



ERLÄUTERNDER BERICHT zum Projekt Senior+

1. Einführung

Die Verfassung des Kantons Freiburg vom 16 Mai 2004 (SGF 10.1) verlangt in Artikel 35: «Ältere Menschen haben Anspruch auf Mitwirkung, Autonomie, Lebensqualität und Achtung ihrer Persönlichkeit» und in Artikel 62: «Staat und Gemeinden fördern das Verständnis und die Solidarität zwischen den Generationen».

Die Umsetzung dieser Artikel bedingt eine Politik, die den älteren Menschen und seine Bedürfnisse ins Zentrum der staatlichen und kommunalen Anliegen rückt und danach strebt, eine Gesamtheit von Leistungen einzuführen und zu koordinieren, mit denen das von der Verfassung gesetzte Ziel gewährleistet werden kann.

Für die Umsetzung dieses Verfassungsauftrags sieht das Projekt Senior+ keine Änderung der heutigen Kompetenzverteilung zwischen Staat und Gemeinden vor, zumal ein allgemeines, die Aufgabenentflechtung zwischen Staat und Gemeinden betreffendes Projekt derzeit in Gang ist. Im Wesentlichen konzentriert es sich auf die Organisation und das Leistungsangebot im sozialmedizinischen Bereich und schlägt in weiteren Bereichen verschiedene Interventionen vor, mit denen der Staat die Ziele seiner Politik zu erreichen gedenkt.

2. Wesentliche Elemente des Projekts

Die Politik zugunsten älterer Menschen hat zum Ziel, die Integration und Autonomie der Seniorinnen und Senioren in unserer Gesellschaft zu fördern sowie ihre Bedürfnisse zu berücksichtigen und ihre Kompetenzen zur Geltung zu bringen.

Formell resultiert das Projekt Senior+ in der Ausarbeitung *dreier Gesetzesvorentwürfe*, die für die Umsetzung der Alterspolitik nötig sind. Die Grundlagen der Politik zugunsten älterer Menschen werden im *Konzept Senior+* erläutert, wohingegen die konkreten Massnahmen im *Massnahmenplan 2016 – 2020* vorgestellt werden. Diese Dokumente finden sich im Anhang.

Die aus diesen Dokumenten hervorgehenden wesentlichen Elemente der Politik zugunsten älterer Menschen können in vier Punkten zusammengefasst werden.

2.1. Qualität der Pflege

Im sozialmedizinischen Bereich ist der Staat Garant für die Qualität der Pflege und die Anwendung der KVG-Anforderungen im Kanton insgesamt. Er muss somit über die Zugänglichkeit und die Qualität der den Seniorinnen und Senioren erteilten Pflegeleistungen wachen und die Finanzierung der Pflege durch die öffentliche Hand gewährleisten.

Dies gilt auch für die Institutionen des Gesundheitswesens, die Personen mit Langzeitpflegebedarf aufnehmen. Nach der heutigen Gesetzgebung unterstehen aber die Altersheime nicht den gleichen Pflegeanforderungen wie die anerkannten Pflegeheime. Das Projekt Senior+ schlägt daher vor, die

Altersheime den gleichen Anforderungen wie die Pflegeheime zu unterstellen was die Pflege (nicht aber die Begleitung) betrifft und sie auf diese Weise zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu ermächtigen, wie dies die meisten Schweizer Kantone tun. Der Begriff Altersheim macht also demjenigen des Pflegeheims Platz, das zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen ist. Der Gesetzesentwurf sieht auch vor, den Pflegeheimen, die zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen sind, eine bestimmte Art von geschützten Wohnungen gleichzustellen, deren Betrieb und Versorgung mit Pflegeleistungen von einem Pflegeheim sichergestellt werden. Dies gewährleistet den Personen, die in solchen Wohnungen leben und erwarten, rund um die Uhr Pflegeleistungen erhalten zu können, qualifiziertes Pflegepersonal, dessen Finanzierung den Anforderungen nach KVG und der Krankenversicherer entspricht.

