



Vorlage Stadtparlament

vom 19. Mai 2009

Nr. 0535

Hilfe und Pflege zu Hause (früher Spitex)

Anpassungen im Versorgungssystem der Hilfe und Pflege zu Hause**Antrag**

Wir beantragen Ihnen, folgende Beschlüsse zu fassen:

1. Für die *Hilfe und Pflege zu Hause* wird im Budget 2010 ein Subventionsbeitrag von CHF 4,0 Mio. eingestellt.
2. Es wird festgestellt, dass der Kreditbeschluss nach Art. 8 Ziff. 6 lit. b der Gemeindeordnung dem fakultativen Referendum untersteht.

1 Zusammenfassung

Die Hilfe und Pflege zu Hause – früher mit dem Kürzel «Spitex» umschrieben – ist eine kommunale Aufgabe, die angesichts der demografischen Entwicklung und der tiefgreifenden Umwälzungen im Gesundheitswesen stetig an Bedeutung gewinnt. Seit Jahren sind in der Stadt St.Gallen sechs verschiedene Organisationen mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe befasst – nämlich die vier städtischen Vereine Spitex St.Gallen-Ost, Spitex Centrum – Notker-Verein, Spitex Centrum – Stadt Spitex und Spitex West, die Pro Senectute Regionalstelle St.Gallen sowie der Haushilfe- und Entlastungsdienst der Frauenzentrale. Immer wieder war die Abgrenzung der Tätigkeiten der einzelnen Organisationen Gegenstand von Kontroversen. Seit einigen Jahren, spätestens seit sich abzeichnete, dass die Gemeinden ab 1. Januar 2008 namentlich auch in finanzieller Hinsicht die vollumfängliche Verantwortung für die Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Hilfe und Pflege zu Hause tragen, hat sich die Stadt als Leistungsbestellerin verstärkt in die laufende Diskussion eingeschaltet. In intensiven Gesprächsrunden zwischen der Stadt und den Leistungserbringern sowie unter punktuelltem Beizug externer Beratung wurden unterschiedlichste Modelle geprüft, erwogen



und verworfen. Die Palette erstreckte sich von tiefgreifenden Strukturänderungen auf Seiten der Leistungserbringer – wie etwa der Neuausschreibung aller Leistungen oder der Betrauung einer einzigen (fusionierten) städtischen Spitex-Organisation mit dem gesamten Angebot – bis hin zur Weiterführung des bisherigen Modells.

In der Stadt St. Gallen werden auch ab 2010 sechs verschiedene Organisationen die Hilfe und Pflege zu Hause sicherstellen. Hat nun der Berg eine Maus geboren? Wenn man das «Bisher» und das «Neu» einzig unter strukturellen Aspekten betrachtet, mag dieser Eindruck entstehen. Bezieht man aber den gesamten Prozess mit den Abklärungen der verschiedenen Alternativen mit ein, erscheint das Ergebnis in anderem Lichte. Der Entscheid, dass auch künftig alle sechs bisherigen Organisationen ihre angestammten Leistungen auf dem Gebiet der Hilfe und Pflege zu Hause erbringen werden, gründet im Wesentlichen auf der Tatsache, dass sie diese in hoher Qualität und Flexibilität erbracht haben und erbringen. Das entbindet aber nicht davon, die bestehenden Strukturen weiterhin auf Optimierungspotential hin zu prüfen und Vereinheitlichungen anzustreben.

Der Entscheid gründet ferner auf der Erkenntnis, dass heute qualitativ gute Leistungen zu verhältnismässig vorteilhaften finanziellen Konditionen bezogen werden können. Sie werden nämlich zu einem namhaften Teil in bürgerschaftlichem Engagement erbracht, so etwa die in Sozialzeit geleistete Haushilfe der Pro Senectute sowie des Haushalts- und Entlastungsdienstes oder die ehrenamtliche Arbeit der Vorstände in den Spitex-Organisationen, welche deren Funktionieren erst ermöglichen. Angesichts der sich abzeichnenden Entwicklung im Gesundheitsbereich wird die öffentliche Hand auch in Zukunft auf solidarisches und ehrenamtliches Mitwirken engagierter Menschen in der Stadt St. Gallen angewiesen sein.

Die wichtigsten Neuerungen in den Vereinbarungen zwischen der Stadt und den Leistungserbringern sind folgende:

- Systemwechsel von einfachen Leistungsvereinbarungen hin zu Rahmenleistungsvereinbarungen, die durch Jahreskontrakte konkretisiert werden. So wird ein verlässlicher Rahmen für eine zielgerichtete, gemeinsame Weiterentwicklung des Versorgungssystems zwischen der Stadt als Leistungsbestellerin und den Leistungserbringern geschaffen. Gleichzeitig wird eine zeitnahe Steuerung möglich, und die nötige Flexibilität im sich rasch wandelnden Umfeld des Gesundheitswesens ist gewährleistet.*
- Berücksichtigung der wesentlichen betrieblichen Unterschiede zwischen jenen Anbietern, welche die Leistungen im Berufssystem erbringen (eingesetzt wird hauptsächlich fest angestelltes, ausgebildetes Personal aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, ausserdem werden Ausbildungsplätze für Berufsnachwuchs angeboten) und denjenigen, welche im Laiensystem arbeiten (hauptsächlich mit stundenweise angestelltem, lebenserfahrenem Laienpersonal, das durch qualifizierte Berufsleute aus dem Gesundheits- oder Sozialwesen angeleitet wird; keine Berufsbildungsaufgaben). Dies wirkt sich insbe-*



sondere in einer getrennten Berechnung des jeweiligen Restfinanzierungsbedarfs und in einer Differenzierung des Kliententarifs bei der nicht-kassenpflichtigen Haushilfe aus.

