

An den Landrat

Glarus, 26. Oktober 2010

Verordnung über die ambulante spitalexterne Krankenpflege

Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Vorlage im Überblick

Das Gesundheitsgesetz vom 6. Mai 2007 legt die stationäre und ambulante Langzeitpflege ab 1. Januar 2011 in die Zuständigkeit der Gemeinden. Mit Einführung der NFA am 1. Januar 2008 wurde die Unterstützung der Betagtenhilfe inkl. der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex) zwischen Bund und Kantonen entflochten: Die Unterstützungspflicht für kantonale und kommunale Tätigkeiten gingen auf Kanton und / oder Gemeinden über, was dazu zwang, die Finanzierung der Spitex per 1. Januar 2008 vorzeitig und übergangsmässig zu regeln. Die revidierte Spitexverordnung trat am 1. Januar 2008 in Kraft. Gestützt darauf entrichtet der Kanton die entfallenen Bundesbeiträge an Lohnkosten der Spitex sowie einen Beitrag je gelieferte Mahlzeit (ergänzende Dienstleistungen), während die Gemeinden das verbleibende Defizit der öffentlichen Spitexorganisationen zu decken haben, deren alleinige Auftraggeber sie sind. Der Kanton trug in den drei Jahren 2008 bis 2010 jährlich knapp 0,8 Millionen Franken an die spitalexterne Grundversorgung bei. Ab 1. Januar 2011 gelten die Bestimmungen über die spitalexterne Krankenpflege des Gesundheitsgesetzes. Gestützt darauf bedarf es einer neuen Verordnung über die ambulante spitalexterne Krankenpflege. Die finanziellen Auswirkungen sind wegen der vom Bundesparlament verabschiedeten Neuordnung der Pflegefinanzierung und der ungenügenden Datenlage schwer abschätzbar. Deshalb soll der Kanton während längstens drei Jahren den Durchschnittswert der von 2009 bis 2010 geleisteten Beiträge den Gemeinden weiterhin entrichten; der Wirksamkeitsbericht soll dann die Auswirkung von Finanzausgleich und Aufgabenteilung aufzeigen. – 2014 übernehmen die Gemeinden die alleinige finanzielle Verantwortung für den ambulanten Langzeitpflegebereich.

2008 wurde das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung verabschiedet, die Ausführungsbestimmungen ein Jahr später; die Inkraftsetzung wurde auf den 1. Januar 2011 festgelegt. Der Vergütungsmechanismus der Krankenversicherer im Langzeitpflegebereich ändert: Die Beiträge der Krankenversicherung legt der Bundesrat fest, die Beteiligung der Leistungsempfänger wird begrenzt, und die öffentliche Hand hat die Restfinanzierung zu übernehmen. Neu geregelt wird auch die Vergütung während der Akut- und Übergangspflege; für die Sicherstellung dieses ambulanten und stationären Angebots ist der Kanton zuständig. Die Änderung bezüglich der Pflegefinanzierung im Einführungsgesetz

zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG) wurde von der Landsgemeinde 2010 verabschiedet.

1. Ausgangslage

Am 6. Mai 2007 erliess die Landsgemeinde das Gesetz über das Gesundheitswesen (Memorial § 5, S. 16ff.). Es überträgt die Zuständigkeit für den Bereich der Langzeitpflege den Gemeinden (Art. 5; stationär Bst. b, ambulant Bst. c). Die Verbundaufgabe im ambulanten Langzeitpflegebereich zwischen Kanton und Gemeinden wurde damit entflochten. Die Gemeinden haben auch für die öffentliche spitalexterne Grundversorgung, bestehend aus Hilfe und Pflege zu Hause sowie Leistungen der Hauswirtschaft, zu sorgen (Art. 19 Abs. 1). Sie können diese Aufgaben auf Organisationen und Personen übertragen. Der Landrat hat eine Verordnung über die öffentliche spitalexterne Krankenpflege (spitalexterne Grundversorgung + ergänzende Dienstleistungen) zu erlassen, in welcher er die Angebote der spitalexternen Grundversorgung im Einzelnen, die Finanzierung, die Beitragsleistung von Kanton und Gemeinden an ergänzende Dienstleistungen, den Zugang zu den Leistungen der spitalexternen Krankenpflege, die Zuständigkeit für Tarifverhandlungen und die Abgeltung durch die Leistungsempfangenden regelt (Art. 19 Abs. 3).

2. Übergangsordnung (1.1.2008 – 31.12.2010)

Mit Einführung der NFA zwischen Bund und Kantonen am 1. Januar 2008 wurde die finanzielle Unterstützung der Betagtenhilfe inkl. Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex) entflochten: Die Subvention privater Organisationen für gesamtschweizerische Tätigkeiten verblieb beim Bund, während die Unterstützungspflicht für kantonale und kommunale Tätigkeiten auf Kanton und / oder Gemeinden überging. Der Kanton Glarus war demzufolge trotz der per 2011 geplanten Gemeindestrukturereform und der damit verbundenen Aufgabenentflechtung gezwungen, die Finanzierung vorzeitig auf den 1. Januar 2008 neu zu regeln. Ebenfalls gab das neue Gesundheitsgesetz (Art. 5 Bst. c und 19) Rahmenbedingungen für eine Aufgabenentflechtung vor – allerdings mit Inkrafttreten am 1. Januar 2011. Die Artikel 31^a–31^c des Gesundheitsgesetzes vom 5. Mai 1965 blieben deshalb bis Ende 2010 in Kraft, was eine Übergangsverordnung nötig machte. Die revidierte Spitexverordnung trat am 1. Januar 2008 in Kraft. Sie sieht die Übernahme der Bundesbeiträge an Lohnkosten der Spitex sowie einen Beitrag je gelieferte Mahlzeit (ergänzende Dienstleistungen) durch den Kanton direkt zugunsten der Leistungserbringenden vor. Der Kanton konnte mit dieser Lösung vom Konzept der Defizitdeckung bei der Spitex Abstand nehmen. Die Gemeinden hatten das verbleibende Defizit zu übernehmen, und sie wurden zu alleinigen Auftraggeberinnen an die Spitexorganisationen. Diese Revision ging von einem Aufwand der Gemeinden für die Defizitdeckung von rund 350'000 Franken aus, wobei der Investitionsbedarf (insbesondere EDV) der Spitexorganisationen wegen mangelnder Angaben nicht berücksichtigt war. Der Kanton würde – so die damalige Berechnung – mit knapp 800'000 Franken belastet.

Tabelle 1: Kantonsbeitrag an die laufende Erfolgsrechnung 2008–2010 der Spitex Organisationen

Organisation	RE 2008 Fr.	RE 2009 Fr.	RE 2010* Fr.
Spitex Glarus Süd	172'755	185'658	190'749
Spitex Sernftal	31'838	35'947	37'414
Spitex Glarus	147'503	156'997	185'209
Spitex Glarus Nord	194'174	225'315	241'560
Spitex-Kantonalverband	125'054	125'054	125'054
Total	671'324	721'971	779'986

* Der Kanton entrichtet seit 2008 zugunsten der Rechnung des laufenden Jahres den Spitexorganisationen 24 Prozent der AHV-pflichtigen Lohnsumme des Vorjahres (Art. 10 geltende Spitexverordnung). Die Zahlungen des Kantons erfolgen in der Regel innerhalb des ersten Semesters des laufenden Jahres.

Tabelle 2: Defizitbeitrag der Gemeinden an RE 2008, 2009 der Spitexorganisationen

Organisation	RE 2008	RE 2009	RE 2010
	Fr.	Fr.	Fr.
zuhanden Spitex Glarus Süd	216'207	202'251	Noch nicht bekannt
zuhanden Spitex Sernftal	24'931	36'917	Noch nicht bekannt
zuhanden Spitex Glarus Mitte	99'654	210'370	Noch nicht bekannt
zuhanden Spitex Glarus Nord	312'931	302'897	Noch nicht bekannt
Total	653'723	752'435	-

Tabelle 3: Nettoaufwandsteigerung spitalexterne Grundversorgung Kanton Glarus 2008–2010

	RE 2007	RE 2008	RE 2009
	Fr.	Fr.	Fr.
Total Aufwand (inkl. Geschäftsstelle)	3'524'776	4'066'861	4'890'776
Total Ertrag KLV-Leistungen	1'435'261	1'505'644	1'618'719
Total Ertrag Nicht-KLV-Leistungen	566'773	683'995	691'897
Total Nettoaufwand	1'522'742	1'877'222	2'580'160

Ab 1. Januar 2011 sind die Artikel 5 Buchstabe c und 19 des Gesundheitsgesetzes in Kraft und es bedarf einer neuen Verordnung über die ambulante spitalexterne Krankenpflege.