Und schliesslich bezieht sich der Begriff des anerkannten Pflegeheims neu auf die Pflegeheime, die von den Gemeindeverbänden beauftragt werden und in denen die öffentliche Hand, zusätzlich zu den Restkosten der Pflege, die Kosten der Begleitung für Personen subventioniert, die über keine ausreichenden Einkünfte verfügen.

2.2. Koordination der Pflege

Ausser der Qualität der Pflegeleistungen ermöglicht die Koordination der sozialmedizinischen Leistungen und Leistungserbringer eine Übereinstimmung zwischen den erteilten Leistungen und dem Bedarf der Bezügerinnen und Bezüger. Die von der öffentlichen Hand subventionierten Leistungserbringer spielen eine wesentliche Rolle in dieser Koordination. Das Projekt Senior+ sieht daher die Vernetzung dieser Leistungserbringer auf der Ebene eines oder mehrerer Bezirke vor und betraut alle in einem Verband zusammengeschlossenen Gemeinden mit der Verantwortung für diese Koordination auf dem Territorium, für das der Verband zuständig ist. Es geht darum, die verschiedenen Bemühungen zu unterstützen, die in einigen Bezirken des Kantons schon unternommen wurden oder im Gespräch sind. Diese sozialmedizinischen Netzwerke werden die Bereitstellung eines Leistungsangebots, das dem örtlichen Bedarf entspricht, gewährleisten und die damit verbundenen Finanz- und Aufsichtskompetenzen wahrnehmen. Die Gesamtbeurteilung des Bedarfs geschwächter älterer Personen an sozialmedizinischen Leistungen wird weiterhin nach einheitlichen Kriterien auf Kantonsebene erfolgen, und die Koordinationsbemühungen auf Ebene der Bezirke werden auch vom Staat unterstützt.

2.3. Verbleib zu Hause

Soweit möglich soll das Nachlassen der Kräfte nicht dazu führen, dass ältere Menschen ihrem familiären und sozialen Umfeld entrissen werden. Daher ist die Unterstützung des Verbleibs zu Hause ein Grundpfeiler der Alterspolitik. Dementsprechend schlägt das Projekt Senior+ namentlich Achsen und Massnahmen vor, die es ermöglichen, die Wohnverhältnisse den Bedürfnissen älterer Menschen anzupassen und das Angebot an zu Hause erteilten Leistungen auszubauen. Das Projekt trägt auch der Tatsache Rechnung, dass der Verbleib geschwächter Personen zu Hause ohne die Unterstützung helfender Angehörigen und Freiwilliger undenkbar ist. Es schlägt daher verschiedene Massnahmen vor, um diese besser zu informieren und in ihrer Tätigkeit zu unterstützen (Beratung und Ausbildung).

2.4. Intergenerationelle Beziehungen

Nachdem die intergenerationellen Beziehungen im Familienrahmen allgemein eher zufrieden stellend sind, muss der Staat seine Bemühungen auf den Austausch und das gegenseitige

Verständnis ausserhalb der Familie konzentrieren. Um zur mitbürgerlichen Partizipation zu ermuntern und bestmöglich auf die örtlichen Bedürfnisse und Erwartungen zu zielen, besteht die vom Staat gewährte finanzielle Unterstützung der Einbindung von Seniorinnen und Senioren in die Gesellschaft hauptsächlich in einer Hilfe an die Lancierung von intergenerationellen Projekten.

3. Vorentwurf des Gesetzes über die Seniorinnen und Senioren

3.1. Allgemeines

Mit dem Vorentwurf des Gesetzes über die Seniorinnen und Senioren werden in die Gesetzgebung neu politische Ziele eingetragen, die spezifisch auf ältere Personen ausgerichtet sind.

Im Hinblick auf die Umsetzung dieser Politik bestimmt der Vorentwurf die jeweiligen Zuständigkeiten der öffentlichen Instanzen, die vorrangigen Bereiche für die Intervention des Staates sowie die Modalitäten dieser Intervention. Auf diese Weise setzt er den allgemeinen Rahmen für die Interventions- und Organisationsmassnahmen der öffentlichen Hand zugunsten der Seniorinnen und Senioren.