- *Konsequente Umstellung auf ein vollkostenbasiertes Restfinanzierungssystem: Restfinanzierungsansätze werden aufgrund durchschnittlicher Kostenrechnungswerte ermittelt und nicht mehr ausgehandelt. Dadurch wird ein nachhaltiger und nachvollziehbarer Finanzierungsmodus geschaffen, der Anreize zur Quersubventionierung und zur Intransparenz im Rechnungswesen vermeidet.*
- *Verankerung des Berufsbildungsauftrags in den Spitex-Organisationen durch pauschale Aufwandsentschädigungen für tatsächlich angebotene Ausbildungsplätze (Fachpersonen Gesundheitswesen, diplomierte Pflegefachpersonen).*
- *Wiederherstellung der sozialpolitisch angestrebten Wirkung des Subjektfinanzierungssystems, indem die seit 1998 aufgelaufene Teuerung bei den Einkommensfreigrenzen berücksichtigt wird.*
- *Verankerung und gegenseitige Anerkennung des Grundsatzes, dass die ambulante Gesundheitsversorgung, Pflege zu Hause, schwergewichtig bei den Spitex-Organisationen liegt und die Hilfe zu Hause schwergewichtig vom Haushilfedienst der Pro Senectute und dem Haushilfe- und Entlastungsdienst der Frauenzentrale wahrgenommen wird.*

2 Inhaltsverzeichnis

Antrag.....	1
1 Zusammenfassung.....	1
2 Inhaltsverzeichnis.....	3
3 Ausgangslage.....	4
4 Bedeutung und Zustandekommen der Rahmenleistungsvereinbarung 2010/11.....	5
5 Allgemeines zur neuen Rahmenleistungsvereinbarung	5
6 Aufgabenteilung zwischen den Leistungserbringern, insbesondere bei der Haushilfe ...	6
7 Berufsbildung.....	8
8 Finanzierung.....	9
8.1 Kliententarife	9
8.2 Objektfinanzierung	9
8.3 Ausbildungspauschalen	10
9 Subjektfinanzierung.....	10
10 Aufhebung der Mengenbeschränkung	12
11 Kostenschätzung Hilfe und Pflege zu Hause für 2010	13
12 Ausblick.....	13



3 Ausgangslage

Das kantonale Gesundheitsgesetz¹ verpflichtet die Gemeinden, die Bevölkerung mit Dienstleistungen der *Hilfe und Pflege zu Hause* zu versorgen. Der Versorgungsauftrag bezieht sich auf die kassenpflichtige *Pflege zu Hause*, wie sie in der eidgenössischen Krankenversicherungsgesetzgebung² geregelt ist, sowie auf die nicht-kassenpflichtige *Hilfe zu Hause*. Die Finanzierungsverantwortung und die Aufsichtsfunktion für die *Hilfe und Pflege zu Hause* sind seit der Umsetzung der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) per 1. Januar 2008 vollumfänglich auf der kommunalen Ebene angesiedelt.

Zur Erfüllung des Versorgungsauftrags unterhält die Stadt St.Gallen seit 1998 Leistungsvereinbarungen mit insgesamt sechs Leistungserbringern³: Es handelt sich um die vier in der Stadt ansässigen gemeinnützigen Spitex-Vereine (Spitex St.Gallen-Ost, Spitex Centrum – Notker-Verein, Spitex Centrum – Stadt Spitex, Spitex West), den Haushilfedienst der Pro Senectute Regionalstelle St.Gallen (PS) sowie den Haushilfe- und Entlastungsdienst der Frauenzentrale des Kantons St.Gallen (HED).

Das Verhältnis zwischen den im Gesundheitswesen verankerten und im Berufssystem arbeitenden Spitex-Vereinen einerseits und den beiden im Sozialwesen beheimateten und schwergewichtig auf Laienarbeit gründenden Leistungserbringern andererseits war zeitweise erheblich belastet. Umstritten war insbesondere die Kompetenz zur Erbringung der nicht-kassenpflichtigen Haushilfe, die von allen Organisationen angeboten wird. Es mangelte an gegenseitigem Verständnis, an Vertrauen und in der Folge an der nötigen Grosszügigkeit im alltäglichen Umgang. Positiv hervorzuheben ist indessen, dass die Versorgung der Bevölkerung dank der Kundenorientierung und des grossen Engagements aller Leistungserbringer zu keinem Zeitpunkt in Frage gestellt war, da sich der Konflikt zwischen den Organisationen auf der strategischen Ebene und in der operativen Führung abspielte.

Auch das Verhältnis zwischen der Stadt als Leistungsbestellerin und den Leistungserbringern war durch die Konfliktsituation belastet. Verschiedene Versuche, mittels Leistungsvereinbarungen eine Entflechtung im Bereich der umstrittenen Haushilfe und damit eine Befriedung zwischen den Parteien herbeizuführen, haben sich als untauglich erwiesen. Aus Rücksicht auf die gewachsenen Strukturen, in Anerkennung der verdienstvollen Arbeit aller Leistungserbringer, aber auch aus Überzeugung, dass die Laienarbeit in der Haushilfe mit Blick auf die künftigen Herausforderungen und auf die zu erwartende Kostenzunahme nicht

¹ Gesundheitsgesetz vom 28. Juni 1979 (sGS 311.1).

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.1; abgekürzt KVG) sowie die dazu gehörenden Verordnungen.

³ Parlamentsvorlagen dazu, chronologisch:

- Vorlage vom 21. Oktober 1997: Leistungsvereinbarungen mit Spitex-Anbietern.
- Vorlage vom 21. Oktober 1999, Nr. 3964: Spitex; Erfahrungsbericht und weiteres Vorgehen.
- Vorlage vom 28. September 2004, Nr. 5136: Spitexfinanzierung und Qualitätssicherung.
- Vorlage vom 22. April 2008, Nr. 4277: Nachtragskredit: Erhöhung der städtischen Beiträge an die Hilfe und Pflege zu Hause.



geopfert werden soll, wurde bisher auf eine von der Stadt einseitig diktierte Reorganisation verzichtet.