3. Änderung Bundesgesetz über die Krankenversicherung zur Pflegefinanzierung

3.1. Gesetzgebung

Im Juni 2008 verabschiedeten die Eidgenössischen Räte das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung; die Änderung betrifft u.a. die Krankenversicherung. Im Juni 2009 erliess der Bundesrat die Ausführungsbestimmungen; das Inkrafttreten wurde auf den 1. Januar 2011 festgelegt. Die Krankenversicherung hat danach einen fixen, nach Zeitaufwand abgestuften Betrag an die ärztlich verordnete ambulante und stationäre Langzeitpflege (Pflegefachpersonen, Spitexorganisationen, Pflegeheime gemäss Pflegeheimliste) zu leisten. Die Beiträge sind in der Verordnung über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; Art. 7a Abs. 1) festgelegt. Es handelt sich um Beiträge je erbrachte Pflegestunde. Sie gelten für die ganze Schweiz. Tarifverträge zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringenden werden im Bereich der ambulanten Langzeitpflege hinfällig; es bedarf lediglich der schriftlichen Vereinbarung über das Kontroll- und Schlichtungsverfahren. Neue Elemente sind v.a. die Begrenzung der Kostenbeteiligung der Leistungsempfängenden und die Restfinanzierung durch die öffentliche Hand. Dies entlastet die versicherten Leistungsempfängenden; für die Versicherung geht der Bundesgesetzgeber von Kostenneutralität aus; für die öffentliche Hand (im Kanton Glarus: Gemeinden) führt es zu einer neuen gebundenen Ausgabe.

Weiteres, neues Element ist die Vergütung der Pflegeleistungen während der nach einem Spitalaufenthalt nötigen Phase der Akut- und Übergangspflege (Art. 25a Abs. 2 KVG). Die Pflegeleistungen müssen von einem Spitalarzt angeordnet sein und werden während längstens 14 Tagen von der obligatorischen Krankenversicherung und vom Wohnkanton der versicherten Person nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a KVG) vergütet. Die Leistungsempfängenden haben in dieser Phase keine Pflegekosten zu tragen (ausser Franchise / Selbstbehalt Krankenversicherung). Als Leistungserbringende sind selbstständig tätige Pflegefachpersonen, Spitexorganisationen und Pflegeheime zugelassen (Art. 39 KVG, Art. 7 Abs. 1 KLV). Laut Gesundheitsgesetz ist der Kanton für die Akut- und Übergangspflege zuständig. Die Pflegefinanzierung in der Phase der Akut- und Übergangspflege entlastet die Leistungsempfängenden massgeblich. Wegen der kürzeren Spitalaufenthaltsdauer

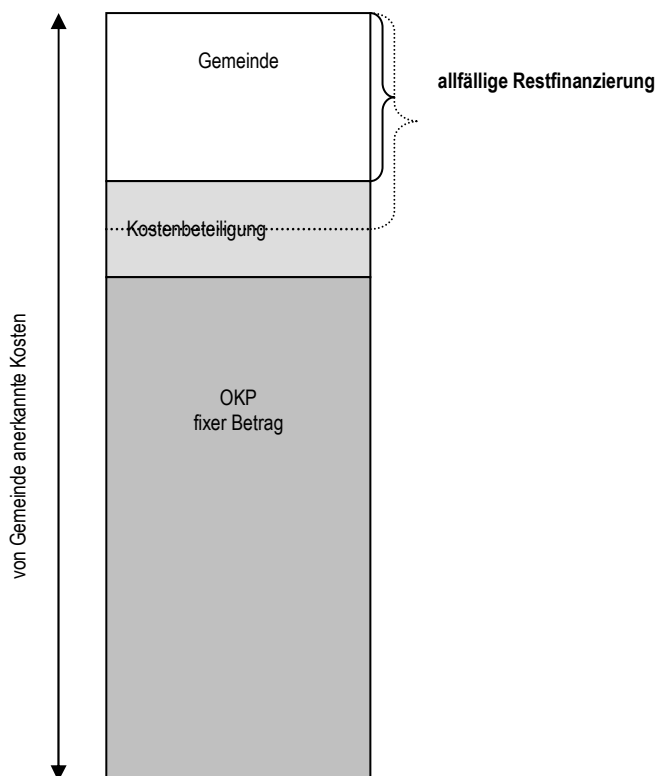
wird sich für die Krankenversicherungen mittelfristig Kostenneutralität ergeben; für die öffentliche Hand (diesbezüglich für den Kanton) entsteht eine neue gebundene Ausgabe.

Die Änderungen des KVG (Art. 25 Abs. 2 Bst. *a* und *f* und 25a) betreffen im Langzeit- und im Akut- und Übergangspflegebereich vor allem Tätigkeitsgebiete der Spitex-Organisationen resp. deren Vergütungsmechanismen. Die Landsgemeinde 2010 änderte das EG KVG; die Verordnung über die ambulante spitalexterne Krankenpflege regelt nur jene Bereiche, die im EG KVG (Art. 33^a–33^d) nicht geklärt sind und weist zur besseren Nachvollziehbarkeit auf gesetzliche Grundlagen hin.

3.2. Finanzierung ambulante Pflegeleistungen

In der Folge wird der Finanzierungsmechanismus für den ambulanten Langzeitpflegebereich pro memoria dargestellt (Memorial LG 2010, § 16, S.128–141):

Neuordnung Finanzierung ambulante Pflegeleistungen im Kanton



Ambulante Pflorgetaxe (= anrechenbare Pflegekosten Art. 33^a EG KVG):

Die Gemeinde hat die anrechenbaren Pflegekosten im Sinne einer ambulanten Pflorgetaxe (Stundentaxe) je Pflegeleistungsbereich mit den Leistungserbringenden zu vereinbaren. Gemäss Handbuch über das Rechnungswesen des Spitex Verbandes Schweiz spricht man bezüglich Pflegeleistungsbereichen von «Kostenträgern». Es sind dies: «Abklärung und Beratung», «Behandlung und Untersuchung», «Grundpflege». Allgemeine, nicht direkt einem Kostenträger zuzuweisende Infrastruktur- und Betriebskosten fallen in jeder Spitexorganisation an (teils abhängig von Leistungsauftrag und Versorgungsgebiet). Sie sind den gemeinwirtschaftlichen Leistungen zuzuordnen (Art. 4 Abs. 3), separat auszuweisen und dürfen nicht in die ambulante Pflorgetaxe eingerechnet werden (s. Ziff. 5.3.).

Kostenbeteiligung der Leistungsempfängenden (Art. 33^c Abs. 2 EG KVG):

Die Kostenbeteiligung darf 15.95 Franken pro Tag nicht überschreiten (Art. 25a KVG: Kostenbeteiligung höchstens 20% des höchsten vom Bundesrat festgelegten Pflegebei-

trages = 20% von 79.80 Fr.). Gemäss EG KVG können die Gemeinden eine tiefere Kostenbeteiligung zur Förderung des ambulanten Angebots festlegen.

Allfällige Restfinanzierung durch Gemeinde (Art. 33^c Abs. 3 EG KVG):

Um allfällige Restkosten zulasten der Gemeinden errechnen zu können, sind von der ambulanten Pflorgetaxe die Beiträge der Krankenversicherer und die Kostenbeteiligung der Leistungsempfangenden abzuziehen. Verbleibende Restkosten (Deckungsbeitrag je verrechenbare KLV-Leistungsstunde) hat die Gemeinde den Leistungserbringenden direkt zu vergüten. Diese stellen den Leistungsempfangenden Rechnung über den von den Krankenversicherern geschuldeten Beitrag (Art. 7a KLV Abs. 1 Bst. a–c) und die Kostenbeteiligung. Für den von der Krankenversicherung geschuldeten Beitrag haben die Leistungsempfangenden Anrecht auf Rückerstattung (tiers garant, Art. 42 KVG).

