

# Umsetzung und Auswirkungen der Pflegefinanzierung im Kanton St.Gallen (Wirkungsbericht)

Bericht der Regierung vom 14. März 2017

## Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b>	<b>3</b>
<b>1 Ausgangslage</b>	<b>4</b>
1.1 Das Wichtigste in Kürze	4
1.2 Bundesrechtliche Vorgaben	4
1.3 Kantonaler Wirkungsbericht zur Umsetzung Pflegefinanzierung	5
<b>2 Zuständigkeiten und Leistungsbereiche</b>	<b>6</b>
2.1 Das Wichtigste in Kürze	6
2.2 Rechtliche Grundlagen der Langzeitpflege	6
2.3 Strukturen der Langzeitpflege im Kanton St.Gallen	8
2.3.1 Stationäre Pflege und Betreuung	8
2.3.2 Tages- und Nachtstrukturen (TuNS)	10
2.3.3 Ambulante Pflege und Betreuung (Spitex)	12
<b>3 Regelung der Pflegefinanzierung im Kanton St.Gallen</b>	<b>13</b>
3.1 Das Wichtigste in Kürze	13
3.2 Finanzierung stationärer Aufenthalte	13
3.3 Finanzierung ambulanter Leistungen	15
3.4 Akut- und Übergangspflege (stationär und ambulant)	16
<b>4 Stationäre Pflege und Betreuung</b>	<b>17</b>
4.1 Leistungs- und Kostenentwicklung	17
4.1.1 Das Wichtigste in Kürze	17
4.1.2 Entwicklung Gesamtkosten und -erlöse der St.Galler Heime	17
4.1.3 Entwicklung Pflegekosten und -erlöse	21
4.1.4 Leistungsentwicklung	23
4.1.5 Entwicklung der Personalkosten	24
4.1.6 Kosten je Pflegeminute	25
4.1.7 Entwicklung der Restfinanzierungsanteile	27
4.1.8 Regelungen in den Nachbarkantonen	27
4.2 Problemfelder	29
4.2.1 Das Wichtigste in Kürze	29

4.2.2	Überprüfung Höchstansätze Pflegekosten	29
4.2.3	Finanzierung Schwerstpflegebedürftigkeit	31
4.2.4	Abgrenzung Pflege und Betreuung	32
4.2.5	Kalibrierung Pflegebedarfserfassung nach BESA und RAI/RUG	33
4.2.6	Umsetzung Vollkostenprinzip	34
4.2.7	Überprüfung Höchstansätze Ergänzungsleistungen	35
4.2.8	Zuständigkeit Pflegefinanzierung (interkantonal)	37
<b>5</b>	<b>Ambulante Pflege und Betreuung</b>	<b>38</b>
5.1	Leistungs- und Kostenentwicklung	38
5.1.1	Das Wichtigste in Kürze	38
5.1.2	Überblick über die Kosten- und Leistungsentwicklung	38
5.1.3	Entwicklung der Restkosten (Gemeinde-Anteil)	40
5.1.4	Verdoppelung der Patientenbeteiligung	41
5.1.5	Erhöhung der Ergänzungsleistungen	41
5.1.6	Regelungen in den Nachbarkantonen	41
5.2	Problemfelder	42
5.2.1	Das Wichtigste in Kürze	42
5.2.2	Kantonale Höchstansätze	42
5.2.3	Ungedeckte Leistungen der Kinder-Spitex	43
5.2.4	Administrativer Aufwand	44
5.2.5	Abgrenzung der Restkosten	44
5.2.6	Qualitätsanforderungen für Spitex-Organisationen	45
<b>6</b>	<b>Akut- und Übergangspflege (AÜP)</b>	<b>45</b>
6.1	Das Wichtigste in Kürze	45
6.2	Leistungs- und Kostenentwicklung	46
6.2.1	Akut- und Übergangspflege stationäre Pflege	46
6.2.2	Akut- und Übergangspflege durch die Spitex	46
6.3	Problemfelder	46
6.3.1	Hoher administrativer Aufwand – geringer Nutzen	46
<b>7</b>	<b>Ausblick und Entwicklungsfelder</b>	<b>47</b>
7.1	Das Wichtigste in Kürze	47
7.2	Durchlässigkeit	47
7.3	Pflegefinanzierung in Behinderteneinrichtungen	50
7.4	Palliative Care und Demenz	50
7.4.1	Nationale Strategie Palliative Care	50
7.4.2	Nationale Demenzstrategie	51
7.4.3	Stand Umsetzung Massnahmen kantonale Demenzstrategie	51
7.5	Reform der Ergänzungsleistungen auf Bundesebene	53

7.6	Pflegeversicherung	53
<b>8</b>	<b>Übersicht wichtigste Erkenntnisse, Handlungsoptionen und Zuständigkeiten</b>	<b>55</b>
<b>9</b>	<b>Antrag</b>	<b>56</b>
	<b>Anhang: Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>57</b>

## Zusammenfassung

*Die Neuordnung der Pflegefinanzierung wird seit 1. Januar 2011 angewendet und führte zur Entlastung der obligatorischen Krankenversicherung sowie der Pflegebedürftigen. Seither beteiligt sich die öffentliche Hand an den Kosten der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Die Kantone mussten die Pflegefinanzierung kantonrechtlich und organisatorisch innert kürzester Zeit konzipieren und umsetzen. Auch deshalb beauftragte der Kantonsrat die Regierung, die Umsetzung nach einigen Jahren Vollzug auf ihre Wirkung hin zu prüfen. Der vorliegende sogenannte Wirkungsbericht stellt die Grundzüge der Umsetzung der Pflegefinanzierung im Kanton St.Gallen für die Bereiche «stationäre Pflege und Betreuung» (Zuständigkeitsbereich Departement des Innern) und «ambulante Pflege und Betreuung» (Zuständigkeitsbereich Gesundheitsdepartement) noch einmal dar und zeigt die Leistungs- und Kostenentwicklung der letzten Jahre in diesen Bereichen auf. Zudem wird die damals neu eingeführte Tarifkategorie «Akut- und Übergangspflege» einer Prüfung unterzogen.*

*Nach eingehender Analyse und zwei Nachträgen zum Gesetz über die Pflegefinanzierung wird nach nunmehr sechs Jahren Umsetzung kein weiterer grundsätzlicher gesetzgeberischer Handlungsbedarf auf kantonaler Ebene festgestellt. Die Zuständigkeit der Gemeinden für sowohl die ambulante als auch die stationäre Pflegefinanzierung macht es möglich, dass der Grundsatz «ambulant vor stationär» umgesetzt werden kann. Ein Ausblick auf künftige Herausforderungen in der ambulanten und stationären Pflege zeigt jedoch, dass in einigen Entwicklungsfeldern auch auf kantonaler Ebene gesetzgeberische Ergänzungen in den nächsten Jahren nicht auszuschliessen sind. Die Analysen und Erfahrungen zeigen, dass die kantonale Umsetzung der Pflegefinanzierung insgesamt erfolgreich und gelungen ist. In den verschiedenen Leistungsbereichen bestehen noch einzelne Problemfelder auf Umsetzungsebene. Diese gestalten sich im stationären Bereich anders als im ambulanten:*