4 Bedeutung und Zustandekommen der Rahmenleistungsvereinbarung 2010/11

Die vorliegende, zusammen mit allen Leistungsanbietern erarbeitete Rahmenleistungsvereinbarung 2010/2011 soll den oben skizzierten Konflikt beenden: Stadt und Leistungserbringer konnten sich am Verhandlungstisch auf eine Regelung einigen, die einerseits der Bevölkerung weiterhin eine ausgezeichnete Versorgung auf einem gleichbleibend hohen Leistungsniveau sichert und zudem – im nationalen Vergleich – zu vorteilhaften Kosten erbracht wird. Andererseits erlaubt sie den Leistungserbringern eine Fokussierung auf ihre jeweiligen Kernkompetenzen (*Pflege zu Hause* bzw. *Hilfe zu Hause*) ohne hinderliche Einschränkungen, indem für den «kleinen Grenzverkehr» an den Schnittstellen eine pragmatische, auf gegenseitigem Vertrauen beruhende Handhabung vereinbart wurde.

Die Erfüllung dieses stets wichtiger werdenden Versorgungsauftrages zugunsten der städtischen Bevölkerung erfolgt im Geiste der vertrauensvollen Zusammenarbeit sowohl mit der Stadt als auch zwischen den Leistungserbringern. Um eine sinnvolle Aufgabenteilung sicherzustellen, konzentrieren sich die vier Spitex-Organisationen auf die *Pflege zu Hause* und die PS sowie der HED auf die *Hilfe zu Hause*. Wo es im Sinne der Klientinnen und Klienten sinnvoll ist, erbringen die Organisationen aber subsidiär auch gewisse ihnen nicht primär zugewiesene Leistungen. Damit wird der Weg frei, dass sich alle Partner mit vollem Einsatz den Herausforderungen zuwenden können, mit denen die *Hilfe und Pflege zu Hause* in den kommenden Jahren angesichts der demografischen Entwicklung und den tiefgreifenden Umwälzungen im Gesundheitswesen (Pflegefinanzierung, Fallpauschalen, Personalknappheit) konfrontiert sein wird.

Alle Beteiligten haben Hand geboten zu Kompromissen und ihren Anspruch auf Definitionsmacht auf jenes Gebiet beschränkt, in welchem sie mit ihrer Professionalität beheimatet sind und wo dementsprechend ihre Kernkompetenzen liegen. Das Schlüsselwort zur erzielten Lösung heisst «Subsidiarität». Das Konzept der Subsidiarität liegt der hier definierten Aufgabenteilung zu Grunde und bedeutet nichts weiter, als dass die Leistungserbringer ihr primäres Tätigkeitsgebiet und ihr Entwicklungspotenzial dort ansiedeln, wo sie den grössten Erfahrungsschatz und bereits bisher den grössten Marktanteil haben, und umgekehrt das Gleiche auch den anderen Organisationen zugestehen.

5 Allgemeines zur neuen Rahmenleistungsvereinbarung

Die Rahmenleistungsvereinbarung 2010/11 (RLV 2010/11) löst die Übergangsleistungsvereinbarung 2008/09 ab und implementiert ein auf Vollkostenrechnungsdaten basierendes Abrechnungssystem.

Der Wechsel von der politischen Aushandlung hin zu einer datenbasierten Kalkulation der städtischen Mitfinanzierung der Leistungen in Verbindung mit dem gesetzlichen Versorgungsauftrag impliziert, dass der Restfinanzierungsansatz für jedes einzelne Produkt kosten-



deckend anzusetzen ist.⁴ Referenz bildet dabei ein mengengewichteter Durchschnitt der Vollkosten der beauftragten Anbieter für das jeweilige Produkt (Normkosten). Dabei wird aufgrund unterschiedlicher Organisationsmodelle jeweils zwischen Anbietern im Berufssystem (Spitex) und Anbietern im Laiensystem (PS und HED) unterschieden.

Die Rahmenleistungsvereinbarung wird jeweils durch Jahreskontrakte konkretisiert, in denen die Kliententarife, die Normkosten sowie die städtischen Beiträge und die Höhe der Ausbildungspauschalen festgehalten sind. Ausserdem werden darin die Leistungsmengen budgetiert sowie inhaltliche, qualitative und quantitative Leistungsziele, die zugehörigen Indikatoren sowie die angestrebten Richtwerte definiert.

Ursprünglich war eine Geltungsdauer der Rahmenleistungsvereinbarungen von vier Jahren vorgesehen. Angesichts der Unklarheit, welche über die Details und den Zeitpunkt der Umsetzung der Pflegefinanzierung herrscht, soll nun eine Rahmenleistungsvereinbarung für zwei Jahre abgeschlossen werden. Allerdings kann es trotzdem notwendig sein, bereits per 1. Januar 2011 Anpassungen vorzunehmen, sollte die Pflegefinanzierung⁵ auf diesen Zeitpunkt hin in Kraft treten.

6 Aufgabenteilung zwischen den Leistungserbringern, insbesondere bei der Haushilfe

Zurzeit sind sechs verschiedene Organisationen mit der Versorgung der St.Galler Stadtbevölkerung mit Dienstleistungen der *Hilfe und Pflege zu Hause* beauftragt. Daran soll sich mit der neuen RLV 2010/11 nichts ändern. Während bei den Pflegeleistungen schon seit jeher die vier Spitex-Organisationen das Primat haben, gab es in den vergangenen Jahren im Bereich der Haushilfe⁶ und der Grundpflege in einfachen/stabilen Situationen immer wieder Abgrenzungsprobleme. Sämtliche Leistungserbringer bieten Haushilfe und die kassenpflichtige einfache Grundpflege an, jedoch mit unterschiedlichem Fokus und nach unterschiedlichen Organisationsmodellen:

- Berufssystem: Ein Anbieter im Berufssystem ist so organisiert, dass er hauptsächlich mit fest angestelltem, ausgebildetem Personal aus dem Gesundheits- und Sozialwesen arbeitet. Er bietet ausserdem Ausbildungsplätze für angehende Berufsleute im Gesundheitswesen an.