4. Vernehmlassung zum Verordnungsentwurf

Am 10. August 2010 verabschiedete der Regierungsrat den Verordnungsentwurf sowie den erläuternden Bericht zuhanden einer Vernehmlassung bis zum 30. September 2010. Es nahmen teil: die Leistung erbringenden Organisationen (Spitex Glarus Nord, Spitex Glarus, Spitex Glarus Süd, Spitex Sernftal), deren Dachorganisationen (Spitex-Kantonalverband, Spitex Verband Schweiz), die drei Gemeinden, der Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK ZH/GL/SH, der Schweizerische Hebammenverband Sektion Zürich und Umgebung und der Rechtsdienst (s. Beilage; wesentliche Hinweise auch unter Ziff. 5.2.).

Verschiedene Vernehmlassungsteilnehmende beantragten, den Bereich der spitalexternen Grundversorgung mit einer Leistungsruhrük «zur Entlastung von pflegenden Angehörigen» zu ergänzen. Es werde gemäss der vom Spitex Verband Schweiz durchgeführten Studie «SwissAgeCare-2010» zunehmend notwendig, die Angehörigen von älteren Menschen in Pflege und Haushilfe zu unterstützen resp. zu entlasten. Angehörige spielten eine wichtige Rolle bei der Betreuung von Pflegebedürftigen zu Hause. Ihnen sei – auch angesichts des zu erwartenden Pflegepersonalmangels – Sorge zu tragen; sie seien vermehrt zu unterstützen, ehe sie aus Überlastung selber erkrankten. Da der Vernehmlassungsentwurf einen Zugang resp. Leistungsanspruch auf spitalexterne Grundversorgung (pflegerische Leistungen und Haushilfe) für pflegende Angehörige im Sinne vorübergehender Entlastung vorsah (Art. 5 Abs. 2 Bst. c) und eine Ergänzung in Sachen Pflegeleistungen nicht gesetzeskonform wäre (KVG), wird die Anpassung nicht wie beantragt vorgenommen. Die Verordnung gibt aber (Art. 5 Abs. 2 Bst. c) pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, die professionellen Leistungsangebote zu nutzen. Ergänzt wurde die Verordnung insofern (Art. 4 Abs. 2 Bst. a), als unter Haushilfeleistung nebst Unterstützung der Klienten in der Haushaltführung das vorübergehende selbstständige Führen des Haushaltes auch zur Entlastung pflegender Angehörigen zu verstehen ist. Das KVG sieht pflegerische Angebote in Tages- und Nachtstrukturen – u. a. zur Entlastung des familiären Umfelds von Pflegebedürftigen – als beitragsberechtigt vor. Dies steht im Einklang mit der erwähnten Studie, die folgert: «Flexible Entlastungsangebote für pflegende Angehörige sind bereitzustellen und in geeigneter Form anzubieten. Die Bereitstellung dieses Angebotes an Tages- oder Nachtstrukturen ist ein wichtiges Glied in der Versorgungskette der Betreuung pflegebedürftiger Menschen zwischen familiärer ambulanter Betreuung und stationärer Betreuung». Im Kanton Glarus existieren im Langzeitpflegebereich keine solchen Tages- oder Nachtpflegestrukturen.

Vom Berufsverband der Pflegefachpersonen wurde darauf hingewiesen, es seien selbstständig tätige Pflegefachpersonen den öffentlichen Spitexanbietern gleichzustellen, um in den Genuss der Restfinanzierung zu kommen. Der Anteil freiberuflicher Pflegefachpersonen werde zunehmen und es sei aufgrund des sich abzeichnenden Pflegenotstands darauf hinzuwirken, dass möglichst viele Personen im Pflegeberuf verbleiben. Bei den freiberuflichen Pflegefachpersonen handle es sich um Persönlichkeiten, die nicht mehr in einer Institution arbeiten, jedoch weiterhin in der Pflege tätig sein wollen. Die Freiberuflichkeit (Selbstständigkeit) bedeute eine zusätzliche Attraktivität des Pflegeberufes. Selbstständige Pflegefach-

personen stellen keine Konkurrenz zu den öffentlichen Spitexorganisationen dar, sondern ergänzen das Angebot dort, wo ein Auftrag nicht mehr ausgeführt werden könne. Sie seien oft Spezialistinnen und Spezialisten in Nischenangeboten wie Stillberatung, Wundmanagement, Diabetesberatung usw. Sie würden damit entsprechend dem Grundsatz „Spitex vor Heim“ helfen, Kosten zu sparen. Dem Anliegen wird Rechnung getragen. So sehen die Bestimmungen über die Pflegefinanzierung (Art. 33^c EG KVG) vor, dass ambulante Leistungserbringende (Pflegefachpersonen und private Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause), die über eine Bewilligung zur Berufsausübung respektive über eine Betriebsbewilligung des Kantons verfügen, im Einverständnis der Gemeinde (Leistungsvereinbarung) einer Spitexorganisation mit öffentlichem Leistungsauftrag unter gewissen Voraussetzungen gleichgestellt sind. Die Verordnung (Art. 8 Abs. 3) verdeutlicht, welche wesentlichen Rahmenbedingungen zwischen der Auftrag gebenden Gemeinde und Leistungserbringenden (z. B. selbstständige Pflegefachpersonen) im Leistungsvertrag / in der Leistungsvereinbarung zu regeln sind: u. a. Versorgungsumfang, Verfügbarkeit und Qualität, Finanzierung und Vergütung. Bei den Pflegeleistungen während der Akut- und Übergangspflege durch selbstständige Pflegefachpersonen oder private Spitexorganisationen ist ein ähnliches Prozedere mit dem Kanton denkbar, setzt aber zwingend nachgewiesenen Bedarf voraus.

5. Verordnung über die ambulante spitalexterne Krankenpflege

5.1. Allgemeiner Überblick

Nach dem allgemeinen Teil I, der Geltungsbereich und Umfang der ambulanten spitalexternen Krankenpflege festlegt, regelt die Verordnung unter II. die spitalexterne Grundversorgung in der Langzeitpflege und in der Akut- und Übergangspflegephase. Teil III bestimmt die ergänzenden Dienstleistungen und die Abgeltungsmodalitäten derselben und Teil IV Aufsicht und Rechtsschutz. In den Schlussbestimmungen (V.) finden sich die Bestimmung über die Aufhebung bisherigen Rechts, die Übergangsbestimmung betreffend befristetem Entrichten des bisherigen Kantonsbeitrages sowie das Inkrafttreten.

Analog zur Gliederung von Artikel 2 Absatz 1 sind die Verordnungsteile II und III aufgebaut. Die ambulante spitalexterne Krankenpflege umfasst die spitalexterne Grundversorgung (Bst. a, Abschnitt II) und die ergänzenden Dienstleistungen (Bst. b, Abschnitt III). Die spitalexterne Grundversorgung beinhaltet damit die pflichtgemäss von Spitex-Organisationen mit öffentlichem Auftrag zu erbringenden Leistungen: pflegerische Leistungen während der ambulanten Langzeitpflege- resp. der Akut- und Übergangspflegephase, Haushilfe sowie gemeinwirtschaftliche Leistungen. Letztere dienen der Bereitstellung der Leistungsbereiche. – Die Leistungserbringenden der spitalexternen Grundversorgung sind frei, weitere Leistungen als die Pflichtleistungen gemäss der Verordnung anzubieten. Allerdings entfällt in diesen Bereichen die finanzielle Unterstützungspflicht der öffentlichen Hand. Solche Leistungen sind kostendeckend anzubieten.

5.2. Bestimmungen im Detail

I. Allgemeine Bestimmungen

Artikel 1; Geltungsbereich

Die Verordnung regelt gestützt auf Artikel 19 des Gesundheitsgesetzes den ambulanten Leistungsbereich der spitalexternen Grundversorgung sowie die Finanzierung derselben (Teil II), die Beitragsleistung von Kanton und Gemeinden an ergänzende Dienstleistungen (Teil III), den Zugang zu den Leistungen der ambulanten spitalexternen Krankenpflege (Art. 5, 15), die Zuständigkeit für Tarifverhandlungen (Art. 13) sowie die Abgeltung durch die Leistungsempfangenden (Art. 10).

Artikel 2; Umfang der ambulanten spitalexternen Krankenpflege

Absatz 1. – Das in der Verordnung zu regelnde Leistungsspektrum umfasst die spitalexterne Grundversorgung (Leistungen der Pflege und Haushilfe) sowie ergänzende Dienstleistungen. Die Einzelheiten zu diesen beiden Kernbereichen sind im Teil II (spitalexterne Grundversorgung) und Teil III (Ergänzende Dienstleistungen) geregelt.