3.2. Erläuterung der Artikel

Art. 1

Die Politik zugunsten älterer Menschen beinhaltet drei Ziele: die Einbindung der Seniorinnen und Senioren in die Gesellschaft, die Anerkennung ihrer Bedürfnisse und Kompetenzen sowie die Wahrung ihrer Autonomie.

Die in Anwendung dieser Politik ergriffenen Massnahmen zielen darauf hin, die heutigen und künftigen eidgenössischen und kantonalen Dispositive, die den Seniorinnen und Senioren zugutekommen, zu vervollständigen.

Art. 2

Als Seniorin oder Senior im Sinne des Gesetzes gelten Personen, die das gesetzliche Rentenalter erreicht haben. Jedoch können sich in Anwendung der neuen Gesetzesregelung bestimmte präventive Massnahmen an jüngere Personen richten, so etwa im Interventionsbereich Arbeit.

Art. 3

Artikel 3 präzisiert die Zuständigkeiten des Staates.

Allgemein müssen die Ziele des Gesetzes in die Überlegungen der Behörden einbezogen werden, wenn Bestimmungen erlassen werden, die für die Allgemeinheit gelten (Abs. 1).

Der Staat ergreift auch spezifische Massnahmen zugunsten der Seniorinnen und Senioren. Es ist Sache des Staatsrats, in einem Gesamtkonzept seine Interventionsbereiche genau zu bezeichnen sowie die vorrangigen Aktionen in einem mehrjährigen Massnahmenplan zu bestimmen. Diese Dokumente finden sich im Anhang. Mit einer Auswertung in regelmässigen Zeitabständen muss beurteilt werden, wie sich die Umsetzung der Massnahmen auswirkt (Abs. 2).

Art. 4

Der Vorentwurf setzt den Akzent auf die Fähigkeit der Gemeinden, die örtlichen Bedürfnisse zu beurteilen. Er betraut sie damit, die örtliche Politik zugunsten älterer Menschen einzuführen, um auf diese Weise das kantonale Dispositiv entsprechend den Gemeindebedürfnissen zu ergänzen. Hierfür

bestimmen die Gemeinden in einem Konzept die Massnahmen, die sie umzusetzen gedenken; auch aktualisieren sie ihr Konzept, um der Entwicklung der Bedürfnisse Rechnung zu tragen.

Art. 5

Die Intervention des Staates erfolgt in den folgenden Bereichen: Arbeit (Abs. 1 Bst. a), persönliche Entwicklung (Abs. 1 Bst. b), Gemeinschafts- und Vereinsleben (Abs. 1 Bst. c), Infrastrukturen, Wohnsituation und Dienstleistungen (Abs. 1 Bst. d) sowie sozialmedizinische Versorgung durch Angehörige und Leistungserbringer (Abs. 1 Bst. e und f). Die Aktionsmittel für die Umsetzung konkreter Massnahmen gruppieren sich rund um die Information und Sensibilisierung der Bevölkerung (Abs. 2) sowie die Erteilung finanzieller Hilfen (Abs. 3).

Art. 6

Die vom Staat gewährten Finanzhilfen können entweder zur Lancierung neuer Projekte beitragen (Abs. 1) oder in einer regelmässigen Finanzierung einer Leistung bestehen (Abs. 2).

Art. 7

Inkrafttreten am 1. Januar 2016

3.3. Auswirkung auf Personal und Finanzen

Gemäss dem Massnahmenplan 2016-2020 würde die Anwendung des Gesetzes neue Lasten in Höhe von 1,66 Millionen Franken für den Staat bewirken, das heisst durchschnittlich 0,332 Millionen Franken pro Jahr.

4. Vorentwurf des Gesetzes über die sozialmedizinischen Leistungen

4.1. Allgemeines

Derzeit werden die sozialmedizinischen Leistungen spezifisch durch das Gesetz vom 8. September über die Hilfe und Pflege zu Hause (HPfIG; SGF 823.1) und das Gesetz über die Pflegeheime für Betagte (PflHG; SGF 834.2.1) geregelt. Auf Kantonsebene sind sie auch insbesondere dem Ausführungsgesetz vom 9. Dezember 2010 zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (SGF 820.6) und dem Gesundheitsgesetz vom 16. November 1999 (SGF 821.0.1) unterstellt.