### *– Stationäre Pflege und Betreuung*

*Die Höchstansätze für Pflegekosten haben sich bewährt, sind aber mehrheitlich nicht (mehr) kostendeckend. Allfällige Anpassungen der Höchstansätze in der Verordnung über die Pflegefinanzierung obliegen der Regierung. Bezüglich der geltenden Höchstansätze für Ergänzungsleistungen (EL) an Betagte in Heimen besteht derzeit kein Handlungsbedarf. Die EL-nahe Abwicklung der stationären Pflegefinanzierung wird von Einrichtungen und Gemeinden als gut bis sehr gut bewertet. Die Umstellung auf das Vollkostenprinzip ist auf gutem Weg, jedoch noch nicht abgeschlossen. Es zeigt sich, dass öffentliche Einrichtungen ihre Pflegekosten oft nicht auf der Basis der ausgewiesenen Kosten und nicht immer kostendeckend festlegen. Ungleiche Spieesse zeigen sich zudem bei der Auswertung der Betriebserträge zwischen Einrichtungen, die zur Erfassung des Pflegebedarfs das System BESA einsetzen und jenen, die dazu das System RAI/RUG verwenden. Die Kalibrierung zwischen diesen Systemen ist noch nicht abgeschlossen und muss auf Bundesebene geklärt werden.*

– *Ambulante Pflege und Betreuung*

*Aufgrund der dezentralen Abwicklung zwischen den einzelnen Leistungserbringenden und den Gemeinden stehen wenig verlässliche Daten zur Verfügung. So fehlen insbesondere aussagekräftige Angaben darüber, ob die Höchstansätze für die Pflegekosten nach Verordnung noch kostendeckend sind. Eine allfällige Anpassung der Höchstansätze in der Verordnung über die Pflegefinanzierung obliegt der Regierung. Aus Sicht der Gemeinden wäre es wünschenswert, wenn private Organisationen und selbständige Pflegefachpersonen ihre abgerechneten Leistungen transparenter deklarieren müssten und der administrative Ablauf möglichst der Systematik bei der stationären Pflege angepasst würde. Die Zahl der Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen sowie der durchschnittlich ausbezahlte Betrag je Person haben zugenommen. Diese Entwicklung ist auf die demografische Alterung zurückzuführen, weshalb sich keine Änderungen aufdrängen.*

*Im Bericht werden auch Querbezüge zu Palliative Care und zu Demenz sowie strategische und interkantonale Fragestellungen wie die Einführung einer Pflegeversicherung oder die Klärung interkantonaler Zuständigkeiten aufgezeigt. Insgesamt wird auf nationaler Ebene gesetzgeberischer Handlungsbedarf geortet, weshalb die Evaluation der Pflegefinanzierung durch den Bund für den Kanton von grösserer Bedeutung ist. Der nationale Bericht wird auf Ende 2017 erwartet.*

Herr Präsident  
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir erstatten Ihnen mit dieser Vorlage nach Art. 23 des Gesetzes über die Pflegefinanzierung (sGS 331.2; abgekürzt PFG) Bericht über die Umsetzung und Auswirkungen der Pflegefinanzierung im Kanton St.Gallen.

## **1 Ausgangslage**

### **1.1 Das Wichtigste in Kürze**

In diesem Abschnitt ist erläutert, dass:

- die Neuordnung der Pflegefinanzierung zwei Hauptziele verfolgte: Verbesserung der wirtschaftlich schwierigen Situation von Pflegebedürftigen und Verhinderung einer weiteren Belastung der obligatorische Krankenpflegeversicherung durch altersbedingte Pflegeleistungen;
- im Kanton St.Gallen ein neues Gesetz und eine neue Verordnung für die Neuordnung der Pflegekosten geschaffen werden mussten;
- bereits zwei Nachträge zum Gesetz über die Pflegefinanzierung erlassen wurden;
- der Wirkungsbericht die Grundzüge der Umsetzung der Pflegefinanzierung im Kanton St.Gallen darstellt und die Leistungs- und Kostenentwicklung sowie Problemfelder aufzeigt.

### **1.2 Bundesrechtliche Vorgaben**

Das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (BBl 2008, 5247) trat am 1. Januar 2011 in Kraft und hatte zum Ziel, die Probleme im Bereich der Finanzierung der Pflege zu lösen, die seit der Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10, abgekürzt KVG) bestanden. Das Reformpaket umfasste nebst Änderungen beim KVG auch Anpassungen bei den Ergänzungsleistungen (EL) und der Hilflosenentschädigung. Zusätzlich führte die Vorlage die neue Tarifkategorie der Akut- und Übergangspflege (AÜP) ein.

Kernstück des Reformpakets bildete die Finanzierung der ambulanten und stationären Pflege. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet seit dem 1. Januar 2011 einen vom Eidgen-

nössischen Departement des Innern (EDI) gesamtschweizerisch festgelegten Beitrag an die Pflegekosten und der Beitrag der Pflegebedürftigen ist limitiert. Die restlichen Pflegekosten werden durch die öffentliche Hand (Kanton und/oder Gemeinden) finanziert. Die Kantone hatten dazu entsprechende Regelungen zu erlassen.

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurden zwei Hauptziele verfolgt: Zum einen sollte die wirtschaftlich schwierige Situation bestimmter Gruppen pflegebedürftiger Personen verbessert werden. Es wurde auch angestrebt, dass durch den Aufenthalt in einem Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit entsteht. Zum anderen sollte die obligatorische Krankenpflegeversicherung, die nach dem alten System immer mehr altersbedingte Pflegeleistungen übernehmen musste, finanziell nicht zusätzlich belastet wird.

### 1.3 Kantonaler Wirkungsbericht zur Umsetzung Pflegefinanzierung

Nach Art. 23 PFG legt die Regierung dem Kantonsrat einen Bericht über Umsetzung und Auswirkungen der Pflegefinanzierung vor. Ein solcher Wirkungsbericht hätte nach Art. 23 PFG spätestens per 1. Januar 2016 vorgelegt werden müssen. Das PFG wurde seit Vollzugsbeginn per 1. Januar 2011 jedoch bereits zweimal mit Nachträgen per 1. Januar 2013 und per 1. Januar 2014 geändert (vgl. Abschnitt 3.2). Vergleichbare Daten liegen somit erst ab dem Beitragsjahr 2014 vor. Für die Auswertungen und für Mehrjahresvergleiche musste daher wenigstens noch das Betriebsjahr 2015 einbezogen werden. Bereinigte und damit verlässliche Daten zu den Betriebsjahren liegen jeweils erst Mitte des Folgejahres vor, weshalb die Datenauswertungen erst im Herbst 2016 abgeschlossen und der Bericht im vierten Quartal 2016 verfasst werden konnte.

Auf nationaler Ebene besteht ebenfalls ein gesetzlicher Auftrag zur Evaluation der Pflegefinanzierung. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat im März 2016 die Projektgemeinschaft INFRAS, Careum Forschung und Landolt Rechtsanwälte mit der Evaluation beauftragt. Diese wird gemäss Zeitplan des BAG im Juli 2017 abgeschlossen sein, der entsprechende Bericht wird voraussichtlich im Herbst 2017 publiziert. Der nationale Evaluationsbericht konnte für die Erarbeitung des kantonalen Berichts nicht abgewartet werden, da die zeitliche Verzögerung gegenüber dem Auftrag aus dem PFG zu gross wäre.

Mit dem kantonalen Wirkungsbericht soll auch das Postulat 43.05.07 «Ambulante geriatrische Versorgung und geriatrische Betreuung in Alters- und Pflegeheimen» beantwortet werden. Der vorliegende Bericht enthält daher eine kurze Übersicht über die Angebote, die Zuständigkeiten im Rahmen der geltenden Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden sowie Ausführungen zur Bedarfsentwicklung und zu den Qualitätsanforderungen bei den ambulanten und stationären Angeboten für Betagte im Kanton St.Gallen. Auch die sogenannte Durchlässigkeit der Angebote wird thematisiert.