Absatz 2. – Als Kernleistungen der spitalexternen Grundversorgung gelten pflegerische Leistungen und Leistungen der Haushilfe. – Der Antrag verschiedener Vernehmlassungsteilnehmenden, im Bereich der pflegerischen Leistungen (Bst. a), solche zur Entlastung pflegender Angehöriger aufzunehmen, ist nicht umsetzbar, weil Artikel 7 KLV diese – Abklärung und Beratung, Behandlungspflege, Grundpflege – abschliessend regelt und auf ärztliche Anordnung hin und bei Vorliegen eines ausgewiesenen Bedarfs beitragsberechtigt sind. Der Bedarf ist auch nachweisbar, wenn es sich um eine Leistung handelt, die nur vorübergehend zur Entlastung eines pflegenden Angehörigen zu erbringen ist.

Absatz 3. – Mahlzeitendienst und Transportdienst sind beispielhaft als ergänzende Dienstleistungen aufgeführt. Teil III regelt die Einzelheiten zu den ergänzenden Dienstleistungen und nimmt Bezug zu den Vorgaben des Gesundheitsgesetzes.

II. Spitalexterne Grundversorgung in der Langzeit- und der Akut- und Übergangspflege

Artikel 3; Zweck

Absatz 1. – Ambulante Hilfe und Pflege zu Hause soll hilfs- und pflegebedürftigen Menschen ermöglichen, zu Hause bleiben zu können, einen Spitalaufenthalt zu verkürzen oder den Eintritt in eine stationäre Einrichtung zu verzögern (Art. 51 Verordnung über Krankenversicherung, KVV). Dabei ist Ziel der spitalexternen Grundversorgung, die Selbstständigkeit der Leistungsempfangenden zu erhalten und zu fördern (Vorsorge) und das private Umfeld nach Möglichkeit in die Hilfe und Pflege miteinzubeziehen.

Absatz 2: Die Leistungen der Spitex (spitalexternen Grundversorgung) werden in der Phase der Akut- und Übergangspflege (nach einem Spitalaufenthalt) und der Langzeitpflege ambulant erbracht.

Artikel 4; Leistungen der spitalexternen Grundversorgung

Absatz 1. – Die pflegerischen Leistungen sind abschliessend definiert (Art. 7 Abs. 2 KLV), weshalb es keine weitere Ausführung in der Verordnung braucht. Die Pflegeleistungen sind in «Abklärung und Beratung», «Untersuchung und Behandlung» sowie «Grundpflege» unterteilt.

Absatz 2. – Haushilfeleistungen umfassen u.a. die Unterstützung der Leistungsempfangenden in der Haushaltführung oder die Übernahme derselben, Mithilfe in der Kinderbetreuung oder Unterstützung in der Gestaltung des Alltags (Tagesstruktur, -programm). – Ergänzt wurde die Verordnung nach der Vernehmlassung in Buchstabe a, um zu verdeutlichen, dass pflegenden Angehörigen Anspruch auf Unterstützung in der Haushilfe zukommt.

Absatz 3. – Als gemeinwirtschaftliche Leistungen gelten Bereitstellung der Kernleistungen (Haushilfe, ambulante Pflege), Sicherstellen der Versorgung (z. B. Organisation, Administration, Einsatzfahrzeuge, Lager, Mobiliar, Kommunikation, Vorhalteleistungen zur Erreichung der Verfügbarkeitsziele, Aus- und Weiterbildung) und individuelle Gesundheitsvorsorgeleistungen (Erhalt, Förderung Selbstständigkeit innerhalb ärztlicher Anordnung). Der Leistungsumfang ist vom Auftrag erteilenden Gemeinwesen (Gemeinde für Langzeitpflege, Kanton für Akut- und Übergangspflege) in der Leistungsvereinbarung festzulegen.

Die Leistungserbringenden können weitere Dienstleistungen anbieten, die allerdings nicht subventionspflichtig und daher kostendeckend zu erbringen sind.

Artikel 5; Zugang und Leistungsanspruch

Absätze 1 und 2. – Anspruch auf Leistungen der spitalexternen Grundversorgung durch eine Organisation mit öffentlichem Auftrag in ihrer Wohngemeinde haben pflege- und betreuungsbedürftige Personen mit Wohnsitz im Kanton. Dafür bedarf es in jedem Fall einer ärztlichen Anordnung sowie einer Bedarfsabklärung. – Die Anspruchsberechtigung ist näher umschrieben.

Absatz 3. – In Situationen, in welchen eine wirtschaftliche oder sichere ambulante Leistungserbringung aus medizinisch-fachlicher oder aus menschlicher Sicht nicht mehr gewähr-

leistet werden kann, sind Leistungserbringende von ihrer Leistungspflicht zu befreien. Die Befreiung kann vom behandelnden Arzt oder vom öffentlichen Auftraggeber verfügt werden.

Artikel 6; Bedarfsabklärung und Leistungsvertrag

Es handelt sich um wichtige Qualitätskriterien von Pflegeleistungen. Die Bestimmung stellt sicher, dass die Qualitätskriterien im Kanton gleichermassen berücksichtigt werden.

Absatz 1. – Ungeachtet der angeordneten Leistung ist vor dem ersten Einsatz eine Bedarfsabklärung bei den Leistungsempfangenden zu Hause durchzuführen. Daraus resultiert ein gegenseitig zu unterzeichnender Vertrag, in welchem u.a. Leistungsziele und -umfang, Überprüfung der Zielerreichung sowie die Entschädigung vereinbart werden.

Absatz 2. – Bei notfallmässigem Einsatz ist die Bedarfsabklärung in den folgenden fünf Arbeitstagen nachzuholen.

Absatz 3. – Die Leistungserbringenden sind verpflichtet, ihre Leistungen regelmässig auf den Bedarf hin zu überprüfen und anzupassen.

Artikel 7; Anstellung von pflegenden Angehörigen

Nicht selten werden Angehörige in den Pflegeablauf einbezogen. Sie leisten einen namhaften Beitrag an die Pflege und Hilfe ihrer pflegebedürftigen Verwandten. Im Hinblick auf den zunehmenden Personalmangel im Gesundheitswesen werden ambulante Leistungen wichtiger. Leistungserbringung durch Angehörige kann in der Langzeitpflege sinnvoll sein, sofern die verwandte Person physisch und psychisch in der Lage ist, Pflegeleistungen in ausreichender Qualität zu erbringen. Dies ist von den Arbeitgebenden (Leistungserbringenden) vorgängig und während des Pflegeprozesses zu prüfen. Die Leistungserbringenden sollen Angehörige für den Pflegeauftrag anstellen können. Allerdings müssen dazu Voraussetzungen kumulativ erfüllt sein. – In der Vernehmlassung wurde Antrag auf Ergänzung der Kriterien für ein Anstellungsverhältnis (Leistungserbringende / pflegende Angehörige) gestellt. Die Verordnung sieht dies nun vor.

Buchstaben a und b. – Entweder ist ausreichende berufliche Qualifikation oder hohe pflegerische Praxiskompetenz auszuweisen, und das gesetzliche Rentenalter darf nicht überschritten sein. Als ausreichende berufliche Qualifikation können gelten: Nachweis der innert nützlicher Frist absolvierbaren Ausbildung zur Pflegehelferin / Pflegehelfer (etwa dreimonatige Kursausbildung des SRK) oder als Pflegeassistentin / Pflegeassistent.

Buchstabe c. – Da eine Anstellung auch administrativ vertretbar sein muss, wird eine Mindestdauer des Einsatzes von zwei Monaten vorausgesetzt.

Artikel 8; Gewährleistung der ambulanten Langzeitpflege und Haushilfe

Absatz 1. – Die Gemeinden sind für die spitalexterne Grundversorgung im Langzeitpflegebereich zuständig (Art. 5 Bst. c und 19 Gesundheitsgesetz). Sie sorgen für ein Angebot von guter Qualität und die Koordination mit übrigen Versorgungsbereichen (z.B. stationäre Langzeitpflege in Pflegeheimen, ergänzende Dienstleistungen).

Absatz 2. – Die Gemeinden können die spitalexterne Grundversorgungsleistung selbst erbringen (z.B. als Verwaltungsabteilung) oder Dritte damit beauftragen (z.B. Spitex-Organisation). Sämtliche Leistungserbringende bedürfen einer gesundheitspolizeilichen Bewilligung des Departements Finanzen und Gesundheit (Art. 23 resp. 25 Gesundheitsgesetz).