⁴ Nicht-kostendeckende Restfinanzierungsansätze bergen einen Anreiz zur unerwünschten Quersubventionierung. Ausserdem regen sie zu intransparenter und "kreativer" Buchhaltung an.

⁵ Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 (BBl 2008 5247).

⁶ Die *Hilfe zu Hause* setzt sich aus den Dienstleistungen *Hauspflege* und *Haushilfe* zusammen. Für die Erbringung der (komplexeren) Hauspflege wird eine entsprechende Berufsausbildung vorausgesetzt, Haushilfe kann indessen auch von Laien geleistet werden.



- Laiensystem: Ein Anbieter im Laiensystem ist so organisiert, dass er hauptsächlich mit stundenweise angestelltem, lebenserfahrenem Laienpersonal arbeitet. Dieses wird durch qualifizierte Berufsleute aus dem Gesundheits- oder Sozialwesen angeleitet.

Die unterschiedlichen Organisationsmodelle und die jeweilige «Heimat» der Anbieter im Gesundheits- bzw. Sozialwesen wirken sich auch in für die Klientschaft wahrnehmbaren Unterschieden beim Produkt aus: So lässt sich etwa im Berufssystem besser auf Notfälle reagieren und kurzfristig umdisponieren, was gerade in akuten Situationen Sicherheit gibt. Im Laiensystem dagegen kann dem Aufbau der Beziehung zwischen der Haushelferin und der Klientin bzw. dem Klienten mehr Zeit und Raum gewährt werden. Bei Einsätzen im Berufssystem ist es aus organisatorischen Gründen nicht möglich, dass immer die gleiche Mitarbeiterin vorbeikommt. Im Laiensystem leistet oft über Jahre hinweg die gleiche Bezugsperson den Einsatz.

Während den vier städtischen Spitex-Organisationen, welche sämtliche Kerndienstleistungen der *Hilfe und Pflege zu Hause* anbieten, das Berufssystem zugrunde liegt, operieren die PS und der HED, die sich auf die Haushilfe spezialisiert haben, im Laiensystem. Bei einem jährlichen Haushilfe-Volumen von rund 82'000 Stunden hat die PS mit 69 Prozent den mit Abstand grössten Marktanteil, der HED als zweite Laienorganisation leistet 15 Prozent. Die vier Spitex-Organisationen zusammen bringen es auf einen Marktanteil von 16 Prozent in der Haushilfe, bestreiten jedoch 100 Prozent der Hauspflegestunden (knapp 13'000 pro Jahr)

Berufs- und Laiensystem führen zu unterschiedlichen Kostenstrukturen und damit zu Differenzen bei den Vollkosten pro Leistungsstunde. Die Stadt hat den Restfinanzierungsansatz pro Stunde Haushilfe in der Vergangenheit an der günstigen Kostenstruktur der im Laiensystem arbeitenden Organisationen ausgerichtet. Den teurer produzierenden Spitex-Organisationen wurde so ein Anreiz gesetzt, günstigeres Personal für die Haushilfe einzusetzen und/oder weniger Haushilfe anzubieten. Für die Klientinnen und Klienten war die Haushilfe der PS und der Spitex gleich teuer, da alle Organisationen ausser dem HED den Preissetzungsspielraum gegen unten voll ausgenutzt haben.⁷ Sowohl Kostenrechnungszahlen als auch die Leistungsstatistik der letzten Jahre machen deutlich, dass diese Lenkungs-massnahmen Wirkung gezeigt haben.

Gleichwohl ist es aus städtischer Sicht nicht sinnvoll, Haushilfeleistungen nur beim günstigsten Anbieter zu bestellen bzw. einzelnen Leistungserbringern das entsprechende Angebot zu untersagen. Einerseits bezahlen die Klientinnen und Klienten die Haushilfe zu einem grossen Teil aus der eigenen Tasche und sind entsprechend kritische Konsumentinnen und Konsumenten, die eine Wahlmöglichkeit beim Anbieter schätzen und zu nutzen wissen. Andererseits geht es im Interesse der Klientinnen und Klienten um die Minimierung von Schnittstellen. Es soll z.B. nicht zwingend sein, zwei verschiedene Anbieter zu beanspruchen, wenn jemand sowohl *Hilfe* als auch *Pflege zu Hause* braucht. Ein dritter und gesamtgesellschaftlich sehr bedeutsamer Punkt ist die Ausbildungsfunktion, welche die Spitex-Organisationen im Gesundheitswesen wahrnehmen, denn ohne qualifiziertes Personal in genügender Anzahl werden die zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen nicht

⁷ Aktuell liegen die Kliententarife für eine Stunde Haushilfe bei den Spitex-Organisationen und der PS bei CHF 27, während der HED CHF 29 verlangt.



zu bewältigen sein. Um eine umfassende Berufsbildung für Fachpersonen Gesundheit im gleichen Betrieb anbieten zu können, sind die Spitex-Organisationen darauf angewiesen, das volle Leistungsspektrum der *Hilfe und Pflege zu Hause* anbieten zu können, also auch Hauspflege und Haushilfe.

Die neue RLV 2010/11 sieht aus diesem Grund keine organisatorische Entflechtung bei der Haushilfe und der Grundpflege in einfachen/stabilen Situationen vor, wie es auf den ersten Blick wünschbar erscheinen könnte. Bei allen Beteiligten ist im intensiven, lange dauernden Aushandlungsprozess und nach mehreren gescheiterten Versuchen einer (wie auch immer gearteten) von der Stadt vorgegebenen Zusammenarbeit bzw. Aufteilung die Einsicht gewachsen, dass nur eine pragmatische Regelung, die sich am Konzept der Subsidiarität orientiert und auf einem Mindestmass an gegenseitigem Vertrauen beruht, die Blockade zu durchbrechen vermag. Da an der Basis diese Zusammenarbeit zwischen allen Leistungserbringern heute schon praktiziert wird, ist diesem Modell eine hohe Erfolgschance einzuräumen.