Der Wirkungsbericht stellt die Grundzüge der Umsetzung der Pflegefinanzierung im Kanton St.Gallen für die Bereiche «Pflegefinanzierung stationär», «Pflegefinanzierung ambulant» sowie «Akut- und Übergangspflege» dar und zeigt die Leistungs- und Kostenentwicklung auf. Die Umsetzung der Pflegefinanzierung im Kanton St.Gallen kann insgesamt als erfolgreich beurteilt werden. In den verschiedenen Leistungsbereichen bestehen dennoch einzelne Problemfelder. Der vorliegende Bericht fokussiert auf diese Felder. Für die definierten Problemfelder werden – wo möglich – Handlungsmöglichkeiten zur Lösung oder Verbesserung aufgezeigt und es wird erläutert, welche Staatsebene für Optimierungen zuständig ist (Bund, Kanton, Gemeinden).

Der Kostenteiler und die Zuständigkeiten von Kanton und politischen Gemeinden wurden im Rahmen des II. Nachtrags zum PFG (nGS 2014-028 / 22.13.06) jüngst überprüft und bestätigt und werden im vorliegenden Wirkungsbericht deshalb keiner erneuten Prüfung unterzogen.

Die Verbände (Curaviva, Spitex Verband SG | AR | AI, Association Spitex privée Suisse [ASPS], Schweizer Berufsverband der Pflegefachpersonen) wurden bereits im Rahmen der Erarbeitung des Wirkungsberichts über die darin geplanten Inhalte informiert. Die erarbeiteten Inhalte des Berichts wurden schliesslich vom Departementsvorsteher mit dem Vorstand der Vereinigung St.Galler Gemeindepräsidentinnen und Gemeindepräsidenten (VSGP) diskutiert. Im Rahmen eines Anhörungsverfahrens konnten Verbände und Organisationen, die VSGP, die Departemente sowie die Staatskanzlei zu einem Entwurf des Wirkungsberichts Stellung beziehen.

## 2 Zuständigkeiten und Leistungsbereiche

### 2.1 Das Wichtigste in Kürze

In diesem Abschnitt ist erläutert, dass:

- der Kanton in Bezug auf die Pflege von Betagten übergeordnet in Bezug auf Planungs-, Qualitäts- und Finanzierungsfragen wirkt;
- die politischen Gemeinden für die Bereitstellung eines bedarfsgerechten Angebots für Beratung sowie ambulante und stationäre Unterstützung, Pflege und Betreuung von Betagten zuständig sind;
- rund 6'000 Plätze in gut 110 Betagten- und Pflegeheimen zur Verfügung stehen;
- für die Tages- und Nachtstrukturen (TuNS) Regelungsmechanismen und die gleichen Ansätze je Pflegestufe wie für Pflegeleistungen in Betagten und Pflegeheimen gelten;
- 18 Einrichtungen knapp 80 Plätze im Bereich der TuNS zur Verfügung stellen und rund 90 Prozent der TuNS von Betagten- und Pflegeheimen angeboten werden;
- für von Betagten- und Pflegeheimen angebotene TuNS eine schlüssige Kostenabgrenzung zu den übrigen Angeboten der Heime nur schwer möglich ist und darum derzeit keine gesonderten Daten für TuNS ausgewiesen werden können;
- die ambulante Pflege von drei Gruppen von Leistungserbringenden erbracht wird (von gemeinnützigen Organisationen, privaten-kommerziellen Organisationen und freiberuflichen Pflegefachpersonen);
- gemäss Spitex-Statistik 2015 derzeit 92 Leistungserbringende im Kanton tätig sind.

### 2.2 Rechtliche Grundlagen der Langzeitpflege

Bei der Alterspolitik handelt es sich um eine Querschnittaufgabe, weshalb sie sich in einer Vielzahl von Gesetzen wiederfindet und allen Staatsebenen in diesem Bereich Aufgaben zufallen. Der Kanton St.Gallen wirkt in der ambulanten und stationären Pflege übergeordnet, neben der Regelung und Finanzierung der EL zur Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), hauptsächlich in Bezug auf Planungs-, Qualitäts- und Finanzierungsfragen:

Gesetz	Aufgaben des Kantons
<b>KVG</b> Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)	– Zulassung von Pflegeheimen (Prüfung Bedarfsgerechtigkeit, Qualität) über die kantonale Pflegeheimliste (Berechtigung, zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abzurechnen) zur Gewährleistung der quantitativen und qualitativen Angebotssicherheit im Kanton St.Gallen (Art. 39)
<b>SHG</b> Sozialhilfegesetz (sGS 381.1)	– Festlegung des kantonalen Bedarfsrichtwerts (Art. 29) – Erlass qualitativer Mindestanforderungen für Betagten- und Pflegeheime (Art. 35a) – Bewilligung und Aufsicht privater Betagten- und Pflegeheime ohne Leistungsvereinbarung mit einer politischen Gemeinde (Art. 32 bis 34) – Einsetzung Fachkommission für Altersfragen (Art. 35) – Ausrichtung von Staatsbeiträgen (Art. 40)
<b>GesG</b> Gesundheitsgesetz (sGS 311.1)	– Staat kann Spitäler errichten oder sich daran beteiligen oder Errichtung und Betrieb durch Beiträge unterstützen – Aufsicht über Spitäler und psychiatrische Kliniken (Art. 3) – Aufsicht über die Ausbildungsstätten für medizinische Berufe und andere Berufe der Gesundheitspflege (Art. 3)

Gesetz	Aufgaben des Kantons
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Errichtung und Betreibung von Ausbildungsstätten für medizinisches Fach- und Hilfspersonal (Art. 19)</li> <li>– Bewilligung und Aufsicht von privaten Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause ohne Leistungsvereinbarung mit einer politischen Gemeinde sowie von freiberuflichen Pflegefachleuten (Berufsausübungsbewilligung; Art. 3, Art. 44 und Art. 51)</li> <li>– Förderung der Hilfe und Pflege zu Hause (Art. 19)</li> <li>– Massnahmen der Gesundheitsvorsorge (Art. 21)</li> <li>– Staat kann bei Früherkennung von Krankheiten mitwirken, Früherkennung ist Sache der praktizierenden Ärztinnen, Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte (Art 39)</li> <li>– verschiedene Aufgaben in Gesundheitserziehung und Krankheitsverhütung, u.a. Beratung von Gemeindeorganen, Unterstützung und Koordination von Aufklärung, Beratung und Schulung, Zusammenarbeit mit Dritten, insbesondere mit freipraktizierenden Ärztinnen, Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie Apotheken (Art. 38)</li> <li>– Bewilligung zur selbständigen Ausübung von Medizinalberufen und anderen Berufen der Gesundheitspflege (Art. 43, Art. 44 und Art. 46)</li> </ul>
<b>PFG</b> Gesetz über die Pflegefinanzierung (sGS 331.2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Festlegung von Höchstansätzen der Pflegekosten stationär (Art. 6)</li> <li>– Festlegung der Höchstansätze der Pflegekosten ambulant (Art. 14)</li> <li>– Durchführung des Abrechnungsverfahrens im stationären Bereich durch die Sozialversicherungsanstalt (SVA) (Art. 10)</li> <li>– Regelung der Zulassung von TuNS bis zum Erlass von bundesrechtlichen Bestimmungen (Art. 22)</li> </ul>
<b>ELG</b> Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (SR 831.30)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Festlegung von anrechenbaren Kosten, insbesondere Krankheits- und Behindernungskosten wie auch Tagespauschalen, soweit dies das Bundesrecht zulässt</li> <li>– bei ausgewiesenem Bedarf Ausrichtung von EL im Einzelfall</li> </ul>

Die Bereitstellung eines bedarfsgerechten Angebots für Beratung, Unterstützung, Pflege und Betreuung von Betagten fällt in die Zuständigkeit der politischen Gemeinden. Dies ist naheliegend, da die Wohnortnähe ein wesentliches Prinzip der Alterspolitik darstellt, das mittels kommunaler oder regionaler Konzepte am besten umgesetzt werden kann. Die Zuständigkeit der Gemeinden ermöglicht es, das Angebot den gewachsenen Strukturen sowie lokalen und regionalen Gegebenheiten entsprechend aufzubauen. So können auch Synergien zwischen ambulanten Dienstleistungen und stationärer Langzeitpflege besser genutzt und die Angebote am Bedarf orientiert ausgestaltet werden.