Absatz 3. – In der Leistungsvereinbarung regelt die Gemeinde mit den Leistungserbringenden die Einzelheiten (z.B. Versorgungsumfang, zeitliche Verfügbarkeit, Qualität), sowie Finanzierung, Abgeltungsverfahren und Berechnung des Kostenanteils der Leistungsempfangenden (auch gestützt auf KVG sowie Art. 33^a und 33^c EG KVG). Die Gemeinden können den Haushilfe-Umfang zeitlich begrenzen.

Artikel 9; Gewährleistung der ambulanten Akut- und Übergangspflege

Wie bezüglich Pflegefinanzierung (Ziff. 3) ausgeführt, ist der Kanton für das Pflegeangebot in der Phase der Akut- und Übergangspflege zuständig. Er hat für ein bedarfsgerechtes ambulantes und stationäres Angebot zu sorgen (Art. 33^d EG KVG). Im ambulanten Bereich schliesst er dafür Leistungsvereinbarungen ab. Auch wenn eine Vernehmlassungsantwort eine kantonale Lösung als überdimensioniert erachtet, so erscheint eine Leistungsvereinbarung mit einem einzigen Vertragspartner (Spitex-Kantonalverband als Dachverband) zielführend. Die Vertrags-

parteien (Regierungsrat / Spitex-Kantonalverband) sollen eine Vereinbarung abschliessen, welche die Einzelheiten der Leistungserbringung für sämtliche beitretenden Mitgliedorganisationen (finanzielle Abgeltung, Kosten- und Leistungsermittlung, Fakturierung, Qualitätssicherung) regelt. Die Mitgliedorganisationen (Spitex Glarus Nord, Spitex Glarus, Spitex Glarus Süd, Spitex Sernftal, allfällige private Organisationen) sollen der Leistungsvereinbarung beitreten können. Der Kantonalverband selbst erbringt keine pflegerischen Leistungen. Er bleibt lediglich Verhandlungspartner für die Vereinbarung mit dem Kanton respektive den Krankenversicherern. Ziel ist der Beitritt all jener, die Leistungen gemäss Artikel 7 KLV erbringen, um dieselbe Abgeltung durch die Finanzierenden (Krankenversicherer, Kanton) zu erreichen. Der Kanton übernimmt 55 Prozent der Pflegeleistungskosten der ambulanten Akut- und Übergangspflegephase (Art. 33^d Abs. 1 EG KVG). Selbstständig erwerbstätige Pflegefachpersonen oder private Organisationen zum Beitritt zu verpflichten, ist nicht Inhalt dieser Vorlage. Es wird aber darauf hingewiesen, dass sich die Finanzierung der Pflegeleistungen leistungsorientiert nach der Spitalfinanzierung richtet (Art. 49a KVG).

Artikel 10; Finanzierung der Leistungen

Absatz 1. – In Bezug auf die Abgeltung der ambulanten pflegerischen Leistungen im Langzeitpflegebereich wird der Vollständigkeit halber und aus Verständlichkeitsgründen auf das EG KVG verwiesen. – Eine in der Vernehmlassung beantragte Änderung kann nicht übernommen werden, weil sie mit übergeordnetem Recht unvereinbar wäre. Die Finanzierung ist mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung im EG KVG abschliessend geregelt.

Absatz 2. – Die Leistungen der Haushilfe sind (wie Pflegeleistungen) leistungsorientiert zu vergüten. – Dem Anliegen aus der Vernehmlassung nach bisherigem Sozialtarifsystem wird entsprochen. Es sind Kostenanteile der Leistungsempfängenden (Bst. a), für die Eigenleistung der Leistungserbringenden (Bst. b; Spenden, Mitgliederbeiträge) und für die Übernahme allfälliger Restkosten durch die Gemeinde (Bst. c) aufgeführt.

Absatz 3. – Entsprechend geltender Regelung müssen der Kostenanteil der Leistungsempfängenden und der Eigenanteil der Leistungserbringenden zusammen mindestens 50 Prozent der anrechenbaren Haushilfekosten decken (s. auch Art. 11). Die Gemeinde kann für die Leistungsempfängenden tiefere Anteile festlegen, um das ambulante Angebot der Haushilfe zu fördern. Sie kann somit wie bei den Pflegeleistungen die Kostenbeteiligung zugunsten der Leistungsempfängenden reduzieren.

Absatz 4. – Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen, mehrheitlich bestehend aus nicht direkt einem Leistungsbereich (Pflege- oder Haushilfeleistungen) zuweisbaren Kosten (s. Ziff. 3.2. und 5.3.) sind in der Leistungsvereinbarung zwischen Gemeinde und Leistungserbringenden festzulegen. – Aufgrund verschiedener Stellungnahmen wird die Vergütungsform nicht in der Verordnung festgelegt. Es obliegt damit den Vereinbarungsparteien, diese (Defizitzahlung, Globalbeitrag / Anteil an leistungsorientierter Finanzierung) zu regeln.

Absatz 5. – Vor der Fusion der Spitex-Vereine hatten diese bei unerwarteten, grösseren finanziellen Lasten an die öffentliche Hand zu gelangen, ein höheres Defizit auszuweisen oder die Tarife zu erhöhen. Die geltende Verordnung verpflichtet die Gemeinden, das Gesamtdefizit zu decken. Ab 2011 sollen die Organisationen mehr finanzielle Verantwortung für ihr «Unternehmen» tragen. Sie erhalten mit den Finanzierungsmechanismen zusätzlichen unternehmerischen Freiraum, sind aber mehr mit finanziellen Risiken (z.B. Debitorenausstände, Delkredere, dringende Ersatzanschaffungen, Reparaturen an EDV, Fahrzeugen, Haftpflichtfälle) konfrontiert, was Reservenbildung voraussetzt. Die Höhe der Reserve wird nicht festgelegt, da sie sich anzupassen hat und von der Vermögensstruktur der Organisation abhängig ist. Eine Eigenmittelreserve von mindestens 2 Prozent (gemessen am Gesamtaufwand 2009 der Spitexorganisationen zwischen 15'000 und 35'000 Fr.) des laufenden Aufwands ist Richtwert. Das Finanzmanual des Spitex Verbandes Schweiz macht hierzu keine Empfehlung sondern zeigt lediglich den Buchungsmechanismus auf.

Artikel 11; Haushilfe- und Pfl egetaxe

Auf verschiedene Vernehmlassungsantworten hin wurde die Bestimmung über die Berechnung der Haushilfe- und der Pfl egetaxe von Artikel 10 in Artikel 11 verschoben. Die Formulierung entspricht jener in Artikel 33^a EG KVG, da die Gemeinde sowohl eine Pfl egetaxe als auch eine Haushilf etaxe zu berechnen hat.

Absatz 1. – Zur Berechnung des Kostenanteils der Leistungsempfängenden, der Eigenleistung durch die Leistungserbringenden und einer allfälligen Restfinanzierung durch die Gemeinde an Haushilfe- und Pflegekosten müssen die voll anrechenbaren Kosten einer Haushilfe- resp. einer Pflegestunde festgelegt werden. Die Gemeinden sind für die vertragliche Regelung der Taxen (Stundentarif = Vollkosten ohne Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen) unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben (Art. 33^a EG KVG) zuständig. Zuvor hören sie die Leistungserbringenden an. Für die Pflegeleistungen gelten laut Bundesratsbeschluss für die Krankenversicherungsbeiträge an die anrechenbaren Pflegekosten: 79.80 Franken Abklärung und Beratung, 65.40 Franken Behandlungspflege, 54.60 Franken Grundpflegeleistungen. Diese Stundentarife vermögen die Pflegekosten nicht vollständig zu decken. Von den anrechenbaren Pflegekosten pro Stunde (von der Gemeinde festgelegt) sind Krankenversicherungsbeitrag und Kostenbeteiligung der Leistungsempfängenden abzuziehen; der Restsaldo ist von der Gemeinde zu übernehmen.

Absatz 2. – Die von den Leistungserbringenden detailliert auszuweisenden Kosten- und Leistungsdaten des Vorjahres bilden die Grundlage der Berechnung. In welchem zeitlichen Intervall die Taxen festgelegt resp. in der Leistungsvereinbarung geregelt werden, ist Sache der Vertragsparteien.

Artikel 12; Berichtswesen, Controlling

Absatz 1. – Gegenüber ihren Auftraggebern haben die Leistungserbringenden im Umfang des Leistungsauftrages resp. der Leistungsvereinbarung Bericht zu erstatten.