Das PflHG unterscheidet zwischen Institutionen des Gesundheitswesens, die in den Genuss einer vollständigen Finanzierung durch die öffentliche Hand kommen (Pflegeheim oder «anerkanntes Heim»), und solchen, bei denen dies nicht oder nur sehr teilweise zutrifft (Altersheim). Die öffentliche Hand muss aber sicherstellen, dass alle betroffenen Personen von Pflegeleistungen gleicher Qualität sowie deren Restfinanzierung gemäss der Neuordnung der Langzeitpflegefinanzierung profitieren können. Demzufolge unterscheidet der Vorentwurf zwei Arten von Heimen, die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, je nachdem, ob sie darüber hinaus durch die öffentliche Hand subventioniert werden oder nicht.

Somit fügt sich der Vorentwurf des Gesetzes über die sozialmedizinischen Leistungen in den Willen ein, die Qualität und die Koordination sozialmedizinischer Leistungen, die dem Versorgungsbedarf der Freiburger Bevölkerung entsprechen, zu gewährleisten. Hierfür bestimmt er nicht nur die sozialmedizinischen Leistungen und die Anforderungen an die sie anbietenden

Leistungserbringer, sondern auch die Organisation der Beziehungen zwischen letzteren und den öffentlichen Instanzen sowie die Finanzierung der Leistungen. Der Vorentwurf übernimmt einige Bestimmungen des PflHG und des HPfLG, die beide aufgehoben werden. Er ergänzt sie durch neue Bestimmungen organisatorischer und finanzieller Art, um die regionale Koordination auf dem Gebiet der sozialmedizinischen Leistungen zu verstärken. Ausserdem ermöglicht der Vorentwurf eine Flexibilisierung des Angebots an sozialmedizinischen Leistungen. Die Lastenverteilung zwischen Staat und Gemeinden bleibt unverändert.

Der Vorentwurf sieht insbesondere Folgendes vor:

- > die Schaffung sozialmedizinischer Netzwerke zwischen den Gemeindeverbänden eines Bezirks oder mehrerer Bezirke und den von ihnen beauftragten sozialmedizinischen Leistungserbringern;
- > die interkommunale Zusammenarbeit für die Bedarfsplanung und die Beteiligung an den Kosten der Leistungen. Auf diese Weise erhalten die Gemeindeverbände die Kompetenz, die sozialmedizinische Versorgung aufgrund einer interkommunalen Solidarität in der Kostenübernahme (Investitionskosten und Betriebsdefizit), auf ihrem Territorium zu organisieren;
- > die Schaffung eines einheitlichen Instruments für die Beurteilung des sozialmedizinischen Bedarfs;
- > die Ausweitung des Leistungsangebots, das den Verbleib zu Hause erleichtert, zum Beispiel die Aufnahme nachtsüber;
- > die Gleichstellung der von Pflegeheimen geführten geschützten Wohnungen mit den Pflegeheimen;
- > die Einsetzung einer kantonalen Kommission für die Koordination der sozialmedizinischen Leistungen;
- > die Einführung einer kantonalen Kontrolle des Leistungsangebots (namentlich Benchmarking).

4.2. Erläuterung der Artikel

Art. 1

Keine besondere Erläuterung.

Art. 2

Sozialmedizinische Leistungen sind Leistungen, die es ihrer Bezügerin oder ihrem Bezüger ermöglichen, die grundlegenden Verrichtungen des Alltagslebens zu bewältigen, und die darauf hinzielen, ein selbständiges Leben zu Hause oder die soziale Einbindung innerhalb einer Gemeinschaft zu fördern. Sie werden von Pflegefachpersonen, Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause und Pflegeheimen im Sinne von Artikel 7 Abs. 1 Bst. a-c der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) erteilt.

Art. 3

Artikel 3 unterstreicht, dass die freie Leistungswahl eingeschränkt ist: Zum einen hängt sie davon ab, ob die gewünschte Leistung zur Verfügung steht, zum anderen muss die gewünschte Leistung mit dem Bedarf übereinstimmen.