Subsidiarität bedeutet in diesem Zusammenhang, dass sich die Leistungserbringer künftig auf ihre jeweiligen Kernaufgaben (kassenpflichtige Pflegeleistungen sowie Hauspflege im Fall der Spitex, Haushilfe im Fall der PS und des HED) konzentrieren. Im Übergangsbereich, also bei der kassenpflichtigen Grundpflege in einfachen/stabilen Situationen und bei der Haushilfe für Personen, die auch pflegerische Leistungen benötigen, sind die Leistungserbringer gehalten, im Sinne der besten Lösung für die Klientinnen und Klienten (und natürlich unter Respektierung des Selbstbestimmungsrechts letzterer) eine grosszügige und vertrauensvolle Haltung einzunehmen und gegebenenfalls aktiv eine Weiterweisung an den am besten geeigneten Leistungserbringer anzustossen.

Was die betriebswirtschaftliche Seite betrifft, hält die RLV 2010/11 fest, dass sich die unterschiedlich hohen Kosten der Anbieter im Berufssystem bzw. im Laiensystem für die Produktion einer Stunde Haushilfe auch in der Gestaltung der Kundentarife niederschlagen müssen. Die Preisdifferenzierung soll transparent machen, dass Haushilfe im Laiensystem und Haushilfe im Berufssystem keine identischen Produkte sind. Neu sollen die Klientinnen und Klienten für eine Stunde Haushilfe der PS und des HED um CHF 1.50 bis CHF 2.50 weniger bezahlen als für eine Stunde Haushilfe der Spitex.

Bei der Restfinanzierung der Haushilfe wird zwischen den Anbietern im Laiensystem bzw. im Berufssystem unterschieden, d.h. es werden zwei unterschiedliche Ansätze zur Anwendung kommen, die sich aus den jeweiligen durchschnittlichen Unterdeckungen pro Leistungsstunde errechnen.

7 Berufsbildung

Durch die Veränderungen in der Berufsbildungssystematik im Gesundheitswesen stehen Heime und Spitex-Organisationen stärker in der Pflicht, eigenen Berufsnachwuchs auszubilden. Zurzeit werden im ganzen Kanton von den Spitex-Organisationen noch bedeutend weniger Fachpersonen Gesundheitswesen und Pflegefachpersonen ausgebildet, als für eine nachhaltige Personalpolitik erforderlich sind. Dies trifft um so mehr zu, als die Einführung der



Fallpauschalen in den Spitälern per 2012 eine markante Zunahme der Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen nach sich ziehen dürfte.⁸

Das Stadtparlament hat bereits im vergangenen Jahr positiv Stellung genommen zu Ausbildungsbeiträgen, welche den vier Spitex-Organisationen ausgerichtet werden, so weit sie Ausbildungsplätze für Fachpersonen Gesundheitswesen und zur Diplomierten Pflegefachperson Höhere Fachschule (HF) bereitstellen.⁹

Zurzeit werden in der Stadt St.Gallen genügend Fachpersonen Gesundheitswesen ausgebildet, jedoch deutlich zu wenige Pflegefachpersonen HF. Der kantonale Spitex-Verband arbeitet mit den Organisationen daran, die Voraussetzungen für die Berufsbildung zu verbessern, die weiterführende Ausbildung zu diplomiertem Pflegefachpersonal stärker zu fördern und überbetrieblich zu koordinieren. Die Stadt St.Gallen wird ihre diesbezügliche unterstützende Politik fortsetzen und strebt dabei die Zusammenarbeit sowohl mit den anderen Gemeinden als auch mit dem Kanton an.

8 Finanzierung

8.1 Kliententarife

Die Tarifhoheit bei den Pflichtleistungen liegt derzeit bei den kantonalen Tarifpartnern (Santésuisse SG, Spitex-Verband SG bzw. Pro Senectute SG). Im Zuge der Umsetzung der Pflegefinanzierung, voraussichtlich per 1. Januar 2011, dürften die Tarife jedoch gesamtschweizerisch in der Krankenpflege-Leistungsverordnung¹⁰ geregelt werden. Die Unterteilung in Rahmenleistungsvereinbarungen und Jahreskontrakte ermöglicht es, die nötigen Anpassungen in der Finanzierung vorzunehmen, sobald die Details bekannt sind.

Im Bereich der Nichtpflichtleistungen liegt die Tarifhoheit bei der Stadt. Neu wird erstmals festgelegt, wie hoch die Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten ausfällt: Die Klientinnen und Klienten müssten für maximal zwei Drittel der Vollkosten aufkommen, die Stadt subventioniert dementsprechend mindestens einen Drittel.

8.2 Objektfinanzierung

Die Höhe der Restfinanzierungsansätze ist neu nicht mehr Verhandlungssache, sondern wird für jedes Rechnungsjahr aufgrund der Kostenrechnungszahlen des Vorvorjahres ermittelt

⁸ Im Pilotkanton Zug haben die kassenpflichtigen Leistungen der Spitex nach der Einführung der Fallpauschalen im Akutbereich in den Jahren 2006 und 2007 um jeweils 23 Prozent zugenommen.

⁹ Vorlage vom 22. April 2008, Nr. 4277: Nachtragskredit: Erhöhung der städtischen Beiträge an die Hilfe und Pflege zu Hause.

¹⁰ Krankenpflege-Leistungsverordnung, abgekürzt KLV (SR 832.112.31).



und in den Jahreskontrakten festgehalten.¹¹ Für jede Leistungsart (Produkt) kommt ein mengengewichteter Durchschnitt¹² zur Anwendung (Normkosten).