Absatz 2. – Zur transparenten Rechnungslegung ist auf eine anerkannte Kostenrechnung und Finanzbuchhaltung abzustellen. Das Handbuch des Spitex Verbandes Schweiz gewährleistet am ehesten eine nachvollziehbare, transparente Rechnung und ermöglicht sogar ein Benchmarking unter den Leistungserbringenden, sofern dies die Auftraggeber fordern.

Artikel 13; Spitex-Kantonalverband

Nach den Fusionen existieren noch vier Spitexorganisationen mit öffentlichem Auftrag (Spitex Glarus Nord, Spitex Glarus, Spitex Glarus Süd, Spitex Sernftal). Sie decken das Versorgungsgebiet mit spitalexternen Grundversorgungsleistungen ab und beschäftigen eigenes, auch spezialisiertes Personal. Es wird sich zeigen, ob ein gemeinsamer, durch den Kantonalverband betriebener Stellenpool richtig ist oder andere Zusammenarbeitsformen zweckmässiger sind. Die vier Organisationen werden in vielerlei Hinsicht mit anderen Leistungserbringern zusammenarbeiten müssen. Es werden die Organisation des Spitex-Kantonalverbandes – Delegiertenversammlung, Vorstand, Geschäftsstelle – und seine Abläufe, Aufgaben und Zusammenarbeit zu überprüfen und neu festzulegen sein. Dies ist aber Sache des Kantonalverbandes und seiner Mitgliedorganisationen.

Absätze 1 und 2. – Der Verordnungsentwurf beschränkt sich auf die kantonalen Aufgaben des Kantonalverbandes. Der Kanton entschädigt die vom Kantonalverband zu erfüllenden Aufgaben gemäss Leistungsvereinbarung. – Eine Vernehmlassung sieht mit dem Einbezug des Kantonalverbandes Schnittstellen zwischen Kanton, Gemeinden und Spitexorganisationen entstehen. Diese müssten erkannt und die Zuständigkeiten klar definiert werden. Das Verhältnis Kanton / Spitex-Kantonalverband solle mehr beinhalten als das Sammeln und Weitergeben ermittelter Daten. Der Kanton müsse beispielsweise mit Blick auf die Gesundheitskosten weiterhin an Benchmarks in allen Bereichen, insbesondere bei den im Einzelnen anfallenden Kosten der vier Spitexorganisationen interessiert sein. Dieser Beurteilung ist nichts entgegenzuhalten. Sie steht auch nicht in Widerspruch zu den vom Kantonalverband im Auftrag des Kantons wahrzunehmenden Aufgaben (Abs. 1 Bst. b), die in einer Leistungsvereinbarung festzulegen sind. Allerdings wird die Auftrag erteilende Gemeinde ein direktes Interesse daran haben, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ihrer beauftragten Organisation mit anderen vergleichen zu können. Diese Möglichkeit steht sämtlichen Auftraggebern offen (Abs. 3).

Absatz 3. – Der Spitex-Kantonalverband kann im Auftrag seiner Mitgliedorganisationen oder Dritter (z.B. ein Gemeinwesen) Verträge mit Krankenversicherern abschliessen (Bst. a), Grundlagen erarbeiten (Bst. b) oder die spitalexterne Grundversorgung in der Öffentlichkeit bekannt machen (Bst. c). Vielerorts fordert der Verband der Schweizer Krankenversicherer (santésuisse) Vertragsverhandlungen mit nur einer einzigen Stelle im Auftrag einzelner Leis-

tungserbringer (-gruppen). – Sonderaufträge Dritter resp. von Mitgliedorganisationen sind separat und vom Auftraggeber abzugelten.

III. Ergänzende Dienstleistungen

Der III. Teil der Verordnung regelt die Einzelheiten der ergänzenden Dienstleistungen (Art. 2 Abs. 3; Art. 19 Abs. 2 Gesundheitsgesetz). Der Kanton kann an die ergänzenden Dienstleistungen beitragen und dafür Leistungsaufträge erteilen. Der Grundsatz, dass der Kanton nur Anbietende unterstützt, deren Leistungen im ganzen Kanton zugänglich sind, besteht bereits (geltende Verordnung Art. 8 Abs. 1).

Artikel 14. – Förderung ergänzender Dienstleistungen

Der Kanton stützt sich in seiner Entscheidung, ob es sich bei einer Leistung um eine beitragswürdige ergänzende Dienstleistung handelt oder nicht, darauf, ob für sie Bedarf und Bedürfnis in der Bevölkerung besteht.

Artikel 15; Trägerschaft und Finanzierung

Absatz 1. – Das Angebot der ergänzenden Dienstleistung muss für alle Einwohner im Kanton zur Verfügung stehen, damit es (resp. dessen Trägerorganisation) vom Kanton anerkannt wird. Dieser Grundsatz besteht bereits (geltenden Verordnung Art. 8 Abs. 1).

Absatz 2. – Ist die Voraussetzung von Absatz 1 erfüllt, so legt der Kanton in der Leistungsvereinbarung u.a. Beitragshöhe und Zahlungsmodalitäten fest. In der Regel werden Globalbeiträge vereinbart.

Absatz 3. – Es gibt auch Anbietende von ergänzenden Dienstleistungen, deren Tätigkeitsgebiet sich auf eine Gemeinde oder Teile davon beschränkt. Sie erfüllen daher die Voraussetzung von Absatz 1 nicht, weshalb ihre Leistungen nicht in die Zuständigkeit des Kantons sondern in die der Gemeinden fallen. Diese haben die Beitragsleistung zu prüfen und allenfalls die Einzelheiten (in einer Leistungsvereinbarung) zu regeln.

IV. Aufsicht und Rechtsschutz

Artikel 16; Aufsicht

Das Departement Finanzen und Gesundheit ist das für das Gesundheitswesen zuständige Departement und übt die Aufsicht über die spitalexterne Krankenpflege aus.

Artikel 17; Rechtsschutz

Die Rechtspflegeverfahren sind im KVG und / oder im Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts abschliessend geregelt. Die Rechtsschutzbestimmungen sehen eine der Aufgabenzuständigkeit entsprechende Aufteilung im Falle erstinstanzlicher Entscheide über Streitigkeiten zwischen Leistungsempfangenden und öffentlich beauftragten privaten Leistungserbringenden (Spitex-Organisationen) vor.

Absatz 1. – Bei Streitigkeiten zwischen den erwähnten Parteien betreffend ambulanter Langzeitpflege oder Haushilfeleistungen hat die zuständige Behörde der Gemeinde einen erstinstanzlichen Entscheid zu treffen.

Absatz 2. – Betrifft der Streitgegenstand zwischen den genannten Parteien die ambulante Akut- und Übergangspflege, so kann die Hauptabteilung Gesundheit des Departements Finanzen und Gesundheit für einen erstinstanzlichen Entscheid angerufen werden.

Absatz 3. – Der Rechtsschutz gegen Entscheide gestützt auf diese Verordnung (Abs. 1 und 2) richtet sich nach dem kantonalen Verwaltungsrechtspflegegesetz.

V. Schlussbestimmungen

Artikel 18; Aufhebung bisherigen Rechts

Die geltende Verordnung über die spitalexterne Krankenpflege verweist (Art. 11 Abs. 3) bezüglich Beitragsleistung von Kanton und Gemeinden an die Hebammen auf die Verordnung über das Hebammenwesen. Bereits im Memorial zur Totalrevision des Gesundheitsgesetzes (2007) wurde der Beschluss über die Gewährung von Ruhegehältern an Hebammen

men aufgehoben und ausgesagt, Einzelbestimmungen seien in neue Erlasse zu überführen. – Im Folgenden werden die für das Hebammenwesen geltenden Regelungen vorgestellt.

