ERLÄUTERNDER BERICHT ZUM AUSFÜHRUNGSREGLEMENT ÜBER DIE SOZIALMEDIZINISCHSEN LEISTUNGEN (SMLR)

Hiermit unterbreiten wir Ihnen den erläuternden Bericht zum Ausführungsreglement über die sozialmedizinischen Leistungen.

1.1 Allgemeiner Kontext

Das Gesetz vom 12. Mai 2016 über die sozialmedizinischen Leistungen (SmLG) tritt am 1. Januar 2018 in Kraft. Gemeinsam mit dem Gesetz über die Seniorinnen und Senioren (SenG) und dem Gesetz über die Pauschalentschädigung (PEG), die vom Grossen Rat ebenfalls am 12. Mai 2016 angenommen wurden, bildet das SmLG das Fundament der neuen kantonalen Alterspolitik.

1.1.1 Pflegequalität

Der Staat ist für die Qualität der Pflege und für die Anwendung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; RS 832.10) im ganzen Kanton verantwortlich. Er muss deshalb darauf bedacht sein, den Seniorinnen und Senioren Zugang zu guter Pflege zu gewährleisten und die Finanzierung dieser Pflegeleistungen durch die öffentliche Hand zu garantieren. Dasselbe gilt für die Institutionen des Gesundheitswesens, die Betagte mit Langzeitpflegebedarf aufnehmen. Heute müssen sich jedoch Altersheime, die keine Leistungen von Diensten für Hilfe und Pflege zu Hause einsetzen, sondern eigenes Pflegepersonal beschäftigen, nicht an die gleichen Bestimmungen halten wie anerkannte Pflegeheime. Das SmLG unterstellt alle Einrichtungen, die Langzeitpflege anbieten, den gleichen Bestimmungen hinsichtlich Pflege. So können diese Einrichtungen (Pflegeheime, die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, nachfolgend: OKP-zugelassene Pflegeheime) für ihre Pflegeleistungen Beiträge der Krankenversicherer und der öffentlichen Hand beziehen. Der Begriff «anerkanntes Pflegeheim» bezieht sich auf Pflegeheime, in denen die öffentliche Hand bei Personen mit geringem Einkommen zusätzlich zu den Pflegerestkosten die Betreuungskosten subventioniert.

1.1.2 Koordination und Anpassung der Leistungen

Nebst der Qualität der Pflegeleistungen stärkt das SmLG die Koordination der Leistungen in der Langzeitpflege und sorgt für eine Übereinstimmung zwischen den erbrachten Leistungen und den Bedürfnissen der Bezügerinnen und Bezüger. Die von der öffentlichen Hand beauftragten oder betriebenen Leistungserbringenden spielen bei dieser Koordination eine tragende Rolle. Das SmLG vernetzt sie über einen Bezirk oder mehrere Bezirke und übergibt den in einem Verband zusammengeschlossenen Gemeinden die gemeinsame Führung dieses Netzwerks. Dabei werden die verschiedenen juristischen Trägerschaften der Pflegeheime (Gemeindestrukturen, Verbände, privatrechtliche Stiftungen) beibehalten. So sollen die bestehenden Koordinationsansätze in den einzelnen Bezirken eine gemeinsame Basis erhalten. Die Verbände garantieren, dass bürgernahe Leistungen zur Verfügung stehen, die dem lokalen Bedarf entsprechen, und sie übernehmen die diesbezüglichen Finanz- und Aufsichtskompetenzen. Die allgemeine Bedarfsermittlung für sozialmedizinische Leistungen bei geschwächten älteren Menschen sowie die Planung der Langzeitpflege werden weiterhin auf kantonaler Ebene und nach einheitlichen Kriterien durchgeführt. Der Staat unterstützt die Koordinationsbemühungen auf Bezirksebene, insbesondere durch die Schaffung einer kantonalen Kommission, welche die Koordination unter den Bezirken fördert.

Die Entwicklung eines Angebots, das den Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht, bedingt, dass die individuellen Bedürfnisse im Vorfeld erfasst und die Personen den geeigneten Leistungserbringenden zugewiesen werden. Das SmLG sieht die Einführung eines einheitlichen Instruments vor, das von allen – von der öffentlichen Hand beauftragten oder betriebenen – Leistungserbringenden genutzt wird. Dieses Instrument soll die Koordination bei der Betreuung von Personen in den Pflegeeinrichtungen und zu Hause erleichtern.