8.3 Ausbildungspauschalen

Die Ausbildungspauschalen, wie sie das Stadtparlament im April 2008 genehmigt hat, werden beibehalten. Die Ansätze werden analog zum Kanton angepasst.

Die Stadt St.Gallen hat für das Schuljahr 2008/2009 Ausbildungsbeiträge in der Höhe von CHF 174'000 ausbezahlt und damit insgesamt neun Ausbildungsplätze unterstützt, wobei das betriebliche Potenzial gemäss Einschätzungen der Leistungserbringer gegenwärtig bei maximal zwölf Ausbildungsplätzen liegt.

Bisher kamen pro Platz und Jahr Ansätze von CHF 21'000 (Fachperson Gesundheitswesen) bzw. CHF 21'400 (Pflegefachperson) zur Anwendung. Die Beträge beruhen auf einer Kalkulation des kantonalen Gesundheitsdepartements aus dem Jahr 2006. Dieses hat die entsprechenden Ansätze per 2009 korrigiert und auf CHF 24'200 bzw. CHF 25'200 erhöht, weil die Auszubildenden weniger als bisher angenommen im Betrieb sind und somit auch in geringerem Umfang für den Ausbildungsbetrieb produktiv sein können.

Wird das betriebliche Potenzial für Ausbildungsplätze vollständig genutzt, was mittelfristig anzustreben ist, sind für alle zwölf Ausbildungsplätze auf der Basis der erhöhten Ansätze rund CHF 300'000 bereitzustellen. Für das Jahr 2010 (Schuljahr 2010/11) werden CHF 250'000 veranschlagt.

9 Subjektfinanzierung

Das seit 1998 geltende Subjektfinanzierungssystem gewährt wirtschaftlich schwachen Personen, die weder eine AHV- noch eine IV-Rente beziehen, nach Einkommen und Familiengrösse abgestufte Tarifreduktionen bei den nicht-kassenpflichtigen hauswirtschaftlichen Dienstleistungen (*Hilfe zu Hause*). Aufgrund des Versorgungsauftrags aus dem Gesundheitsgesetz hat die *Hilfe zu Hause* Service-Public-Charakter. Dies impliziert, dass diese Leistungen für die Bevölkerung erschwinglich sein müssen. Die Festsetzung der Haushilfekundentarife hat daher die finanzielle Leistungsfähigkeit der Zielgruppen zu berücksichtigen.

Das Instrument der Subjektfinanzierung ermöglicht es, die Kundentarife auf einem angemessenen Niveau zu halten, das sich die meisten Haushalte leisten können, und gleichzeitig die vorhandene Zahlungsbereitschaft zu nutzen, während finanzschwache Haushalte mit Tarifverbilligungen gezielt entlastet werden können.

¹¹ Beispiel: Im Sommer 2009 werden anhand der revidierten Kostenrechnungszahlen von 2008 die Restfinanzierungsansätze für das Jahr 2010 ermittelt.

¹² Arithmetisches Mittel, wobei jeder Leistungserbringer nach seinem Anteil am Gesamtvolumen eines bestimmten Produkts berücksichtigt wird (wer mehr produziert, hat auch mehr Einfluss auf die Normkosten).



Die Einkommensfreigrenzen wurden seit 1998 nicht mehr den gestiegenen Lebenshaltungskosten angepasst. Dadurch ist der Bezügerkreis in den vergangenen Jahren stetig kleiner geworden und die sozialpolitische Wirksamkeit des Instruments hat abgenommen. Per 2010 sollen die Einkommensfreigrenzen den aktuellen SKOS-Vorgaben angepasst und dadurch die gezielte Entlastung finanziell wenig leistungsfähiger Haushalte wiederhergestellt werden.

Es ist sowohl sozial- als auch finanzpolitisch bedeutsam, hier den «richtigen» tarifpolitischen Ansatzpunkt zu treffen. Einerseits um durch zu tief angesetzte Kundentarife nicht Mitnahme- und Verdrängungseffekte¹³ auszulösen, andererseits um durch zu tief angesetzte Einkommensfreigrenzen bei der Subjektfinanzierung einen Teil der anvisierten Zielgruppe¹⁴ auszuschliessen, der «zu wenig zum Leben und zu viel zum Sterben» hat.

In der Praxis hat sich eine uneinheitliche Handhabung der Subjektfinanzierung gegenüber Sozialhilfebeziehenden gezeigt. Neu wird explizit auf die grundsätzliche Bezugsberechtigung von Sozialhilfebeziehenden hingewiesen, wodurch sich der Bezügerkreis ebenfalls vergrössert. Dieses Vorgehen ist mit den Prinzipien der Gleichbehandlung und der Billigkeit zu begründen: Auch wenn das Sozialamt für die Bezahlung der hauswirtschaftlichen Leistungen aufkommt, ist Sozialhilfe doch rückzahlbar, wenn sich die individuellen finanziellen Verhältnisse verbessern. Es ist daher unbillig, wenn Sozialhilfebeziehende von den vergünstigten Tarifen nicht profitieren können und so höhere Schulden anhäufen, obwohl sie gemäss ihren Einkommensverhältnissen zum Bezug von Subjektfinanzierung berechtigt wären.

Der Ausschluss von AHV- und IV-Bezügerinnen und -Bezügern von der Subjektfinanzierung wird beibehalten, da diese Personengruppen via Ergänzungsleistungen andere Möglichkeiten zur Refinanzierung haben.

Der Umfang der Subjektfinanzierung schwankt seit ihrer Einführung sowohl betrags- als auch stundenmässig stark. Ging man 1997 vor der Einführung von einem Volumen von ca. CHF 250'000 aus, lag er effektiv viel tiefer, nämlich zwischen CHF 47'000 für 2'200 Stunden (2005) und CHF 112'000 für rund 4'800 Stunden (2001), im Mehrjahresdurchschnitt waren es CHF 70'200 für rund 3'300 Stunden. Die Anpassung der Einkommensfreigrenzen nach oben führt zu einer Ausweitung des Empfängerkreises, ebenso wie die grundsätzliche Bezugsberechtigung von Sozialhilfeempfängerinnen und -empfängern. Der effektive Mehrbedarf ist schwer abzuschätzen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Ausgaben CHF 150'000 pro Jahr nicht überschreiten.