Am 28. Dezember 1995 schlossen der Schweizerische Hebammenverband (SHV) und das Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (heute: santésuisse) einen gesamtschweizerisch gültigen Tarifvertrag für die Entschädigung der geburtshilflichen Betreuung durch (selbstständig tätige) Hebammen ab. Der Vertrag sieht bei einem Glarner Taxpunkt-wert für Hebammen von 1 Franken eine Entschädigung durch die Krankenversicherer von 48 Franken je angebrochene 30 Minuten für die Leitung einer Geburt zu Hause vor (Stunden-ansatz: 96 Fr.). Die Krankenversicherung vergütet der Hebamme das Verbrauchsmaterial mit 165 Franken pro Geburt und die Pflegebesuche im Wochenbett mit 78 Franken pro Besuch resp. für Zweitpflegebesuche innerhalb der ersten zehn Tage nach der Geburt mit 39 Franken pro Besuch. Das Verbrauchsmaterial, das während des Wochenbetts benötigt wird, entschädigt die Krankenversicherung mit 18 Franken (Tage 1–5) resp. 7 Franken ab dem sechsten bis zum zehnten Tag. Die Hebamme wird für ihre Fahrtkosten zur Schwangeren resp. Wöchnerin zu Hause mit 60 Rappen pro km entschädigt. Auslagen für Medikamente, sofern diese im Zusammenhang mit der Geburt erforderlich sind, werden der Hebamme gemäss Spezialitäten- resp. Generikaliste entschädigt. Eine Finanzierung der Pikettzeit resp. des Bereitschaftsdienstes von Hebammen ist im KVG nicht vorgesehen und im geltenden Tarifvertrag ausdrücklich ausgenommen.

Kanton und Wohngemeinde leisten an jede im Kanton selbstständig tätige Hebamme pro Geburt eine (Wartgeld-)Entschädigung, die der Regierungsrat festgelegt. Er tat dies letztmals 1991 (vier Jahre vor Abschluss des gesamtschweizerischen Tarifvertrages): Kanton und Gemeinden je 250 Franken Wartgeld für eine Hausgeburt und je 125 Franken für Betreuungsleistungen während des Wochenbetts (nach erfolgter ambulanter Geburt in einer Geburtseinrichtung). Die Ostschweizer Kantone ZH, AI, AR, SH, SG, GR und TG entschädigen den Bereitschaftsdienst nicht, allerdings vergüten einige Gemeinden in diesen Kantonen den frei praktizierenden Hebammen die Rufbereitschaft.

Die Verordnung über das Hebammenwesen sieht im Weiteren eine Ausbildungsentschädigung für angehende Hebammen vor. Seit 2005 regelt jedoch die Verordnung des Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartements über Studiengänge, Nachdiplomstudien und Titel an Fachhochschulen die Ausbildung zur Hebamme auf Fachhochschulebene, weshalb sich Bestimmungen über kantonale Subventionen erübrigen. Die selbstständige Berufsausübung als Hebamme ist neu im Gesundheitsgesetz (Art. 25 ff.) sowie der Verordnung über Berufe und Einrichtungen im Gesundheitswesen geregelt. Die Bestimmungen über die Berufsausübung in der Verordnung werden damit hinfällig.

Der SHV Sektion Zürich und Umgebung sprach sich gegen die Aufhebung der Verordnung über das Hebammenwesen und den Beschluss über die Entschädigung der Hebammen für Hausgeburten sowie ambulante Geburten aus. Der Bereitschaftsdienst ab der dritten Woche vor dem mutmasslichen Geburtstermin bis zum zehnten Tag nach der Geburt stelle eine unentbehrliche Bedingung für eine Haus- oder Geburtshaus-Geburt und die Wochenbettbetreuung dar. Er könne jedoch nur dann sichergestellt werden, wenn Pikettzeit und jederzeitige Rufbereitschaft – für Geburten überdurchschnittlich oft nachts – entschädigt würden. Gemessen an kantonalen Spitalbeiträgen oder Beiträgen an Spitex-Pflegeleistungen handle es sich bei der Wartgeldentschädigung um bescheidene Beiträge. Für die Hebamme, welche nach einem seit 1995 nie der Teuerung angepassten Tarif arbeite, mache die Pikettentschädigung jedoch einen wesentlichen Einkommensanteil aus. Die spitalexterne Betreuung durch Hebammen, insbesondere von Wöchnerinnen, entlaste das Gesundheitswesen, koste doch ein einziger Tag im Spitalbett ein Mehrfaches der Pikettentschädigung. Nur die Beibehaltung der Entschädigung für den Bereitschaftsdienst lasse genügend frei praktizierende Hebammen im Kanton Glarus tätig sein. Auch sei die Entschädigung künftig der Teuerung anzupassen, weshalb es angebracht erscheine, sie nicht in der Verordnung sondern mit Regierungsratsbeschluss festzusetzen.

Selbst wenn die Argumente nachvollziehbar sind, so vermögen sie nicht zu überzeugen. Es liegt, wie erwähnt, für das Hebammenwesen kein Regelungsbedarf auf kantonaler Verordnungsstufe mehr vor. Bestimmungen über Berufsausübung und Pflichten der selbstständig erwerbstätigen Hebammen finden sich in verschiedenen kantonalen und Bundeserlassen. Eine Revision hätte sich auf die Entschädigung des Bereitschaftsdienstes für Haus-

geburten und Wochenbettbetreuung zu beschränken. Freiberufliche Hebammen sind zur Leistungserbringung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen (Art. 45 KVV), und sie verfügen über eine vertraglich geregelte Leistungsentschädigung durch die Krankenversicherer (Art. 46 KVG). Dies trifft auf verschiedene weitere ambulante selbstständige Leistungserbringende zu (Ärzte, Zahnärzte, Chiropraktoren, Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen) für die Tarifverträge bestehen. Gemäss KVG besteht denn auch keine Subventionspflicht dieses ambulanten Leistungsbereichs durch die öffentliche Hand (ausser Pflegefinanzierung). In den ergänzenden Dienstleistungen können Kanton oder Gemeinden Personen oder Organisationen mit Beiträgen unterstützen, die ein ergänzendes Dienstleistungsangebot im ganzen Kanton (Art. 15 Abs. 1) oder in einer Gemeinde gewährleisten (Art. 15 Abs. 3). Es wird zu prüfen sein, unter welchen Bedingungen die freiberufliche Tätigkeit selbstständiger Hebammen auf der Grundlage dieser Bestimmung weiter unterstützt werden kann.

Die Verordnung über das Hebammenwesen, der Regierungsratsbeschluss über die Entschädigung der Hebammen bei Hausgeburten resp. für Wochenbettbetreuung sind ebenso wie die Spitexverordnung von 1997 aufzuheben.

Artikel 19; Übergangsbestimmung

Die Landsgemeinde 2010 hat mit der Vorlage über Finanzausgleich und Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden (§ 13) den maximalen Steuerfuss des Kantons und der Gemeinden bis 2013 begrenzt. Der Steuerfuss des Kantons darf 54 Prozent, die Steuerfüsse von Kanton und politischen Gemeinden dürfen zusammen 114 Prozent nicht übersteigen, was den Gemeinden den Steuerfuss auf 60 Prozent beschränkt (Art. 260 Abs. 1 Steuergesetz, StG). Wegen des engen Finanzkorsetts von Kanton und Gemeinden und insbesondere weil die vorzeitige formale Aufgabenentflechtung der spitalexternen Krankenpflege in der Landsgemeindevorlage 2010 mangels genügender Daten und fehlender Regelung keine Berücksichtigung fand, kann die Aufgabenentflechtung und neue Zuständigkeit der Gemeinden für die spitalexterne Grundversorgung im bisherigen Rahmen (ohne Pflegefinanzierung) nicht ohne finanzielle Übergangslösung ab 1. Januar 2011 umgesetzt werden.

Der Kanton beteiligt sich momentan mit knapp 0,8 Millionen Franken an den Kosten der spitalexternen Grundversorgung. Eine Verschiebung auf die Gemeinden wäre nur möglich, wenn die Gemeinden die Mittel dafür beschaffen könnten. Wären sie bei der Steuerfestsetzung frei, könnten sie ihren Steuerfuss erhöhen, was aber bis 2013 nicht möglich ist. Für diese drei Jahre wird der Kanton ihnen den bisher den Spitexorganisationen geleisteten Beitrag ausrichten (Abs. 1).

Die Steuerfussaufteilung Kanton / Gemeinden beruht auf Schätzungen (Finanzausgleich, Aufgabenentflechtung, Auswirkung Strukturreform), die zu ungerechten Ergebnissen für den Kanton oder die Gemeinden führen können. Der Regierungsrat hat deshalb dem Landrat nach Vorliegen der Rechnungsabschlüsse 2011 (Herbst 2012) einen Wirksamkeitsbericht über die Einführung des Ressourcen-, und Lastenausgleichs vorzulegen. Zeigt sich eine starke Benachteiligung von Kanton oder Gemeinden liegt korrigierendes Eingreifen in der Kompetenz des Landrates. Es ist zu prüfen, wann (längstens aber nach drei Jahren) die Finanzierung der spitalexternen Grundversorgung definitiv werden kann und wann die Übergangsregelung für die Beitragsleistung des Kantons zugunsten der Gemeinden aufzuheben ist.