1.1.3 DETTEC

Das Projekt Senior+ hat die aktuelle Kostenverteilung zwischen Staat und Gemeinden nicht verändert, da bereits ein Gesamtprojekt für eine neue Aufgabenteilung lief. Das SmLG geht aber von einer gemeinsamen Verantwortung der Gemeinden und des Staates aus. Diese ist unerlässlich, um einerseits die regionalen Eigenheiten unseres Kantons zu berücksichtigen und andererseits die Gleichbehandlung der Freiburgerinnen und Freiburger beim Zugang zu Pflegeleistungen sicherzustellen.

Die ersten DETTEC-Entscheidungen sind für anfangs 2018 zu erwarten. Das SmLG und das SmLR müssen entsprechend angepasst werden.

1.2 Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln

Art. 1

Keine besonderen Erläuterungen.

Art. 2

Das Pflegeheim und die Bewohnerin oder der Bewohner (oder ihr/sein gesetzlicher Vertreter) legen gemeinsam die angemessenen Betreuungsleistungen fest. Diese orientieren sich an den Zielen, die sich aus der Biographie der Person ergeben. Diese sogenannte «formelle» Vereinbarung ist in einem schriftlichen Dokument festgehalten, das bestätigt, dass sich die Parteien in Bezug auf Zielsetzungen, Art und Häufigkeit der Betreuungsleistungen einig sind (siehe auch Kommentar zu Art. 17). Diese individualisierten Betreuungsleistungen unterscheiden sich von den Aktivierungsangeboten für Gruppen, die zwar ebenfalls zu Erhalt oder Verbesserung der Fähigkeiten von Bewohnerinnen und Bewohnern beitragen, jedoch keine individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten oder persönliche Zielsetzungen berücksichtigen (Abs. 1). In einem Chor zu singen, Theater zu spielen, an einem religiösen Anlass teilzunehmen oder Karten zu spielen sind in der Regel Aktivierungsangebote für Gruppen. Als individuelle Betreuungsangebote gelten individuelle Stimmbildung oder Ausdruckstanz, Einzelgespräche mit Vertretern der Kirche oder einer religiösen Gemeinschaft, Gedächtnistraining für Einzelpersonen oder individuelle Übungen für die Beweglichkeit. Individuelle Betreuungsangebote lassen sich in zwei Kategorien einteilen: Die erste Kategorie wird als allgemeine Betreuungsleistungen bezeichnet und setzt sich aus den Leistungen zusammen, die in direktem Zusammenhang mit den über das KVG finanzierten Pflegeleistungen stehen. Beispiele sind das Abholen und an den Tisch bringen einer Mahlzeit (= Betreuungsleistung) in Zusammenhang mit der Unterstützung der Person beim Essen (= Pflegeleistung über KVG finanziert). Die zweite Kategorie der individuellen Betreuungsangebote umfasst Leistungen des Pflegeheims, die es als Lebensort anbietet, um den individuellen Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner zu entsprechen. Diese Leistungen werden von unterschiedlichen, in der Betreuung ausgebildeten Fachpersonen angeboten, wie Aktivierungstherapeutinnen und -therapeuten, Fachpersonen Betreuung oder Musik- und Kunsttherapeutinnen und –therapeuten, und müssen für eine bestimmte Zeitspanne quantifiziert, organisiert und geplant sein.

Die Direktion wird eine Liste der finanzierbaren Betreuungsleistungen zusammenstellen. Die Dotation für diese Leistungsart wird in der Verordnung vom 3. Dezember 2013 über die Ermittlung des Pflege- und Betreuungsbedarfs gemäss Artikel 44 Absatz 2 festgelegt.

Art. 3

Das SmLR verzichtet auf eine abschliessende Liste der Beherbergungsleistungen, weil sich diese automatisch aus der Definition der Pflege- und der Betreuungsleistungen ergibt.

Art. 4

Die Hilfe zu Hause wird von den Diensten für Hilfe und Pflege zu Hause erbracht, die von den Gemeindeverbänden beauftragt oder betrieben werden. Sie kann durch Aufträge auch an Fachpersonen delegiert werden, die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, oder an Organisationen wie Pro Senectute (siehe auch Anforderungen in Art. 10).