¹³ z.B. weil es für einen Haushalt billiger sein könnte, statt einer privaten Reinigungskraft die städtisch subventionierte Spitex für den Wochenkehr zu engagieren, auch wenn weder Alter noch Gesundheitszustand den Einsatz rechtfertigen.

¹⁴ Dazu zählen etwa einkommensschwache Familien und Alleinerziehende, Working Poor, Arbeitslose und Ausgesteuerte.



10 **Aufhebung der Mengenbeschränkung**

Die bisher geltende Mengenbeschränkung von maximal 178'700 Leistungsstunden pro Jahr ist aufzuheben. Sie konnte seit ihrer Einführung 1998 immer eingehalten werden, das Jahresvolumen liegt zurzeit bei 161'000 Stunden, bei steigender Tendenz. In der Vergangenheit konnte keine durch das Verhalten der Leistungserbringer herbeigeführte Mengenausweitung festgestellt werden.

Das Arbeitsvolumen im Pflichtleistungsbereich kann von den Leistungserbringern kaum beeinflusst werden, da Leistungen nur auf der Basis einer ärztlichen Verordnung erbracht werden dürfen. Im Nichtpflichtbereich dagegen bestimmen die Leistungsempfänger weitgehend das Volumen, da sie für rund zwei Drittel der Kosten aufkommen. Auch hier sind andere Faktoren als das Verhalten der Leistungserbringer massgebend für die Mengenentwicklung.

Seit 1999 ist ein stetiger Anstieg der Pflichtleistungsstunden von 28'000 auf 66'000 im Jahr 2008 (d.h. ein Plus von 135 Prozent) zu beobachten. Alle Zeichen deuten auf einen weiteren Anstieg hin. Zu nennen sind insbesondere die Einführung der Fallpauschalen in den Spitälern ab 2012 und die demografische Entwicklung (2006 waren gesamtschweizerisch 74 Prozent der Spitex-Klientschaft im AHV-Alter, 46 Prozent waren älter als 80 Jahre).

Die Anzahl Haushilfestunden hat zwischen 1999 und 2005 um 19 Prozent abgenommen. Die Hauspflege blieb bis 2004 konstant, hat sich dann allerdings auf 2005 praktisch halbiert und liegt seither konstant zwischen 12'000 und 14'000 Stunden jährlich. Die Nichtpflichtleistungen (Haushilfe und Hauspflege zusammen) haben so zwischen 1999 und 2005 um 26 Prozent ab- und seither wieder um 5 Prozent zugenommen. Die Nachfrage nach den nicht-kassenpflichtigen und damit von den Empfängerinnen und Empfängern weitgehend selbst zu finanzierenden hauswirtschaftlichen Leistungen hat sich als preissensibel und konjunkturabhängig erwiesen: Viele der betroffenen Klientinnen und Klienten (alte Menschen, Chronischkranke, Behinderte, psychisch Erkrankte, Familien) sind finanzschwach und daher auf erschwingliche Tarife angewiesen. Will man aus finanzpolitischen Gründen Druck auf das Leistungsvolumen ausüben, kann man dies zwar wirkungsvoll über den Preis tun, gefährdet damit aber wichtige sozialpolitische Zielsetzungen (ambulant vor stationär, Hilfe zur Selbsthilfe, Befähigung zur selbstbestimmten Lebensführung, soziale Integration).

Die damals als kostenbremsendes Instrument vom Stadtparlament gewünschte Mengenbeschränkung¹⁵ ist daher unzweckmässig: Während sie im Pflichtbereich durch andere Faktoren im Gesundheitswesen und durch die demografische Entwicklung übersteuert wird und wegen des Versorgungsauftrags wirkungslos bleibt, hat sie sich im Nichtpflichtbereich als unnötig erwiesen. Die Rahmenleistungsvereinbarung sieht vor, dass die Leistungserbringer das erwartete Leistungsvolumen des kommenden Jahres zu schätzen und zu budgetieren haben. Das geplante Leistungsvolumen wird jeweils im Jahreskontrakt festgehalten. Wird im Verlauf des betreffenden Jahres eine Überschreitung des Stundenbudgets um mehr als 10 Prozent absehbar, ist das Amt für Gesellschaftsfragen zu informieren, damit ein allfällig notwendiger Nachtragskredit beantragt werden kann.

¹⁵ Beschlussprotokoll Stadtparlament der 13. Sitzung vom 25. November 1997, Traktandum 13.1: Leistungsvereinbarungen mit Spitex-Anbietern.



11 Kostenschätzung Hilfe und Pflege zu Hause für 2010

Im Jahr 2008 beliefen sich die städtischen Beiträge an die Leistungserbringer der *Hilfe und Pflege zu Hause* zusammen mit der Subjektfinanzierung auf rund CHF 3,3 Mio. Der Anteil der Objektfinanzierung lag bei knapp CHF 3,1 Mio., der Rest verteilte sich auf die Subjektfinanzierung und die Ausbildungsbeiträge. Die Kostenschätzung berücksichtigt die Lohnanpassungen, die per 2009 stattgefunden haben (3 Prozent) und rechnet mit einem Mengenwachstum bei den geleisteten Stunden von ebenfalls 3 Prozent gegenüber 2008. Ausserdem dürfte der Systemwechsel selbst zu einer Kostenerhöhung beitragen: Die bisherige Praxis ausgehandelter Restfinanzierungssätze führte je nach Produkt bei einzelnen Anbietern zu Betriebsverlusten, die sie über Spenden oder Vermögensverzehr kompensieren mussten.¹⁶