Artikel 20; Inkrafttreten

Die Verordnung ist auf den 1. Januar 2011 in Kraft zu setzen.

5.3. Finanzierung spitalexterne Grundversorgung im Langzeitpflegebereich

Über den allfälligen Restfinanzierungsbedarf, der durch die Pflegefinanzierung neu gesetzlich geregelt ist, können weiterhin nur Mutmassungen angestellt werden, weil zu wenig verlässliches Datenmaterial seitens der Leistungserbringenden vorliegt (Informatiklösung erst seit anfangs 2009 produktiv) und weil mit der Pflegefinanzierung sowohl der Krankenversicherungsbeitrag je Leistung und Stunde ändert, als auch die Kostenbeteiligung der Leis-

tungsempfangenden nach oben begrenzt wird. Trotzdem soll die bisherige Kostenstruktur der (eigenen) Spitexorganisation, sofern sie denn vorliegt, eingehender studiert werden. Dabei sind Veränderungen auf Seite der Leistungserbringenden zu beachten, die sich u.a. auf Kostenstruktur sowie Kosten- und Ertragsentwicklung auswirken resp. ausgewirkt haben:

Seit das Gesundheitsgesetz die ambulante Langzeitpflege zur Gemeindesache erklärte, haben sich die Spitexorganisationen über einen mehrstufigen Fusionsprozess zu drei grossen Organisationen vereinigt (Spitex Glarus Nord, Spitex Glarus, Spitex Glarus Süd). Die Spitex Sernftal hatte sich vor dem Gemeindestrukturentscheid aus den kleinen Organisationen im Sernftal gebildet und sie entschied sich, vorläufig selbstständig zu bleiben. Im gemeinsamen Informatikprojekt nutzen alle vier Leistungserbringerorganisationen ein einheitliches, computergestütztes Rechnungswesen in Anlehnung an das Handbuch des Spitex Verbandes Schweiz; es beinhaltet, nebst detaillierter Zeit- und Leistungserfassung, Kostenrechnung und Finanzbuchhaltung. Damit werden die finanzrelevanten Daten auf einheitlicher und damit vergleichbarer Basis ermittelt. Wegen Fusionsprozessen und Einführung der Informatiklösung sind ausserordentlich viele personelle Ressourcen in „nicht produktiven resp. nicht verrechenbaren“ Aufgaben in den Jahren 2008–2010 gebunden. Zudem musste in die Hardware der Organisationen investiert werden. Dies wirkte sich massgeblich auf die Rechnungsergebnisse 2008 und 2009 (wahrscheinlich auch noch 2010) aus.

Tabelle 4: Entwicklung Gesamtaufwand, -ertrag sowie Nettoaufwand 2007–2009

	2007-2008	2008-2009
Gesamtaufwandsteigerung	15 %	20 %
Übriger Aufwand (Sachaufwand)	29 %	3 %
Ertragssteigerung KLV-Leistungen	5 %	8 %
Ertragssteigerung nicht KLV-Leistungen	20 %	1 %
Nettoaufwandsteigerung	23 %	37 %

Gemäss Handbuch des Spitex Verbandes Schweiz werden «Gemeinkosten» nach dem Verursacherprinzip betrieblichen Organisationseinheiten (Kostenstellen) zugeordnet. Das Handbuch empfiehlt vor Berechnung der Vollkosten die Kostenstellen auf die Kostenträger umzulegen. Die Verordnung stützt sich auf die bisherige Berechnungsmethode der anrechenbaren Pflegekosten (Art. 7 Abs. 3 KLV, Fassung 3. Juli 1997). Danach dürfen allgemeine Infrastruktur- und Betriebskosten der Leistungserbringenden nicht angerechnet werden, da die «Gemeinkosten» wesentlich vom Leistungsauftrag und der wirtschaftlichen Führung der Organisation abhängen und nur indirekt mit der Leistungserbringung zusammenhängen. Als gemeinwirtschaftliche Leistungen sind sie vom Auftraggeber separat zu entschädigen. Deshalb dürfen sie nicht auf die Pflege- oder Haushilfetaxe umgelegt werden.

Tabelle 5: Vollkosten* pro verrechnete Stunde 2009

		Nord Fr. / h	Süd Fr. / h	Ø GL Fr. / h	Ø SG Fr. / h	KV- Beitrag Fr. / h
Kostenträger (Leistungen)	KLV-Leistungen (Pflegeleistungen)					
	Bedarfsabklärung und Beratung	102	93	98	110	79.80
	Behandlungspflege	104	84	94	101	65.40
	Grundpflege	79	80	79	100	54.60
	Nicht KLV-Leistung					
	Hauswirtschaft (Haushilfe)	47	55	51	55	-

* Vollkosten nach Umlage Kostenstellen auf Kostenträger

Die Tabelle „Vollkosten“ ist somit nicht ganz korrekt. Sie enthält auch die auf die Kostenträger verteilten Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen, die durchschnittlich (gestützt auf die Zahlen 2009) 22 Franken pro verrechnete Stunde betragen. Nach welchem Verteilungsschlüssel sie von den Organisationen auf die Kostenträger verteilt wurden, ist unbekannt, weshalb die Tabellenangaben nicht bereinigt werden konnten. Trotzdem wird deutlich, dass

die Vollkosten von pflegerischen und Haushilfeleistungen der Organisationen Spitex Glarus Süd und Nord sowie des Durchschnitts (Ø GL) deutlich tiefer liegen als im Kanton St. Gallen. Mit der Einführung der elektronischen Leistungs- und Kostenerfassung bestehen in der Spitex Glarus weiterhin grosse technische Probleme, die eine Aufbereitung der Daten für den innerkantonalen Vergleich derzeit verunmöglichen.

Die von der Gemeinde festzulegenden Taxen (Pflegetaxe, Haushilfetaxe) müssten etwas tiefer ausfallen als in Spalte Ø GL aufgeführt, weil sie Vollkosten nach Umlage beinhaltet. Vom Vollkostenbetrag je Kostenträger sind bei den KLV-Leistungen der Krankenversicherungsbeitrag (äusserste Spalte) und die von der Gemeinde festzulegende Kostenbeteiligung (max. 15.95 Fr. / Tag) abzuziehen. Verbleibt ein Restbetrag, geht er zulasten der Gemeinde. Bei der Leistung der Haushilfe (Art. 4 Abs. 2 Bst. b) ist ähnlich vorzugehen: von der festgelegten Haushilfetaxe wird der Kostenanteil der Leistungsempfangenden sowie der Anteil Eigenleistung der Leistungserbringenden abgezogen (Art. 10 Abs. 2 Bst. a und b, Abs. 3). Der Rest übernimmt die Gemeinde im Sinne eines leistungsabhängigen Deckungsbeitrages (Art. 10 Abs. 2 Bst. c).

Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Gemeinkosten und Vorhalteleistungen) sind von den Gemeinden gemäss Leistungsvereinbarung zu entschädigen. Es ist möglich, dass der Betrag annähernd dem 2010 von den Gemeinden zu leistenden Defizitbeitrag für die Rechnung 2009 entsprechen wird.

5.4. Finanzierung der spitalexternen Grundversorgung in Akut- und Übergangspflege

Für die ambulante Akut- und Übergangspflege bedarf es zwischen Leistungserbringenden und Krankenversicherern eines Tarifvertrages, der die Abgeltung der Pflegekosten im Detail festlegt. Unter Annahme, die Krankenversicherer würden als anrechenbare Pflegekosten die bereinigten Vollkosten akzeptieren, läge ihr Anteil an der ambulanten Pflegepauschale (Stundenpauschale) in der Akut- und Übergangspflegephase bei einem 45-Prozent-Anteil der (bereinigten) Vollkosten. Der Kanton übernimmt 55 Prozent der Kosten (Art. 33^d EG KVG).

6. Antrag

Der Regierungsrat beantragt dem Landrat, den beiliegenden Entwurf der Verordnung über die ambulante spitalexterne Krankenpflege zu genehmigen.

Genehmigen Sie, Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

Im Namen des Regierungsrates

*Röbi Marti, Landammann
Markus Schön, Ratsschreiber-Stv.*

Beilagen: Verordnungsentwurf
Vernehmlassungsauswertung