Art. 5

Die freie Wahl der Leistungserbringenden, die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, ergibt sich aus Artikel 41 KVG. Diese Freiheit gilt für alle Leistungserbringenden, die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Kanton zugelassen sind, jedoch nur, wenn die Leistung verfügbar ist und dem Bedarf der Person entspricht (gemäss Präzisierung in Art. 3 SmLG).

Art. 6

Freie Wahl bedeutet nicht, dass die Gesamtkosten der Leistung automatisch von der öffentlichen Hand des Kantons Freiburg getragen werden. Auf nationaler Ebene ist die Übernahme der Pflegerestkosten geregelt, jedoch nicht die Finanzierung der Betreuungs- und Beherbergungskosten, die nicht unter das KVG und damit nicht in den Zuständigkeitsbereich des Bundes fallen. Weil es keine interkantonale Vereinbarung gibt, welche die Finanzierung des Tagesansatzes in einer ausserkantonalen Einrichtung regelt – wie z. B. in den Sondereinrichtungen – legt jeder Kanton seine eigenen Regeln fest. Im Rahmen eines Pilotprojekts besteht seit Anfang 2017 eine Vereinbarung zwischen den Kantonen Freiburg und Waadt, welche die Frage der Finanzierung für Bewohnerinnen und Bewohner der waadtländischen Broye, die in einem Pflegeheim der freiburgischen Broye wohnen und umgekehrt regelt (Abs. 1).

Es kann vorkommen, dass eine Leistung zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht im Kanton erbracht werden kann. In einem solchen Fall ist es unnötig, eine Person, die Pflegeleistungen eines Heims benötigt, weiterhin in einem Akutspital unterzubringen, bis eine entsprechende Leistung im Kanton verfügbar ist (Abs. 2).

Art. 7

Die Einführung eines kantonalen Instruments zur individuellen Bedarfsermittlung gewährleistet einerseits die Angemessenheit der Betreuung nach einem einheitlichen Prozess, welcher die Gleichbehandlung sicherstellt, und andererseits die Erhebung von Vergleichsdaten hinsichtlich Planung. Die individuelle Bedarfsermittlung spielt bei der Verbesserung der Koordination der Pflege zwischen den Spitalnetzen, den Diensten für Hilfe und Pflege zu Hause und den Pflegeheimen eine wichtige Rolle (Abs. 1). Diese individuelle Bedarfsermittlung ersetzt jedoch nicht die vom KVG verlangte Pflegebedarfsabklärung mit dem Instrument RAI. Sie erfolgt vorab, um eine Person der

oder dem angemessenen Leistungserbringenden zuzuweisen. Dieses Instrument bietet den sozialmedizinischen Leistungserbringenden, den Spitalnetzen und den interessierten Fachpersonen ausserdem ein einheitliches Raster für die Bedarfsermittlung. Dadurch wird die Informationsübermittlung vereinfacht und die Pflegequalität verbessert. Die Gesetzgebung verlangt zwar nicht, dass eine speziell dafür bezeichnete Instanz die Bedarfsermittlung durchführt, hindert jedoch den Gemeindeverband nicht daran, eine solche Instanz zu schaffen (z. B. ein Koordinationsorgan, Abs. 1 und 2).

Die Erhebung von Daten, die zur individuellen Bedarfsermittlung nötig sind, sowie deren Weiterleitung müssen den gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz entsprechen (Abs. 3 und 4).

Art. 8

Das Instrument zur individuellen Bedarfsermittlung existiert noch nicht und muss gemeinsam mit den interessierten Kreisen erarbeitet werden. Ab Inkrafttreten des SmLG und gemäss Artikel 42 hat die Direktion drei Jahre Zeit, um dieses Instrument mit Unterstützung einer Arbeitsgruppe, bestehend aus den in Artikel 7 Absatz 2 erwähnten sozialmedizinischen Leistungserbringenden zu erarbeiten (Abs. 1). In der dreijährigen Übergangszeit werden die Patientinnen und Patienten gemäss den bestehenden Vorgehensweisen an die verschiedenen sozialmedizinischen Leistungen verwiesen.