Die politischen Gemeinden können die Aufgaben auch einer privaten Trägerschaft mittels einer Leistungsvereinbarung übertragen. Sie üben die Aufsicht über die von ihnen betriebenen Angebote, über private Betagten- und Pflegeheime sowie über Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause aus, mit denen sie eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen haben. Damit haben die Gemeinden nicht nur den Bedarf an den verschiedenen Dienstleistungen im Bereich der Pflege und Betreuung von Betagten zu bestimmen, sondern sie nehmen ebenfalls Einfluss auf die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Angebote.

Die Gemeinden haben aktuell folgende Zuständigkeiten:

Gesetz	Aufgaben der Gemeinden
<b>SHG</b> Sozialhilfegesetz (sGS 381.1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bereitstellung eines bedarfsgerechten, wohnortnahen Angebots (Art. 28)</li> <li>– Erstellung und Aktualisierung der Bedarfsplanung (Art. 29)</li> <li>– Aufsicht über private Einrichtungen mit Leistungsvereinbarung und über öffentlich-rechtliche Einrichtungen (Art. 33)</li> <li>– Sozialberatung (Art. 2)</li> </ul>

<b>Gesetz</b>	<b>Aufgaben der Gemeinden</b>
<b>GesG</b> Gesundheitsgesetz (sGS 311.1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– sorgen für die Hilfe und Pflege zu Hause, soweit diese Aufgabe nicht durch andere öffentlich-rechtliche Körperschaften, öffentlich-rechtliche Anstalten oder Private erfüllt wird (Art. 23)</li> <li>– Förderung von Aufklärung, Beratung und Hilfe in der Gesundheitsvorsorge (Art. 25)</li> <li>– Unterstützung von Beratungsstellen in Bezug auf die Gesundheitsvorsorge (Art. 40)</li> </ul>
<b>PFG</b> Gesetz über die Pflegefinanzierung (sGS 331.2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sicherstellung des Angebots der Hilfe und Pflege zu Hause (Art. 12)</li> <li>– Finanzierung der Pflegekosten stationär und ambulant, soweit diese nicht von Sozialversicherungen und dem Beitrag der versicherten Person gedeckt sind (Art. 9 und Art. 16)</li> <li>– Ausrichtung von Beiträgen an die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause für nicht-pflegerische Leistungen auf der Grundlage von Leistungsvereinbarungen (Art. 17)</li> </ul>

Die Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung sind nach Massgabe der verfassungsmässigen Prinzipien möglichst deckungsgleich zu gestalten. Öffentliche Aufgaben sollten integral einer staatlichen Ebene zugeordnet werden. Von Verbundaufgaben sollte abgesehen werden. Die Zuständigkeitsordnung in der Pflegefinanzierung hat sich im Grundsatz bewährt. Die Gemeinden steuern das ambulante, teilstationäre und stationäre Angebot im Pflegebereich sehr wesentlich. Die Wechselwirkungen zwischen diesen Bereichen sind offensichtlich. Beispielsweise kann der Ausbau des ambulanten und präventiven Angebots den Heimeintritt wesentlich verzögern. Wie nachfolgende Auswertungen zeigen, wird auch im Kanton St.Gallen festgestellt, dass die Pflege Minuten im stationären Bereich relativ stabil sind, während sie im ambulanten Bereich angestiegen sind. Mit anderen Worten wird der Grundsatz «ambulant vor stationär» richtigerweise verstärkt. Diese vorgängig genannten Wechselwirkungen bestätigen, dass die Pflegefinanzierung im ambulanten und stationären Bereich auf der gleichen staatlichen Ebene erfolgen muss.

## 2.3 Strukturen der Langzeitpflege im Kanton St.Gallen

### 2.3.1 Stationäre Pflege und Betreuung

Im Kanton St.Gallen sind 114 Betagten- und Pflegeheime mit 6'195 Plätzen in die kantonale Pflegeheimliste aufgenommen (Stand: VII. Nachtrag zum Regierungsbeschluss über die Pflegeheimliste vom 5. April 2016). Diese sind berechtigt, Leistungen zulasten der sozialen Krankenversicherung zu erbringen. Diese Zulassung gilt auch als Anerkennung der entsprechenden Einrichtung für die Pflegefinanzierung durch die öffentliche Hand und für die EL zur AHV. Im Kanton St.Gallen gilt seit dem ersten Erlass der Pflegeheimliste am 2. Dezember 1997 das Prinzip der Pflegegarantie, wonach die Bewohnenden vom Eintritt in der Regel bis zum Tod in der gewählten Einrichtung verbleiben können und dort bei jedem Grad der Pflegebedürftigkeit fachgerecht gepflegt und betreut werden. Spezialisierte Angebote, beispielsweise für Betagte mit Demenz, werden nicht separat geplant. Dies liegt darin begründet, dass die Pflegeheime naturgemäss auf eine geriatrische bzw. gerontopsychiatrische Betreuung ausgerichtet sind und eine demenzgerechte Pflege und Betreuung zu ihren angestammten Aufgabenbereichen gehören (vgl. Bericht 40.15.06 der Regierung vom 27. Oktober 2015 «Demenz im Kanton St.Gallen»). Dies gilt im Übrigen weitgehend auch für Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause.

## Anzahl Einrichtungen und Plätze

Jahr	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Anteile
<b>Einrichtungen</b>	<b>113</b>	<b>114</b>	<b>112</b>	<b>112</b>	<b>110</b>	<b>110</b>	
nach Leistungserfassungssystem							
<i>BESA</i>	67	67	66	66	65	65	59 %
<i>RAI/RUG</i>	46	47	46	46	45	45	41 %
nach Trägerschaftsform							
<i>öffentlich</i>	61	62	58	58	58	55	50 %
<i>Privat</i>	37	37	35	35	34	34	31 %
<i>Privat mit LV</i>	15	15	19	19	18	21	19 %
nach Region							
<i>Rheintal</i>	13	13	13	13	13	13	12 %
<i>Rorschach</i>	8	9	9	9	9	9	8 %
<i>Sarganserland</i>	10	10	10	10	9	9	8 %
<i>See-Gaster</i>	19	19	19	19	19	19	17 %
<i>St.Gallen</i>	27	27	27	27	27	27	25 %
<i>Toggenburg</i>	15	15	14	14	13	12	11 %
<i>Werdenberg</i>	7	7	7	7	7	8	7 %
<i>Wil</i>	14	14	13	13	13	13	12 %

Abbildung 1: Zugelassene Einrichtungen<sup>1</sup> nach Pflegebedarfserfassungssystem, Trägerschaft und Region.

Jahr	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Anteile
<b>Pflegeplätze auf Pflegeheimliste</b>	<b>5950</b>	<b>5985</b>	<b>5949</b>	<b>6025</b>	<b>6032</b>	<b>6121</b>	
nach Leistungserfassungssystem							
<i>BESA</i>	3410	3410	3363	3407	3413	3471	57 %
<i>RAI/RUG</i>	2540	2575	2586	2618	2619	2650	43 %
nach Trägerschaftsform							
<i>öffentlich</i>	3'540	3'575	3'359	3'380	3'426	3'265	53 %
<i>Privat</i>	1741	1741	1702	1756	1732	1769	29 %
<i>Privat mit LV</i>	669	669	888	889	874	1087	18 %
nach Region							
<i>Rheintal</i>	663	669	669	687	687	715	12 %
<i>Rorschach</i>	472	501	501	500	500	500	8 %
<i>Sarganserland</i>	455	455	455	455	440	463	7 %
<i>See-Gaster</i>	700	700	700	700	711	711	12 %
<i>St.Gallen</i>	1711	1711	1702	1737	1737	1754	29 %
<i>Toggenburg</i>	772	772	734	750	736	747	12 %
<i>Werdenberg</i>	370	370	370	383	383	393	6 %
<i>Wil</i>	807	807	818	813	838	838	14 %

Abbildung 2: Pflegeplätze<sup>2</sup> nach Pflegebedarfserfassungssystem, Trägerschaft und Region.