Art. 4

Die von der öffentlichen Hand subventionierten sozialmedizinischen Leistungsgeber müssen den sozialmedizinischen Bedarf der Person abklären, um die am besten geeignete Betreuungsart zu ermitteln.

Mit der Einführung eines kantonalen Bedarfsabklärungsverfahrens können erstens die Angemessenheit der Versorgung gemäss einem einheitlichen, die Gleichbehandlung garantierenden Verfahren und zweitens die Erhebung von vergleichbaren Daten im Hinblick auf die Planung sichergestellt werden. Sein weiterer Zweck besteht darin, die Platzierungen zu erleichtern, indem es ein gemeinsames Schema anbietet, an dem sich der Bedarf ablesen lässt.

Art. 5

Keine besondere Erläuterung.

Art. 6

Keine besondere Erläuterung.

Art. 7

Diese Bestimmung übernimmt materiell die Voraussetzungen nach Artikel 14 HPfIG.

Art. 8

Die Definition des Begriffs Pflegeheim erfolgt anhand der Merkmale des Heims und der Modalitäten der von ihm gebotenen Versorgung (Abs. 1). Diese Bestimmung übernimmt die Bedingungen von Artikel 3 PflHG, präzisiert aber, dass die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung integrierender Bestandteil der Begriffsbestimmung ist.

Die verschiedenen Arten der vom Pflegeheim gebotenen Leistungen werden aufgeführt: die bereits bestehenden Leistungen (Aufnahme für Langzeit- und für Kurzaufenthalte, Aufnahme in Tagesstätten) und neu die Aufnahme nachtsüber (Abs. 2).

Darüber hinaus verleiht die Bestimmung den von einem Pflegeheim geführten geschützten Wohnungen einen spezifischen Status, denn sie werden unter bestimmten Voraussetzungen den Pflegeheimen gleichgestellt (Abs. 3). Die Finanzierung dieser Zwischenstrukturen kann also künftig nach den gleichen Voraussetzungen erfolgen, wie sie für die Pflegeheime gelten. Diese Lösung drängt sich für diese Strukturen auf, sofern die in ihnen erteilte Pflege vom Personal des Pflegeheims sichergestellt wird. Diese Wohnungen werden in die Planung der Langzeitpflege aufgenommen¹.

Art. 9

Artikel 9 präzisiert, was unter der in Artikel 8 Abs. 1 genannten Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu verstehen ist.

Art. 10

Artikel 10 bestimmt die Voraussetzungen, unter denen die Pflegeheime vom Staat anerkannt werden können. Die Anerkennung ermöglicht die Subventionierung der vom Heim gebotenen Betreuungsleistungen (Abs. 2). Sie gilt für alle oder nur einen Teil der Leistungen des Heims (Abs. 3).

¹ In den anderen geschützten Wohnungen werden Pflegeleistungen weiterhin durch die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause erbracht.

Die Voraussetzungen der Anerkennung (Abs. 4) entsprechen den heutigen Voraussetzungen nach dem PflHG und seinem Ausführungsreglement bezüglich Planung und Pflegequalität. Darüber hinaus setzt die Anerkennung künftig voraus, dass das Heim von einem Gemeindeverband beauftragt wird (Abs. 4 Bst. d). In der Tat ist es an den Gemeindeverbänden, dem Kanton die Heime vorzuschlagen, die dem von ihnen ermittelten regionalen Bedarf entsprechen können. Der Staatsrat kann für Heime, denen spezifische Aufträge von kantonaler Tragweite erteilt werden, Abweichungen von dieser Anforderung bewilligen (z. B. Abteilung zur vorübergehenden Aufnahme und Orientierung, AVAO).

Art. 11

Artikel 11 führt eine Verpflichtung zur regionalen Zusammenarbeit und Koordination auf dem Gebiet der sozialmedizinischen Leistungen ein, eine Zusammenarbeit, in die die öffentlichen und die privaten Akteure – das heisst die Gemeinden und die Leistungserbringer – in Form eines Netzwerks einbezogen werden (Abs. 1). In der Tat erfordert eine qualitativ hoch stehende und mit dem Bedarf der Bevölkerung übereinstimmende Versorgung die Koordination der gemeindenahen Akteure².