Die individuelle Bedarfsermittlung beschränkt sich nicht auf eine Analyse des benötigten Pflegebedarfs, sondern umfasst zusätzlich den sozialen Betreuungsbedarf in Hinblick auf den Verbleib zu Hause. Das Instrument legt nicht fest, welche spezifische Pflegeleistungen erbracht werden müssen, sondern erlaubt eine Einschätzung ihrer Intensität und eine Entscheidung, ob eine Person in einem Pflegeheim untergebracht werden muss oder eine Betreuung zu Hause mit zusätzlichen sozialmedizinischen Leistungen in Frage käme (z. B. Tagesstätte oder Hilfe zu Hause). In solchen Fällen wird das Instrument aufzeigen, welche sozialen Betreuungsangebote (z. B. Mahlzeitendienst, Unterstützung beim Einkaufen, Unterhaltungsnachmittage mit organisierter Transportmöglichkeit) und welche Anpassungen des Lebensortes nötig wären, um die Sicherheit der Person zu gewährleisten und ihren Verbleib zu Hause gemäss den Zielsetzungen von Senior+ zu ermöglichen (Abs. 2).

Art. 9

Der Staatsrat verfasst einen Bericht zur Planung der Langzeitpflege. Der letzte Planungsbericht umfasst den Zeitraum 2016 bis 2020.

Art. 10

Gegenwärtig müssen die Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause, die vom Bezirk beauftragt sind, alle Leistungen anbieten, die in Artikel 6 und 7 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (KLV) aufgeführt sind. Artikel 7 Absatz 2 SmLG übernimmt dieses Prinzip, es wird jedoch im SmLR gelockert. Dies ermöglicht es den Verbänden, mehrere Leistungsanbietende sowie private Dienste oder selbständige Fachpersonen zu beauftragen, vorausgesetzt, die gesamten Leistungen werden auf Bezirksebene angeboten und die Bewohnerinnen und Bewohner des Bezirks haben unter den gleichen Bedingungen Zugang zu diesen Leistungen.

Art. 11

Diese Bestimmung übernimmt und präzisiert Artikel 5 des aktuellen Reglements über die Hilfe und Pflege zu Hause, welches durch das vorliegende Reglement aufgehoben wird. Sie definiert die

grundlegenden Punkte, welche die Direktion bei der Festlegung der Rahmenbedingungen gemäss Artikel 7 Absatz 2 Bst. f SmLG zur Führung eines Dienstes für Hilfe und Pflege zu Hause, der von einem Verband beauftragt oder betrieben wird, berücksichtigen muss. Für die Qualitätsnormen stützt sich die Direktion auf die nationalen Normen der Spitex Schweiz. Die Pflegedotation, die im Budget der – von den Verbänden beauftragten oder betriebenen – Diensten für Hilfe und Pflege zu Hause aufgeführt ist, wird basierend auf der bisherigen Dotation und der Anzahl Vollzeitstellen pro 1000 Bewohner/innen im nationalen Vergleich berechnet. Der Kontenplan entspricht dem von Spitex Schweiz zur Verfügung gestellten Plan. Bezüglich Statistik ergänzen die kantonal erhobenen Daten jene des Bundes.

Art. 12

Der Begriff Pflegeheim, wie er im KVG definiert ist, bezieht sich nicht nur auf Einrichtungen, die Langzeitpflege für betagte Menschen anbieten, auch wenn das Durchschnittsalter der Bewohnerinnen und Bewohner in den Pflegeheimen für Frauen bei 85,6 und für Männer bei 81,6 Jahren liegt (Statistik SOMED 2015). Die Pflegeheime des Kantons Freiburg nehmen bereits jetzt Personen auf, die das Rentenalter noch nicht erreicht haben, aufgrund ihres Gesundheitszustandes und ihres Pflegebedarfs aber nicht zu Hause bleiben oder in keiner anderen Einrichtung, wie z. B. einer Sondereinrichtung, aufgenommen werden können. Der Bedarf an Unterstützung wird durch das in Artikel 7 genannte Instrument bestätigt.

Art. 13

Das Recht auf Information übernimmt den Grundsatz von Artikel 47 des Gesundheitsgesetzes vom 16. November 1999 (GesG). Dessen Absatz 2 sieht vor, dass «alle Patientinnen und Patienten bei ihrem Eintritt in eine Institution des Gesundheitswesens eine schriftliche Information über ihre Rechte und Pflichten sowie über die Bedingungen ihres Aufenthalts bekommen» (Abs.1).

Absatz 2 präzisiert die Punkte, auf die sich das Recht auf Information beziehen.