Die Entwicklung der Anzahl Einrichtungen und der angebotenen Pflegeheimplätze zeigt eine leichte Verschiebung von öffentlichen zu privaten Angeboten mit Leistungsvereinbarung. Dies lässt darauf schliessen, dass die Gemeinden vermehrt private Trägerschaften mit der Bereitstellung des benötigten Angebots beauftragen. Allerdings ist der Rückgang an öffentlichen Anbietern zum Teil auch auf vermehrte regionale Zusammenarbeit zurückzuführen, wobei sich zunehmend mehrere Gemeinden an einer gemeinsamen, privatrechtlich geführten Einrichtung beteiligen. Der generelle Aufbau von Pflegeheimplätzen ist hauptsächlich auf den Platzaufbau in bereits bestehenden Einrichtungen zurückzuführen.

### Bedarf (Prognose- und Planungswerte)

In den kommenden Jahren wird der Anteil an Betagten deutlich ansteigen. Einerseits weil sich der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung als Folge eines Geburtenrückgangs erhöht, andererseits weil die Lebenserwartung steigt. Auch wenn gering bis mittel pflegebedürftige Betagte möglichst lange zu Hause im gewohnten Umfeld wohnen bleiben und möglichst spät in ein Betagten- und Pflegeheim umziehen, wird es aufgrund der demografischen Entwicklung eines deutlichen

<sup>1</sup> In dieser Zusammenstellung werden vier Einrichtungen weniger als auf der Pflegeheimliste (PHL) ausgewiesen. Die Differenz ist darauf zurückzuführen, dass auf der PHL zwei Heime aus dem Kanton Thurgau aufgeführt sind, und weitere Heime auf der PHL separat aufgeführt werden, die jedoch eine gemeinsame Rechnung (und damit auch Kostenrechnung) führen.

<sup>2</sup> Vgl. Fussnote 1.

Ausbau an stationären Plätzen zur Pflege und Betreuung von Betagten bedürfen. Der Ausbaubedarf hängt allerdings im Wesentlichen auch davon ab, wie stark ambulante und vor-stationäre Angebote ausgebaut werden. Der kantonale Planungsbericht vom 7. November 2011 wird derzeit überarbeitet und auf spätestens Mitte des Jahres 2017 hin aktualisiert. Ziel ist es dabei, das bisher auf den stationären Bereich fokussierte Richtgrössenmodell durch ein integrales Planungsmodell mit ausgeprägter kommunaler und regionaler Optik zu ersetzen. Damit können künftig auch der dem stationären vorgelagerten Bereich sowie unterschiedliche kommunale und regionale Strategien berücksichtigt werden.

Der verzögerte Heimeintritt ist aus volkswirtschaftlichen und gesellschaftlichen Aspekten geboten. Die Erfahrung zeigt, dass die Menschen so lange wie möglich in ihrer angestammten Umgebung bleiben wollen. In der Konsequenz fällt die in der Vergangenheit prognostizierte Entwicklung, die auf einen rein stationär orientierten Berechnungsmodus aus dem Altersleitbild 1996 zurückgeht, tendenziell zu hoch aus. Mit dem neu integralen Planungsmodell 2017 werden es die Gemeinden in der Hand haben, den Grundsatz «ambulant vor stationär» auf einer validen Basis umzusetzen. Zudem zeigen die Berechnungen, die auf einem national etablierten Modell beruhen, dass die bisherigen maximalen Richtwerte für das stationäre Angebot gesenkt werden können.

### **Qualitative Anforderungen**

In Zusammenhang mit dem II. Nachtrag zum PFG (nGS 2014-028) wurde auch das Sozialhilfegesetz (sGS 381.1; abgekürzt SHG) bezüglich Qualitätsanforderungen an die Pflegeheime angepasst. Nach der neuen Bestimmung in Art. 30a SHG haben die stationären Einrichtungen für Betagte qualitative Mindestanforderungen an Pflege und Betreuung zu erfüllen. Seit dem 1. Januar 2016 gelten für private und öffentliche Pflegeheime im Kanton St.Gallen die gleichen Qualitätsanforderungen. Mit den neuen Vorgaben wurden verschiedene bisher geltende Richtlinien abgelöst. Die Regierung hat eine Verordnung erlassen, sodass die Mindestanforderungen allgemein gültig und damit unabhängig von der Trägerschaftsform durchsetzbar sind. Es handelt sich im Sinn des SHG um Mindestanforderungen, die je nach Konzept Erweiterungen durch die verantwortlichen Träger erfahren können. Die Mindestanforderungen führen allein zu keiner generellen Kostensteigerung. Im Bereich Infrastruktur besteht Besitzstandswahrung. Kostensteigerungen, beispielsweise aufgrund eines höheren Personalbedarfs, gehen einerseits darauf zurück, dass in einigen Heimen bekanntermassen Nachholbedarf besteht. Andererseits nehmen die Anforderungen an das Personal aufgrund der Pflegebedürftigkeit und der Pflegekomplexität bei den Bewohnenden zu. Diese Entwicklung ist in beinahe allen Einrichtungen festzustellen. Höherer Personalbedarf entsteht demgemäss aufgrund der demografischen Entwicklung und des veränderten Eintrittsverhaltens, also exogen, und wird nicht durch die neue Verordnung provoziert. Der Bedarf an Pflegefachpersonal wird weiterhin deutlich steigen, weshalb das zuständige Departement des Innern derzeit eine Ausbildungsverpflichtung für Betagten- und Pflegeheime und entsprechende Modelle zur Umsetzung prüft.

### **2.3.2 Tages- und Nachtstrukturen (TuNS)**

TuNS stellen ein wichtiges Glied in der Kette der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen dar und leisten einen wesentlichen Beitrag zur Entlastung der betreuenden und pflegenden Angehörigen. Das Resultat ist, dass die Betroffenen länger in ihrem angestammten Umfeld verbleiben können bzw. ein Heimeintritt verzögert werden kann. Davon profitieren in erster Linie die Betroffenen und deren Angehörige, aber auch die öffentliche Hand sowie die Krankenversicherungen. Denn die Pflege und Betreuung von leicht bis mittel Pflegebedürftigen zu Hause verursacht für diese drei Kostenträger in vielen Fällen einen deutlich kleineren Aufwand als die Pflege und Betreuung in einer stationären Einrichtung.

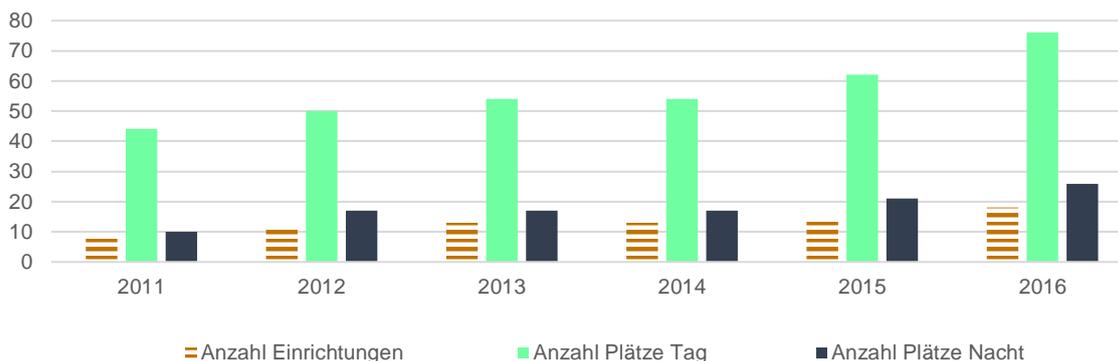


Abbildung 3: Anzahl zugelassene Einrichtungen und Anzahl Tages- und Nachtplätze; Stand: 12.10.2016.