Objektfinanzierung (mengenabhängige Restfinanzierung)	CHF	3'600'000
Subjektfinanzierung	CHF	150'000
Ausbildungsbeiträge (10 Plätze im Jahr 2010)	CHF	250'000
Total	CHF	4'000'000

12 Ausblick

Mit der NFA und deren Umsetzung im Kanton St.Gallen wurde der kommunalen Ebene die Hauptverantwortung für die ambulante Gesundheitsversorgung (*Hilfe und Pflege zu Hause*) zugewiesen und damit einhergehend auch die finanzielle Zuständigkeit. Es zeichnet sich ab, dass die Bedeutung der Hilfe und Pflege weiter zunehmen wird und damit auch höhere Kosten zu erwarten sind. Dies einerseits wegen der von den eidgenössischen Räten im Juni 2008 beschlossenen Pflegefinanzierung, andererseits wegen der erwarteten Auswirkungen der Spitalfinanzierung (Einführung von Fallpauschalen). Ein weiterer Treiber ist die demografische Entwicklung: Die stetig zunehmende Hochaltrigkeit, gepaart mit dem Wunsch nach möglichst langer autonomer Lebensführung in den eigenen vier Wänden, wird die Nachfrage nach Dienstleistungen der *Hilfe und Pflege zu Hause* in den nächsten Jahren markant erhöhen, zumal gerade der Altersbereich immer stärker nach dem Grundsatz «ambulant vor stationär» ausgerichtet wird.

Gesundheitspolitische Themen werden zunehmend auf der kommunalen politischen Agenda auftauchen, so z.B. Gesundheitsförderung und Prävention, Palliative Care zu Hause, ein Leistungsausbau im ambulanten Bereich, um die Auswirkungen der Fallpauschalen im Spital aufzufangen, aber auch die Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich (drohender Pflegenotstand).

¹⁶ Die Leistungserbringer setzen heute Spenden und Legate zur Finanzierung zusätzlicher gemeinnütziger Angebote ein, so z.B. für Mittagstische, Tagesstrukturen oder Angebote zur Entlastung pflegender Angehöriger.



In ähnlichem Masse wie sie die Einführung der obligatorischen Grundversicherung durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) im Jahr 1996 ausgelöst hat, sind massive Verwerfungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung zu erwarten. Positiv auswirken wird sich dabei die Tatsache, dass die Ende der 1990er-Jahre angestossenen Veränderungsprozesse einigermaßen bewältigt worden sind

Die Verantwortlichkeit der Gemeinden für die Gesundheitsversorgung nimmt in ihrem Umfang also zu, was sich auch am entsprechenden Budgetanteil zeigen wird. Diese Entwicklung verdient vermehrte politische Beachtung und benötigt geeignete Strukturen, um die anstehenden Herausforderungen zusammen mit den Leistungserbringern vorausschauend anzupacken.

Neue Herausforderungen rufen stets auch in Erinnerung, dass bestehende Strukturen ständig neu zu überdenken sind. Angesichts dieser Perspektive ist es zwingend erforderlich, brach liegende betriebliche Synergien im Spitex-Bereich zu nutzen und die vier bestehenden Vereine mittelfristig in einer einzigen Organisation zusammenzufassen, um die betriebswirtschaftliche Professionalität zu stärken, die Entscheidungswege zu verkürzen und flexibel auf die stetig steigenden Anforderungen zu reagieren. Die Weiterentwicklung des ambulanten Versorgungssystems wird sich in den kommenden Jahren vor allem in diesem Bereich abspielen.

Im Aushandlungsprozess zur RLV 2010/11 wollten sich die Spitex-Vereine nicht verbindlich auf Schritte in diese Richtung verpflichten lassen. Da die bestehenden Strukturen offensichtlich funktionieren, ist seitens der Stadt nicht auf dieser Forderung beharrt worden. Dies darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass im strukturellen Bereich einiges an Optimierungspotenzial vorhanden ist. Ein Blick auf die Entwicklungsprozesse, welche die *Hilfe und Pflege zu Hause* in anderen Städten¹⁷ und Kantonen¹⁸ in den vergangenen Jahren durchlaufen haben, macht dies nur zu deutlich. Nun, da die Blockadesituation zwischen den Anbietern im Berufs- bzw. im Laiensystem hoffentlich überwunden ist, ist der Stadtrat entschlossen, die strukturellen Fragen prioritär anzugehen und den Konzentrationsprozess voranzutreiben.

Analog zu anderen Konferenzen und Kommissionen in der Direktion Soziales und Sicherheit¹⁹ fehlt im Gesundheitsbereich zurzeit ein Gefäss des institutionalisierten Austauschs zwischen den beteiligten Akteuren in der Stadt St.Gallen. Ein entsprechender Wunsch wurde seitens der Spitex-Organisationen mehrfach geäussert. Ebenso besteht im Bereich der ambulanten Palliativ Care und der Gesundheitsförderung und Prävention ein Bedarf nach städtischer Koordination. Der Stadtrat wird sich nach Inkraftsetzung der mit dieser Vorlage dem Stadtparlament beantragten Neuregelung mit dieser Frage befassen.

Das Amt für Gesellschaftsfragen hat für die Jahre 2009 und 2010 befristet zwanzig Stellenprocente erhalten, um die Neuausrichtung des Versorgungssystems der *Hilfe und Pflege zu*

¹⁷ z.B. Bern, Basel, Zürich und Luzern.

¹⁸ z.B. Zug.

¹⁹ Konferenz für Alters- und Behindertenfragen, Konferenz für Kinder- und Jugendfragen, Konferenz für Gender- und Familienfragen, Integrationskommission.



Hause voranzutreiben. Es ist indessen bereits heute davon auszugehen, dass diese Aufgabe bis Ende 2010 nicht gelöst sein wird.

Der Stadtpräsident:
Scheitlin

Der Stadtschreiber:
Linke

Konto: 4090.36590