Die Person und/oder ihr gesetzlicher Vertreter müssen von allen Punkten in Absatz 2 Kenntnis haben, bevor sie und/oder er den Beherbergungsvertrag unterschreiben. Mit der Unterzeichnung des Vertrages stimmen sie den Bedingungen zu (Abs. 3).

Art. 14

Auch wenn die Aufnahme in einem Wartebett eines Pflegeheimes provisorisch ist, wird sie nicht als Kurzaufenthalt betrachtet, da die aufgenommene Person nicht nach Hause zurückkehren, sondern in ein anderes Pflegeheim ihrer Wahl eintreten wird. In der Praxis hat sich gezeigt, dass sich eine Person, die in einem Pflegeheim ein Wartebett besetzt, häufig dazu entschliesst, in diesem Pflegeheim zu bleiben (Abs. 1).

In einem Pflegeheim können Personen mit spezifischen Erkrankungen in speziellen Abteilungen aufgenommen werden, wie z. B. Demenzabteilungen. In Zukunft können auch Sondereinrichtungen für Personen mit Behinderungen oder für Personen mit Suchterkrankungen Pflegeheimabteilungen schaffen. Diese Abteilungen gelten als OKP-zugelassene Pflegeheimabteilungen und müssen deshalb den gesetzlichen Bestimmungen über die sozialmedizinischen Leistungen entsprechen (Abs. 2).

Art. 15

Dieser Artikel berücksichtigt die letzte Rechtsprechung des Kantons Bern[1] und die verschiedenen Vereinbarungen, die einzelne Versicherer mit Diensten für Hilfe und Pflege zu Hause unterzeichnet haben. Die Rechtsprechung und die Vereinbarungen sehen vor, dass ambulante Pflegeleistungen – genannt «inhouse» –, die z. B. vom Vermieter oder Eigentümer in Wohnungen mit Dienstleistungen (häufig bezeichnet als «betreutes Wohnen») erbracht werden, den Leistungen der Hilfe und Pflege zu Hause gleichgestellt sind und entsprechend verrechnet werden können.

Art. 16

Die Bedingungen von Artikel 16 gelten für alle – sowohl anerkannten als auch nicht anerkannten – Pflegeheime, die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind. Der Artikel übernimmt teilweise die Bedingungen der aktuellen Gesetzgebung über die Pflegeheime (Abs. 1).

Heute sind die Bedingungen der Personalausbildung im Reglement vom 4. Dezember 2001 über die Pflegeheime festgehalten. Wie in den Nachbarkantonen werden sie neu in Richtlinien formuliert. Für die im Gesundheits- und Sozialbereich zuständige Direktion ist es wichtig, einen gewissen Spielraum zu haben, weil sich die Bereiche Ausbildung und Teamzusammensetzung rasch entwickeln (Abs. 2).

Art. 17

Pflegeheime, die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, können anerkannt werden, wenn sie die Bedingungen von Artikel 10 SmLG erfüllen und den Bewohnerinnen und Bewohnern individuelle Betreuungsleistungen anbieten, die deren Bedürfnissen und Wünschen entsprechen (siehe Kommentar zu Art. 2). Die Anerkennung berechtigt zur Subventionierung der Betreuungsleistungen durch die öffentliche Hand. Die Anforderungen im Zusammenhang mit der Betreuung sind in den Absätzen 2 bis 4 festgelegt.

Gemäss Absatz 2 müssen diese individuellen Betreuungsleistungen in den Unterlagen jeder Bewohnerin und jedes Bewohners dokumentiert sein.

Die individuelle Ermittlung des Betreuungsbedarfs kann zum gleichen Zeitpunkt erfolgen wie die Evaluation der Pflegeleistungen mittels Instrument RAI (Abs. 3).

In jedem Pflegeheim muss eine Person dazu in der Lage sein, ein Konzept für die individuellen Betreuungsleistungen zu erarbeiten. Diese Person definiert dessen Umsetzung im Betrieb und überprüft, ob die individuellen Betreuungsleistungen für alle Bewohnerinnen und Bewohner organisiert werden und in deren Unterlagen dokumentiert sind. Der Beschäftigungsgrad dieser Person, die über eine Ausbildung auf Tertiärstufe verfügen muss, hängt von der Grösse der Einrichtung ab. Eine Person kann diese Verantwortung für ein Pflegeheim oder für mehrere Pflegeheime übernehmen (Abs. 3).