Im Herbst 2016 waren im Kanton St.Gallen 18 Einrichtungen mit 76 Tages- und 26 Nachtplätzen zugelassen. Die TuNS sind mehrheitlich an ein Betagten- und Pflegeheim angeschlossen oder darin integriert. Ein Angebot wird von einer Spitex-Organisation geführt. Lediglich eine Trägerschaft bietet ausschliesslich Tagesplätze an.

### Qualitative Anforderungen

Alle TuNS, die über eine Zulassung des Departementes des Innern verfügen, können Pflegeleistungen zulasten der obligatorischen Krankenversicherung und der Restfinanzierung der Pflegekosten durch die öffentliche Hand abrechnen. Die Zulassung gilt auch als Anerkennung für die Ausrichtung von EL. Für die Zulassung gelten derzeit 14 Mindestkriterien, die sich insbesondere auf die Bereiche Personal, Infrastruktur sowie Pflegebedarfserfassung und Pflegedokumentation beziehen.

### Bedarf

Die bestehenden Angebote decken den Bedarf mutmasslich noch nicht vollständig ab. Dies wurde bei der Erarbeitung der Demenzstrategie erkannt (vgl. Bericht 40.15.06 der Regierung vom 27. Oktober 2017 «Demenz im Kanton St.Gallen») und nebst anderen folgende Massnahme als prioritär definiert: «Das Angebot an Tages- und Nachtstrukturen wird ausgebaut. Als erster Schritt wird das heute bestehende Angebot erhoben und der Bedarf an solchen Angeboten eruiert.» Die Umsetzung dieser Massnahme ist noch nicht abgeschlossen.

### Leistungs- und Kostenausweis

Seit der Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung leistet die obligatorische Krankenversicherung nach Art. 7a Abs. 4 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (SR 832.112.31; abgekürzt KLV) Beiträge an die Pflegekosten in zugelassenen TuNS. Für die Vergütung der Pflegeleistungen gelten die gleichen Regelungsmechanismen und die gleichen Ansätze je Pflegestufe wie bei Betagten- und Pflegeheimen. Bei Bedarf werden zudem bis zu 150 Franken je Tag bzw. Nacht in einer zugelassenen TuNS für Betagte durch die EL angerechnet. Damit ist die Finanzierung eines Aufenthalts unabhängig von der finanziellen Situation abgedeckt.

Bisher wird vom Verband Curaviva keine auf die speziellen Bedürfnisse der TuNS ausgerichtete Kostenrechnung angeboten, weshalb keine verlässlichen Kostenausweise zu den TuNS vorliegen. Aktuell werden nun Möglichkeiten geprüft, wie der Kosten- und Leistungsausweis für TuNS-Angebote vereinheitlicht, nachvollziehbarer und vergleichbar gemacht werden kann. Dazu wird es jedoch nötig sein, zu den Kostenaufteilungen zwischen stationären Angeboten und TuNS einheitliche Vorgaben zu machen.

### 2.3.3 Ambulante Pflege und Betreuung (Spitex)

Im Kanton St.Gallen sind in der ambulanten Pflege folgende Leistungserbringende tätig:

- öffentliche, gemeinnützige Spitex-Organisationen mit Versorgungsauftrag;
- Non-Profit-Organisationen, wie beispielsweise Kinderspitex, palliativer Brückendienst oder Pro Senectute;
- private Spitex-Organisationen;
- freiberuflich tätige Pflegefachpersonen.

Nach Art. 12 PFG sind die Gemeinden für die Sicherstellung des Angebots der ambulanten Pflege zuständig. Dafür schliessen sie mit ausgewählten Spitex-Leistungserbringenden Vereinbarungen ab, die das Angebot definieren. Ausserdem vergüten die Gemeinden sämtliche ungedeckten Kosten für die ambulante Pflege (sog. Restfinanzierung; Art. 16 PFG), unabhängig davon, ob die Leistung von einer öffentlichen Organisation, einer privaten Organisation oder einer freiberuflich tätigen Pflegefachperson erbracht wurde.

Organisationen, die eine Leistungsvereinbarung mit einer Gemeinde abgeschlossen haben, werden von dieser Gemeinde beaufsichtigt. Leistungserbringende ohne Leistungsvereinbarung benötigen für ihre Tätigkeit eine Bewilligung des Gesundheitsdepartementes. Das Gesundheitsdepartement hat folglich auch die Aufsichtspflicht über die Tätigkeit der privaten Spitex-Organisationen und der freiberuflichen Pflegefachpersonen.

Im Kanton St.Gallen sind gemäss Spitex-Statistik 2015 insgesamt 92 Spitex-Leistungserbringende tätig. Zwei Drittel (61) dieser Leistungserbringenden sind öffentliche Organisationen. Daneben erbrachten 15 private Anbieter und 16 freiberufliche Pflegefachpersonen Spitex-Leistungen. Die Zahl der öffentlichen Organisationen hat vor allem durch regionale Zusammenschlüsse abgenommen. Knapp die Hälfte der Pflegefachpersonen ist im Bereich der psychiatrischen Spitex tätig.

	2008	2009	2010*	2011	2012	2013	2014	2015
Öffentliche Spitex-Organisationen	63	61	69	67	63	62	62	61
Private Spitex-Organisationen*	–	–	8	10	10	8	11	15
Freiberufliche Pflegefachpersonen**	–	–	14	17	15	22	18	16
<b>Total: Spitex-Leistungserbringende</b>	<b>63</b>	<b>61</b>	<b>91</b>	<b>94</b>	<b>88</b>	<b>92</b>	<b>91</b>	<b>92</b>

\* Private Spitex-Organisationen und freiberufliche Pflegefachpersonen werden erst seit 2010 statistisch erfasst.

\*\* Freiberufliche Pflegefachpersonen sind erst ab einem Leistungsvolumen von 250 Stunden statistikpflichtig.

Abbildung 4: Zahl der Spitex-Leistungserbringenden für die Jahre 2008 bis 2015; Quelle: Fachstelle für Statistik, Spitex-Statistik.

Die Qualitätsanforderungen an Leistungserbringenden mit Leistungsauftrag legt die Gemeinde fest. Sie ist dafür verantwortlich, dass die beauftragte Organisation die vereinbarten Leistungen bedarfsgerecht und in der erforderlichen Qualität erbringt. Die entsprechenden Vorgaben finden sich in den Richtlinien des Spitex-Verbandes SG | AR | AI.

Die Anforderungen an die privaten Organisationen ohne Leistungsvereinbarungen hat der Kanton St.Gallen in Art. 26ff. der Verordnung über den Betrieb privater Einrichtungen der Gesundheitspflege festgelegt (sGS 325.11; abgekürzt VEG). Weitere Angaben zu den Qualitätsanforderungen sind in den kantonalen Spitex-Richtlinien vom Mai 2013 zu finden. Diese Richtlinien regeln u.a. die Punkte Haftpflicht, berufliche Qualifikation des Personals sowie die Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung. Die privaten Spitex-Dienste erstatten dem Gesundheitsdepartement jährlich Bericht über die erbrachten Dienstleistungen, die Qualifikationen und den Beschäftigungsgrad

des Personals, die Aus- und Weiterbildungsaktivitäten sowie die Massnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung (Art. 31 VEG).

