

3. Akut- und Übergangspflege

Vereinbarung

Art. 19. Krankenversicherer und Leistungserbringer vereinbaren einheitliche Pauschaltarife.

Die Vereinbarungen bedürfen der Genehmigung der Regierung.

Finanzierung

Art. 20. Die Kosten für Pflegeleistungen tragen:

- a) die Wohnsitzgemeinde der versicherten Person zu 55 Prozent;
- b) der Krankenversicherer zu 45 Prozent.

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

Durchführung

Art. 21. Der Leistungserbringer stellt der Wohnsitzgemeinde und dem Krankenversicherer die von diesen zu tragenden Kosten anteilmässig in Rechnung.

Politische Gemeinde und Krankenversicherer können vereinbaren, dass die Wohnsitzgemeinde die auf sie entfallenden Kosten dem Krankenversicherer vergütet und dieser dem Leistungserbringer die gesamten Kosten entschädigt¹⁰.

III. Schlussbestimmungen

Änderung geltenden Rechts a) Gesundheitsgesetz

Art. 22. Das Gesundheitsgesetz vom 28. Juni 1978¹¹ wird wie folgt geändert:

Aufgaben a) Staat

Art. 36ter. Der Staat:

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

Art. 36quater wird aufgehoben.

b) Sozialhilfegesetz

Art. 23. Das Sozialhilfegesetz vom 27. September 1998¹² wird wie folgt geändert:

____ *Betagen- und Pflegeheime a) Betriebsbewilligung*

Art. 32. Wer ein ____ Betagen- oder Pflegeheim mit mehr als fünf Plätzen betreibt, bedarf einer Betriebsbewilligung des zuständigen Departementes ____.

b) Aufsicht

Art. 33. Das zuständige Departement¹³ beaufsichtigt die Heime ____.

Übergangsbestimmung a) Zulassung von Tages- und Nachtstätten

Art. 24. Die Regierung kann für die Dauer bis zum Erlass von bundesrechtlichen Bestimmungen durch Verordnung die Zulassung von Tages- und Nachtstätten als Leistungserbringer nach Art. 3 Abs. 1 Bst. b dieses Erlasses regeln.

b) Bericht

Art. 25. Die Regierung legt dem Kantonsrat spätestens fünf Jahre nach Vollzugsbeginn dieses Erlasses einen Bericht über Umsetzung und Auswirkungen der Pflegefinanzierung vor.

Vollzugsbeginn

Art. 26. Dieser Erlass wird ab 1. Januar 2011 angewendet.

¹⁰ Art. 7b Abs. 2 KLV, SR 832.112.31.

¹¹ sGS 311.1.

¹² sGS 381.1.

¹³ Departement des Innern, Art. 22 Bst. h GeschR, sGS 141.3.

Referendum

Art. 27. Dieser Erlass untersteht dem obligatorischen Finanzreferendum¹⁴.

¹⁴ Art. 6 des Gesetzes über Referendum und Initiative, sGS 125.1.