Art. 18

Da die Anerkennung zur Subventionierung der Betreuungsleistungen durch die öffentliche Hand berechtigt, dürfen die betroffenen Pflegeheime nicht gewinnorientiert arbeiten. Diese Bedingung besteht für die anerkannten Pflegeheime bereits heute (Abs. 1).

[1] Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern 200 14903 vom 20. November 2015.

Ein anerkanntes Pflegeheim muss von einem Gemeindeverband betrieben oder beauftragt werden; dieser gibt dessen Finanzierungsmodalitäten sowie die entsprechenden qualitativen und quantitativen Bedingungen vor. Dieser Absatz muss mit Artikel 12 Buchstabe h SmLG in Zusammenhang gebracht werden, welcher vorsieht, dass der Verband die Verwaltungs- und Finanzaufsicht über die beauftragten Leistungserbringenden sicherstellt (Abs. 2).

Art. 19

Der Staat kann für gewisse sozialmedizinische Leistungen, die von Pflegeheimen erbracht werden, eigene Aufträge erteilen; diese sollen der Gesamtbevölkerung des Kantons zu Gute kommen oder einen speziellen Auftrag erfüllen, z. B. einer Person die Folgebehandlung in Anschluss an einen Spitalaufenthalt garantieren. Dazu gehören unter anderem Leistungen in Tages- und Nachtstätten, wie von «Die Familie im Garten» für Personen mit Alzheimer, oder Kurzaufenthalte, wie sie vom Pflegeheim «La Providence» im Rahmen der Abteilung zur vorübergehenden Aufnahme und Orientierung (AVAO) angeboten werden (Abs. 1).

Der Staat vereinbart mit den Leistungserbringenden die Bedingungen für die Übernahme der Kosten, die nicht durch die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, der Leistungsbeziehenden oder der öffentlichen Hand gedeckt sind (Beträge, Kriterien, Indikatoren).

Art. 20

Der Bedarfsdeckungsplan stützt sich auf die vom Staat erarbeitete Planung der Langzeitpflege. Er bezweckt die Verteilung der sozialmedizinischen Leistungen auf die verschiedenen Leistungsanbietenden (Anzahl Betten, Anzahl Plätze, Zeitvolumen für Hilfe und Pflege zu Hause) auf Bezirksebene und die Planung der benötigten Infrastrukturen zur Entwicklung dieser Leistungen.

Art. 21

Die Organisation der sozialmedizinischen Leistungen im Bezirk bezieht sich sowohl auf die sozialmedizinischen Leistungen im Pflegheim wie auch zu Hause. Wie diese Leistungen organisiert werden, hängt von den Bedürfnissen der Bevölkerung und von unterschiedlichen Faktoren wie regionale Eigenheiten ab. So kann ein Bezirk z. B. entscheiden, dass er die Pflegeheimbetten für Kurzaufenthalte auf ein oder zwei Einrichtungen konzentriert, um die Bewirtschaftung zu vereinfachen; ein anderer entschliesst sich aus geografischen oder sprachlichen Gründen dazu, diese Betten auf mehrere Pflegeheime zu verteilen. Gleichermassen können zwei Demenzabteilungen entweder in zwei Einrichtungen oder in einer einzigen untergebracht werden, die zudem ein Tagesheim für demente Menschen bereitstellt oder Nachtaufenthalte für diese Bevölkerung anbietet (Abs. 1).

Der Verband stellt das nötige Personal und die Organisation zur Verfügung, um den Zugang zu den sozialmedizinischen Leistungen zu koordinieren. Diese Koordination ist bei der Zusammenarbeit mit den Spitalnetzen besonders wichtig und bedingt eine Zusammenarbeit mit den Koordinationsstrukturen des Bezirks und der Patientenberatung der Spitäler. Der Verband kann verlangen, dass alle Leistungsanfragen der vorgängigen Zustimmung einer Instanz bedürfen, die er selbst bestimmt, oder dass die individuelle Bedarfsermittlung der im Bezirk wohnhaften Bevölkerung ganz oder teilweise durch diese Instanz erfolgt. Der Verband wählt, ob diese Instanz die definierte Leistung innerhalb oder ausserhalb des Bezirks entweder systematisch oder nur auf Anfrage organisiert (Abs. 2).