Die Anforderungen für die freiberuflichen Pflegefachpersonen sind in der Verordnung über die Ausübung von Berufen in der Gesundheitspflege festgelegt (sGS 312.1; abgekürzt VGB).

Alle Anbietenden von Spitex-Leistungen im Kanton St.Gallen müssen der kantonalen Fachstelle für Statistik jährlich die Leistungsdaten für die kantonale Spitex-Statistik einreichen, die anschliessend in die Schweizerische Spitex-Statistik des Bundesamtes für Statistik (BfS) einfließen. Freiberufliche Pflegefachpersonen sind von der Statistikpflicht befreit, wenn sie je Jahr weniger als 250 Pflegestunden nach KLV Art. 7 Abs. 2 leisten.

### **3 Regelung der Pflegefinanzierung im Kanton St.Gallen**

#### **3.1 Das Wichtigste in Kürze**

In diesem Abschnitt ist erläutert, dass:

- die Pflegekosten ambulant wie stationär von drei Finanzierenden bezahlt wird (von den Krankenversicherern, den Patientinnen und Patienten bzw. den Bewohnenden sowie den Gemeinden);
- zunächst die der öffentlichen Hand erwachsenden Kosten aus der Pflegefinanzierung zwischen Kanton und Gemeinden aufgeteilt wurden, mit dem ersten Nachtrag der Anteil der Gemeinden von einem Drittel auf 60 Prozent erhöht wurde und schliesslich im Rahmen der Anpassung des innerkantonalen Finanzausgleichs die Kosten mit einem zweiten Nachtrag vollumfänglich den Gemeinden übertragen wurde;
- in der überwiegenden Mehrheit der Nachbarkantone ebenfalls (hauptsächlich) die Gemeinden für die Restfinanzierung der Pflegekosten aufkommen;
- die Bewohnenden eines Betagten- und Pflegeheims je Tag höchstens Fr. 21.60 an die Pflegekosten bezahlen müssen;
- der Kanton St.Gallen, wie einige Nachbarkantone auch, für die Pflēgetarife der Heime Höchstansätze festgelegt hat;
- die SVA den Betroffenen die Restfinanzierung stationär direkt auszahlt;
- die Gemeinden im Jahr 2015 insgesamt rund 61,7 Mio. Franken an die stationären Pflegekosten gezahlt haben;
- der Kanton St.Gallen rund 81,5 Mio. Franken über EL an die Aufenthaltskosten in einem Betagten- und Pflegeheim beigesteuert hat;
- mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung die Akut- und Übergangspflege eingeführt wurde, damit aber keine neue Leistung, sondern lediglich eine neue Tarifkategorie geschaffen wurde;
- im ambulanten Bereich die Patientenbeteiligung im Jahr 2014 von 10 auf 20 Prozent erhöht wurde.

#### **3.2 Finanzierung stationärer Aufenthalte**

Die kantonale Umsetzung im PFG und in der Verordnung über die Pflegefinanzierung (sGS 331.21; abgekürzt PFV) der bundesrechtlichen Vorgaben zur Pflegefinanzierung stützt sich im Kanton St.Gallen im Bereich der stationären Pflege und Betreuung auf nachfolgende Grundzüge:

- Die Bewohnenden übernehmen höchstens 20 Prozent des höchsten Beitrags der Krankenversicherung. Da der Beitrag der Krankenversicherer seit Einführung der Pflegefinanzierung nicht angepasst wurde, beträgt der Beitrag der Bewohnenden unverändert höchstens Fr. 21.60 je Tag.
- Die nach Abzug der Beiträge von Krankenversicherern und Bewohnenden verbleibenden Pflegekosten (Restkosten) wurden in den Jahren 2011 und 2012 zu einem Drittel durch die Gemeinden und zu zwei Dritteln durch den Kanton finanziert. Nach dem Nachtrag zum PFG (nGS 2013-004 / 22.12.11B) für das Jahr 2013 wurden diese Restkosten zu 60 Prozent durch die

Gemeinden und zu 40 Prozent durch den Kanton und nach dem II. Nachtrag zum PFG (nGS 2014-028 / 22.13.06) ab dem Jahr 2014 vollumfänglich durch die Gemeinden finanziert.

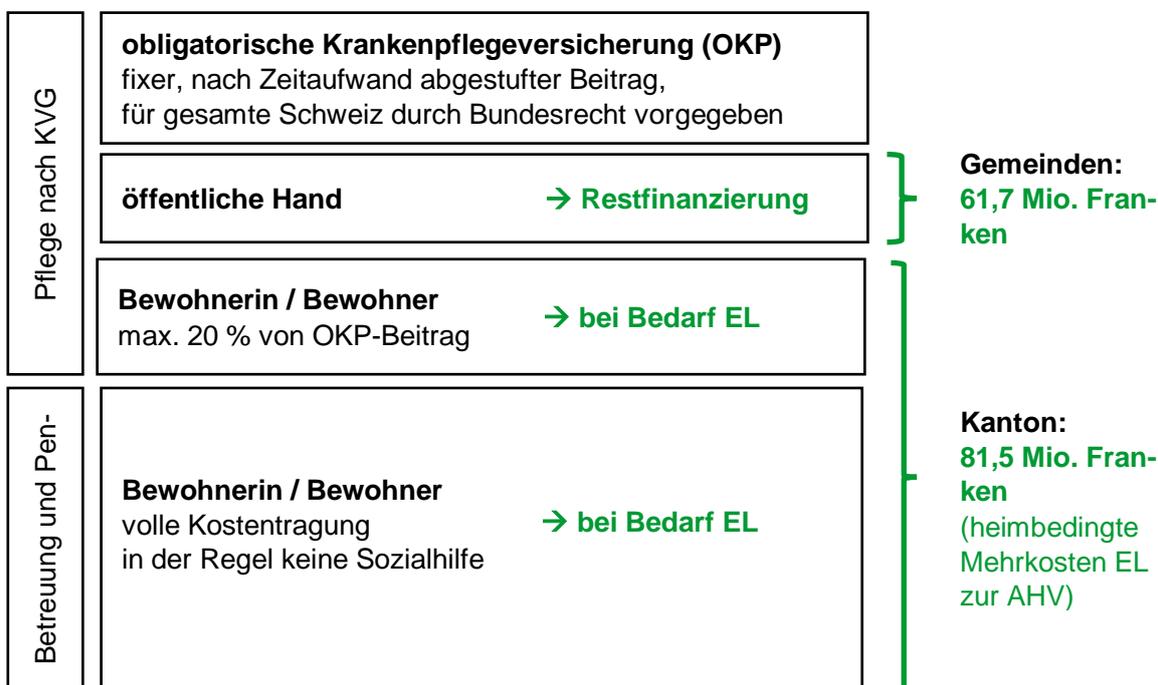


Abbildung 5: Kostenträger Heimaufenthalte von St.Gallerinnen und St.Gallern inner- und ausserkantonal; Zahlen für das Jahr 2015, gerundet.