Die Form des Gemeindeverbands hat sich auf dem Gebiet der Leistungen für Hilfe und Pflege zu Hause bewährt. Mit dem Einbezug der Pflegeheime in den regionalen Reflexionsprozess wird es möglich sein, ein gemeindenahes Management sämtlicher Langzeitpflegeleistungen sicherzustellen (Abs. 2), ohne die Verantwortlichkeiten des Staates hinsichtlich der Pflege einzuschränken.

Die Koordination der Leistungen bedingt, dass der Gemeindeverband entweder selber die sozialmedizinischen Leistungen anbietet, mit denen die Bedarfsdeckung für seine Bevölkerung sichergestellt werden kann, oder öffentliche oder private Leistungserbringer beauftragt.

Art. 12

Artikel 12 zählt die Zuständigkeiten des Gemeindeverbands nach Artikel 11 auf.

So stellt der Verband die regionale Steuerung des Leistungsangebots und der Leistungsnachfrage sowie die Koordination der Leistungen und die Information sicher (Bst. a-c). In diesem Zusammenhang stellt er die Aufnahmekriterien für die stationären Langzeitaufenthalte in den Pflegeheimen auf seinem Territorium auf und validiert die entsprechenden individuellen Anträge (Bst. d). Für die Deckung des Bedarfs stellt er selber das Leistungsangebot zur Verfügung oder beauftragt sozialmedizinische Leistungserbringer. Im letzteren Fall bestimmt der Auftrag den Gegenstand und damit das Ausmass der finanziellen Verpflichtungen des Gemeindeverbands.

Nachdem der Gemeindeverband die Deckung der Leistungen und die Koordination unter den Leistungserbringern sicherzustellen hat, muss er auch dementsprechende Kompetenzen bezüglich der Finanzierung, der Zusammenarbeit mit dem Staat und der Aufsicht erhalten. Der Grundsatz der heutigen Finanzierung, wonach die Wohngemeinde der begünstigten Person (oder der gemeinsame Topf, dem die Gemeinde angehört) die Finanzierungskosten für die ihren Einwohnerinnen und Einwohnern erteilten Leistungen trägt, behält seine Gültigkeit. Es ist aber angebracht, ihn der Kompetenzen- und Pflichtenübertragung an den Gemeindeverband anzupassen. So muss die Beteiligung an den Investitionskosten der beauftragten Leistungserbringer für die Bewohnerinnen und Bewohner eines bestimmten Bezirks dem Gemeindeverband belastet werden, der für diesen Bezirk zuständig ist (Bst. e). Im Übrigen ist es am Gemeindeverband, Vorschläge bezüglich der

² Eine solche Koordinierung auf Bezirksebene steht bereits in mehreren Bezirken zur Diskussion.

Anerkennung von Pflegeheimen und der Dotierung der beauftragten Dienste für Hilfe und Pflege zu formulieren (Bst. f). Auch obliegen ihm die Aufsicht über die von ihm beauftragten Leistungserbringer (Bst. g) sowie die Übernahme ihres Betriebsdefizits (Bst. h). Die Zentralisierung dieser Kompetenzen bei den Gemeindeverbänden bezweckt, eine Harmonisierung und eine Vereinfachung der Finanzierungsverfahren für die Leistungen sicherzustellen. Zur Folge hat sie auch, dass dem Netzwerk die finanzielle Verantwortung für die Koordination und Planung der unter seine Zuständigkeit fallenden Leistungen übertragen wird.

Art. 13

Für die Wahrnehmung ihres Auftrags werden die Gemeindeverbände darüber wachen müssen, dass das sozialmedizinische Netzwerk über das nötige qualifizierte Personal verfügt (Abs. 1).

Die Zusammenarbeit innerhalb des Netzwerks erfordert auch eine Organisation, die es ermöglicht, die verschiedenen Akteure des Gebiets in Form einer beratenden, aus Vertreterinnen und Vertretern der beauftragten Leistungserbringer und der Leistungsbezüger bestehenden Kommission zu vereinigen (Abs. 2).