Der Verband informiert nicht nur über sozialmedizinische Leistungen; mittelfristig soll er allen im Bezirk wohnhaften Personen Zugang zu Informationen über die sozialen Betreuungsangebote –

organisiert auf kommunaler oder kantonaler Ebene – ermöglichen, welche den Verbleib zu Hause fördern. Zur Erinnerung: Das Gesetz über die Seniorinnen und Senioren vom 12. Mai 2016 gewährt den Gemeinden ab dem 1. Juli 2016 eine Frist von fünf Jahren, um ein Konzept und einen Massnahmenplan zu erarbeiten, die den Bedürfnissen der immer älter werdenden Bevölkerung entsprechen. Durch die Erfassung der bereits bestehenden Angebote in den verschiedenen Gemeinden können sämtliche Informationen auf Bezirks- und Kantonsebene zusammengetragen und die diesbezüglichen Informationen verbessert werden (Abs. 3).

Art. 22

Die Gemeindeverbände sind dafür verantwortlich, den Zugang zu den Langzeitpflegeleistungen in den Pflegeheimen des Bezirks zu regeln, da sie den Bedarfsdeckungsplan für die sozialmedizinischen Leistungen erarbeiten und die benötigten Infrastrukturen planen müssen (siehe Art. 20). Die vom Verband gewählten Kriterien dürfen Personen aus anderen Bezirken den Zugang zu Leistungen nicht verwehren, weil diese Personen die Leistungserbringenden, die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, frei wählen können. Einzig die Kriterien zum Pflegebedarf können berücksichtigt werden. Diese Kriterien können sich je nach Bezirk unterscheiden, je nach Entwicklung der sozialmedizinischen Leistungen zu Hause und der anderen sozialen Betreuungsangebote, die der Bevölkerung zur Verfügung stehen.

Art. 23

Keine besonderen Erläuterungen.

Art. 24

Keine besonderen Erläuterungen.

Art. 25

Die Kosten zuzüglich zu den Kosten für das Pflege- und Betreuungspersonal können Ausgaben für Weiterbildung und Qualitätsentwicklung umfassen. Die Frage, ob gewisse Materialkosten in die Pflegekosten integriert werden können, sollte im Rahmen des Projekts DETTEC geklärt werden, weil dieser Entscheid eine Änderung der Kostenverteilung zwischen Staat und Gemeinden mit sich bringt (Abs. 1).

Der Preis für die Pflege und Betreuung, der den Bewohnerinnen und Bewohnern für eine bestimmte Pflegestufe in Rechnung gestellt wird, wird von nun an in jedem Pflegeheim des Kantons gleich sein, unabhängig von den tatsächlichen Betriebskosten. Diese Anpassung greift per 1. Januar 2019 (s. auch Art. 45) (Abs. 2).

Die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Preisen und den Kosten der subventionierten Leistungen wird wie bis anhin in die jährliche Schlussabrechnung integriert (Abs. 3).

Art. 26

Das SmLR listet nicht auf, was unter die Beherbergungskosten fällt. Beherbergungskosten sind all jene Kosten, die nicht zu den Pflege-, Betreuungs- und Investitionskosten gehören.

Art. 27

Die Integration gewisser Kosten in die Investitionskosten für Mobiliar und Immobilien hat eine direkte Auswirkung auf die Beherbergungskosten und den kantonalen Durchschnitt der Investitionskosten, der als Normwert gilt für den Aufenthalt einer Person, die in einem Bezirk wohnhaft ist und in einem Pflegeheim eines anderen Bezirks lebt. Es liegt in der Verantwortung der Verbände, gemeinsam einheitliche Regeln festzulegen.

Art. 28

Gemäss Gesetzgebung über die Subventionen finanziert der Staat keine Kosten, die über die für seine eigenen Aktivitäten geltenden Normen hinausgehen. Es ist den Verbänden freigestellt, gewisse Kosten zu übernehmen, die die staatlichen Normen übersteigen (Abs. 1).

Für einzelne Fälle ist es nicht möglich, bei den Subventionen die für den Staat geltenden Regeln anzuwenden. Die Direktion ist deshalb für die Festsetzung der Referenznormen verantwortlich (Abs. 2).

Art. 29

Keine besonderen Erläuterungen.

Art. 30

Die Pauschale für die Aufnahmen tags- und nachtsüber während 24 Stunden hängt davon ab, wie das Pflegeheim dem Versicherer die Leistungen in Rechnung stellt. Die Pauschale von 60 Franken entspricht der Verrechnung für eine einzige sozialmedizinische Leistung pro 24 Stunden. Folgt auf einen Aufenthalt im Tagesheim an einem Tag X direkt ein Nachtaufenthalt, werden die Versicherer dies als eine einzige Leistung einstufen und sich gemäss der auf Bundesebene vorgegebenen Pauschale an den Pflegekosten beteiligen. Folgt hingegen auf einen Nachtaufenthalt am Tag X ein Tagesaufenthalt (Tag X^{+1}) und das Pflegeheim verrechnet den Versicherern zwei verschiedene Leistungen, verdoppelt dies die Beteiligung der Versicherer und der öffentlichen Hand an den Pflegekosten. Aus diesem Grund wird die Pauschale, die von der öffentlichen Hand finanziert wird, entsprechend gekürzt.

Art. 31

Keine besonderen Erläuterungen.

Art. 32

Keine besonderen Erläuterungen.

Art. 33 bis 36

Entspricht den aktuellen Bestimmungen.

Art. 37

Die kantonale Kommission sorgt für die Koordination der Regional- und Kantonalpolitik in Bezug auf die Langzeitpflege. Die sozialmedizinischen Leistungserbringenden sind in dieser Kommission nicht vertreten; sie sind hingegen Teil der beratenden Kommission, die jeder Verband gemäss Artikel 13 Absatz 2 SmLG schaffen wird.

Art. 38

Derzeit besteht die Kommission aus drei Mitgliedern.

Art. 39

Die Untersuchung von Beschwerden obliegt neu dem Sozialvorsorgeamt, da dieses für die Überwachung der Umsetzung des Instruments RAI in den Pflegeheimen zuständig ist.

Art. 40

Entspricht den aktuellen Bestimmungen.

Art. 41

Die dreijährige Frist gewährleistet den Verbänden, die notwendigen Informationen für die Ausarbeitung der Leistungsmandate zur Hand zu haben, unter Einbezug qualitativer und quantitativer Indikatoren.

Art. 42

Keine besonderen Erläuterungen.

Art. 43

Keine besonderen Erläuterungen.

Art. 44

Bei der Berechnung des Anspruchs auf Ergänzungsleistungen entspricht die Referenz-Tagestaxe für die Beherbergungskosten in den OKP-zugelassenen Pflegheimen dem Preis, der bis anhin für Altersheime und nicht anerkannte Sondereinrichtungen angewandt wurde.

Die Tagestaxe in den OKP-zugelassenen Pflegeheimen entspricht wie in den anerkannten Pflegeheimen dem Referenzpreis, der pro Tag für die Beherbergungskosten festgelegt ist. Hinzu kommt die Beteiligung der Person an den Pflegekosten, wie sie in der Ausführungsgesetzgebung zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vorgesehen ist. Die Tagestaxe in den anerkannten Pflegeheimen deckt zusätzlich und wie bis anhin einen Teil der Betreuungskosten.

Die Erhöhung der Betreuungsdotation für Kurzaufenthalte um 0,03 VZÄ pro Person trägt der zusätzlichen Arbeit des Personals Rechnung, die aufgrund der kurzen Verweildauer der Bewohnerinnen und Bewohner entsteht.

Eine Zusatzdotation von 2,5 VZÄ pro Demenzabteilung wird bereits heute gewährt.

Die Betreuungsdotation für die Tagesstätten entspricht der bereits heute gewährten Dotation. Eine Betreuungsdotation von 0,13 VZÄ pro Person ist für Nachtaufenthalte ab Stufe RAI 3 vorgesehen.

Art. 45

Keine besonderen Erläuterungen.

1.3 Finanzielle Auswirkungen

Unter Berücksichtigung

> der zusätzlich gesprochenen Dotation für die Betreuung bei Kurzaufenthalten (0,03 VZÄ), der vorgesehenen Anzahl Aufenthalte (15 000 Aufenthalte) und des im Budget 2018 vorgesehenen Betrags sowie

> der Dotation für die Betreuung bei Nachtaufenthalten und der vorgesehenen Anzahl Nachtaufenthalte (500 Nachtaufenthalte)

erhöhen sich die Kosten für die öffentliche Hand in Zusammenhang mit der Umsetzung des vorliegenden Reglements um rund 220 000 Franken; diese wurden bereits in den Voranschlag 2018 aufgenommen.