Darüber hinaus können die Gemeinden ihre Zusammenarbeit innerhalb des Verbands frei gestalten. Die Bestimmung erinnert aber daran, dass sie an die Anforderungen der Gesetzgebung über die Gemeinden gebunden sind.

Art. 14

Artikel 14 nennt die für die sozialmedizinischen Leistungen geltenden Finanzierungsgrundsätze. Die Verteilung der finanziellen Zuständigkeiten zwischen Staat und Gemeinden wird vom Vorentwurf nicht tangiert. Somit übernehmen die Artikel 14 ff. substantiell die heute geltenden Finanzierungsregeln.

Absatz 1 erinnert daran, dass sich die Pflegekosten nach der Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung und dem Ausführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (SGF 820.6) bestimmen.

Grundsätzlich gehen die Kosten der übrigen Leistungen zu Lasten der Bezügerin oder des Bezügers. Die Bestimmung erinnert daran, dass es an den Bezügerinnen und Bezüger ist, ihre allfälligen Ansprüche auf Versicherungsleistungen oder Subventionen geltend zu machen, um die Kosten für die bezogene Leistung zu decken (Abs. 2). Somit lautet die Regel, dass die Beteiligung der öffentlichen Hand an der Finanzierung dieser Leistungen bedarfsabhängig ist.

Der Staat erteilt aber direkte Subventionen an bestimmte beauftragte Leistungserbringer, die den Verbleib von im Kanton wohnhaften Personen zu Hause fördern: Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause und Leistungserbringer, die die Aufnahme tagsüber oder nachtsüber sicherstellen (Abs. 3).

Die Gemeinden wiederum übernehmen die Investitionskosten, die einer Leistung für eine im Kanton wohnhafte Person zuzurechnen sind, sowie das Betriebsdefizit der von ihnen beauftragten Leistungserbringer (Abs. 4). Hingegen sind die Gemeinden nicht verpflichtet, die Investitionskosten für Personen zu übernehmen, die in einem Freiburger Pflegeheim leben, ihren zivilrechtlichen Wohnsitz aber ausserhalb des Kantons haben.

Die Bestimmung behält den Abschluss interkantonalen Vereinbarungen vor, die spezifische Regeln vorsehen könnten (Abs. 5).

Art. 15

Artikel 15 unterscheidet die Kosten nach der Art des Leistungserbringers (Abs. 1 und 2). Er präzisiert ausserdem, dass der Staatsrat die Kosten der Pflege für jeden Typ von Leistungserbringern festsetzt (Abs. 3), die übrigen Kosten hingegen nur für die von ihm beauftragten Leistungserbringer, das heisst für jene, die vom Staat subventioniert werden können (Abs. 4).

Art. 16

Diese Bestimmung entspricht dem heutigen Artikel 16 HPfIG.

Art. 17

Die Pauschalfinanzierung der Aufnahme tagsüber ist derzeit durch die Artikel 28 ff. des Reglements vom 4. Dezember 2001 über die Pflegeheime für Betagte vorgesehen. Es ist angebracht, wegen der Gleichartigkeit der beiden Leistungstypen auch für die Aufnahme nachtsüber die gleichen Finanzierungsgrundsätze anzuwenden.

Art. 18

Die Investitionskosten der anerkannten Pflegeheime werden heute bis in Höhe des kantonalen Durchschnitts pro Heimbewohner der Wohngemeinde oder gegebenenfalls dem zu diesem Zweck errichteten gemeinsamen Topf in Rechnung gestellt (Art. 15 Abs. 2 PflHG). Nachdem der Vorentwurf eine regionale Koordination der sozialmedizinischen Leistungen nach Gemeindeverband einführt, muss diese Regel angepasst werden.

Art. 19

Das Gleiche gilt für die Übernahme des Betriebsdefizits der anerkannten Pflegeheime. Dieses wird heute von den Gemeinden getragen, die durch Vereinbarung oder aufgrund der Statuten eines Gemeindeverbands mit dem Heim verbunden sind (Art. 18 Abs. 2 PflHG) und muss künftig von dem Gemeindeverband übernommen werden, der das Heim beauftragt hat.

Art. 20

Diese Bestimmung entspricht materiell dem Artikel 23 PflHG. Nachdem der Artikel 10 präzisiert, dass nur die Unterbringung in einem anerkannten Heim den Anspruch auf einen Betreuungsbeitrag eröffnet, fällt eine Übernahme von Artikel 24 Abs. 3 PflHG dahin.

Art. 21

Artikel 21 führt das kantonale Instrument für die Koordination der sozialmedizinischen Leistungen ein. Die Einsetzung einer kantonalen Kommission bezweckt, den guten Betrieb des Dispositivs für die Übernahme sämtlicher Langzeitpflegeleistungen und eine Zusammenarbeit mit den Spitalnetzen sicherzustellen. Sie wird interessante Synergien zwischen den verschiedenen Akteuren für die Versorgung geschwächter Personen ermöglichen.

Art. 22

Die Aufsicht auf dem Gebiet der Pflege wird wie heute von der für die Gesundheit zuständigen Direktion sichergestellt.

Art. 23

Keine besondere Erläuterung.

Art. 24

Bezüglich der Entscheide, mit denen die Pflegestufe festgesetzt wird, behält der Vorentwurf das heutige Rechtsmittel bei (Abs. 1). Als Rechtsmittel gegen alle Entscheide der Gemeindeverbände sieht er die Beschwerde beim Kantonsgericht vor (Abs. 2), in Abweichung vom Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege, das abgesehen davon das Rechtsverfahren regelt (Abs. 3).

Art. 25

Diese Bestimmung entspricht dem Artikel 29 PflHG.

Art. 26

Der Vorentwurf schafft eine gemeinsame gesetzliche Grundlage für die sozialmedizinischen Leistungen. Er erfordert die Aufhebung des PflHG und des HPflG.

Art. 27

Inkrafttreten am 1. Januar 2018, um die vorgängige Bildung und Organisation der Gemeindeverbände zu erlauben.

4.3. Auswirkung auf Personal und Finanzen

Gemäss dem Massnahmenplan 2016-2020 würde der Vollzug des Gesetzes für den Staat neue Lasten in Höhe von 1,223 Millionen Franken bewirken (Jahresdurchschnitt: 0,245 Millionen Franken). Für die Gemeinden würde sich die Neubelastung auf 3,073 Millionen Franken belaufen (Jahresdurchschnitt: 0,615 Millionen Franken), davon sind 2,160 Millionen für das Personal vorgesehen, das sich mit der Koordination in den Netzwerken befasst.³

³ Die Dotierung für die Koordination in den Netzwerken wurde aufgrund von 1 VZÄ auf 50'000 Einwohner/innen veranschlagt; die Kosten des hierfür in einigen Bezirken schon beschäftigten Personals sind nicht abgezogen.

5. Vorentwurf des Gesetzes über die Pauschalentschädigung

5.1. Allgemeines

Die Pauschalentschädigung wird derzeit durch das HPfIG geregelt, insbesondere durch die Artikel 4, 8 Abs. 1, 2, und 4, 9 Abs. 1 Bst. a und b, 10 Bst. a, 11 Bst. c, 13 und 21. Weil der Vorentwurf des Gesetzes über die sozialmedizinischen Leistungen die Aufhebung des HPfIG vorsieht (s. hierzu 4.1 *oben*), übernimmt der Vorentwurf des Gesetzes über die Pauschalentschädigung die betreffenden heutigen Bestimmungen mit nur geringen Änderungen. So werden die Zuständigkeiten der Gemeinden (Art. 8 HPfIG) dem Gemeindeverband zugewiesen. Im Sinne grösserer Klarheit erfuhr die französische Fassung dieser Bestimmungen einige terminologische Anpassungen.

5.2. Erläuterung der Artikel

Inkrafttreten des Gesetzes gleich wie für das Gesetz über die sozialmedizinischen Leistungen (1. Januar 2018)

5.3. Auswirkung auf Personal und Finanzen

Der Entwurf wirkt sich weder auf das Personal noch auf die Finanzen aus.