Mit der Einführung der Pflegefinanzierung musste auf Kantonebene sichergestellt werden, dass die öffentliche Hand nur die Pflegerestfinanzierung übernimmt, die aus der wirtschaftlichen Leistungserbringung resultiert. Die Wirtschaftlichkeit ist eine ebenso wichtige Vorgabe nach Art. 32 KVG wie die Sicherstellung der Qualität. Im Kanton St.Gallen wurde, wie bei den EL oder bei Einrichtungen für Menschen mit Behinderung, bewusst ein Höchstansatzmodell gewählt. Damit wurde anders als in anderen Kantonen auf eine normative Festlegung der Pflorgetarife und damit auf eine vollständige Preisregulation verzichtet. Dies aus verschiedenen Gründen: Eine normative Festlegung der Pflorgetarife (Einheitstaxen) wäre ein sehr grosser Eingriff in die Preisgestaltung und würde im Übrigen dennoch keine günstigere Leistungserbringung garantieren. Vielmehr würden Heimen mit tiefen Kosten und höherer Wirtschaftlichkeit künstlich höhere Tarife vergütet. Deshalb entschied sich der Kanton St.Gallen, die effektiven Kosten zu beachten, sofern sich diese unter einem festgelegten Kostendach (Höchstansatz) bewegen. So ist sichergestellt, dass die Pflegerestfinanzierung tatsächlich nur zur Deckung anerkannter Pflegekosten verwendet wird. Nach Art. 6 PFG obliegt der Regierung die Kompetenz, die anerkannten Pflegekosten durch Höchstansätze zu begrenzen. Die Höchstansätze wurden in Art. 2 PFV je Pflegestufe festgelegt und blieben seit Einführung der Pflegefinanzierung unverändert. Im vorliegenden Wirkungsbericht ist nun insbesondere zu klären, inwiefern sich das Höchstansatzmodell bewährt hat und die Ansätze noch nachvollziehbar und im Sinn des KVG sind.

### Organisatorische Umsetzung stationäre Pflegefinanzierung

Das St.Galler Modell zur Umsetzung der Pflegefinanzierung wurde im Auftrag der Regierung unter Federführung des Departementes des Innern mit Beteiligung der Gemeinden, des Finanzdepartementes, des Gesundheitsdepartementes, des Verbandes der Betagten- und Pflegeheime Curaviva St.Gallen und der SVA sowie unter punktuellm Beizug des Spitex Verbandes Kanton St.Gallen im Rahmen des II. Nachtrags zum PFG (nGS 2014-028 / 22.13.06) überprüft. Dabei hat sich bestätigt, dass sich das gewählte Umsetzungsmodell grundsätzlich bewährt. So wurden le-



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

Die Beiträge aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) wurden vom Bund für die ganze Schweiz einheitlich in Art. 7a der Krankenpflege-Leistungsverordnung festgelegt (SR 832.112.31; abgekürzt KLV). Sie sind abgestuft nach Art der Leistung.

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

Die Vergütung erfolgt in Zeiteinheiten von fünf Minuten. Zu vergüten sind wenigstens zehn Minuten nach Art. 7a Abs. 1 und 2 KLV.

Abbildung 7: Finanzierende der ambulanten Pflegeleistungen.

Auch die Patientinnen und Patienten beteiligen sich an den Pflegekosten. Neben Franchise und Selbstbehalt wird ihnen eine Patientenbeteiligung verrechnet. Ausgenommen davon sind Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Sie müssen keine Patientenbeteiligung bezahlen nach Art. 15 Abs. 3 PFG. Der Kantonsrat hat den Prozentsatz für die Patientenbeteiligung mit Erlass des PFG 2011 auf 10 Prozent des von der OKP vergüteten Betrags bzw. auf höchstens Fr. 8.00 je Tag festgelegt. Mit dem II. Nachtrag zum PFG (nGS 2014-028) wurde die Patientenbeteiligung im Bereich der ambulanten Pflege per Januar 2014 verdoppelt und auf das bundesrechtlich zulässige Maximum von 20 Prozent bzw. höchstens Fr. 15.95 je Tag angehoben. Diese Massnahme wurde den Gemeinden als Ausgleich zur namhaften Mehrbelastung durch die stationäre Pflege zugestanden und zielte darauf ab, Gemeinden bei der Restfinanzierung der Pflegekosten zu entlasten.

Sofern die Pflegekosten nicht durch die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und den Beitrag der pflegebedürftigen Person gedeckt sind, sieht Art. 25a Abs. 5 KVG eine Restfinanzierung vor, welche die Kantone zu regeln haben. Im Kanton St.Gallen wird die Restfinanzierung der ambulanten Pflege zu 100 Prozent von den Gemeinden getragen. In der Verordnung über die Pflegefinanzierung (sGS 331.21) hat die Regierung für die drei Arten von Pflegeleistungen je einen kantonalen Höchstansatz festgelegt (vgl. Abschnitt 5.2.2). Aus den Höchstansätzen ergibt sich nach Abzug von Versichereranteil und Patientenbeteiligung die Restfinanzierung der Gemeinde.

### 3.4 Akut- und Übergangspflege (stationär und ambulant)

Mit Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurden die Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach Art. 25a Abs. 2 KVG eingeführt. Die AÜP ist keine neue Leistung, sondern lediglich eine neue Tarifkategorie für Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 und 3 KLV. Deshalb wurde auf die Festlegung von Zulassungsbedingungen verzichtet.

Die Leistungen der AÜP können nach Art. 7 Abs. 3 KLV von Betagten- und Pflegeheimen, von Spitex-Organisationen und von Pflegefachfrauen und -männern erbracht werden. Spitäler (darunter fallen auch Rehabilitationskliniken) sind nach KLV keine zugelassenen Leistungserbringende für AÜP.

Die AÜP schliesst zwingend an einen Spitalaufenthalt an. Sie wird bei medizinischer Notwendigkeit durch eine Spitalärztin oder einen Spitalarzt verschrieben und ist auf 14 Tage befristet (ohne Verlängerungsmöglichkeit). Besteht anschliessend weiterhin ein Pflegebedarf, wird dieser über das angestammte Finanzierungssystem der stationären oder ambulanten Pflege abgerechnet.

Ziel der AÜP ist die Rückkehr der versicherten Person zu jenem Zustand in Bezug auf den Pflegebedarf, in dem sie sich vor dem Spitaleintritt befand.

Anders als bei der regulären Krankenpflege im Langzeitbereich werden die Pflegeleistungen der AÜP nach Art. 18 PFG zu 55 Prozent durch die zuständige politische Gemeinde und zu 45 Prozent durch die Krankenversicherung finanziert. Die Versicherten müssen sich, abgesehen von den Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Franchise und Selbstbehalt), nicht an den Pflegekosten der AÜP beteiligen. Die nichtpflegerischen Leistungen wie Pension und Betreuung sind hingegen von den Versicherten zu tragen.

Art. 25a Abs. 2 KVG sieht vor, dass Versicherer und Leistungserbringende Pauschalen zur Abgeltung der Leistungen der AÜP vereinbaren. Für die ambulante AÜP liegen seit 13. September 2011 durch die Regierung genehmigte Tarifverträge vor. Die Tarifverträge für die stationäre AÜP wurden von der Regierung am 21. August 2012 genehmigt.

## **4 Stationäre Pflege und Betreuung**

### **4.1 Leistungs- und Kostenentwicklung**

#### **4.1.1 Das Wichtigste in Kürze**

In diesem Abschnitt ist erläutert, dass:

- die Kosten seit dem Jahr 2010 gestiegen sind, das jährliche Kostenwachstum aber von 3,5 Prozent im Jahr 2011 deutlich auf 1,4 Prozent im Jahr 2015 abgenommen hat;
- im gleichen Zeitraum auch die Erlöse gestiegen sind;
- die von den Einrichtungen in den Kostenrechnungen ausgewiesenen Kosten, sowohl bei vielen privaten als auch bei vielen öffentlichen Betagten- und Pflegeheimen, aktuell durch die erwirtschafteten Erlöse nicht vollumfänglich gedeckt werden;
- Betagten- und Pflegeheime, die gemäss Kostenrechnung höhere Kosten als Erlöse ausweisen, in ihrer Finanzbuchhaltung nicht zwingend einen Verlust ausweisen, weil in den Kostenrechnungen oft sogenannte kalkulatorische Kosten eingerechnet werden, die nicht aufgrund einer Rechnung effektiv bezahlt werden mussten;
- der Stadt-Land-Unterschied keinen Einfluss auf den Deckungsgrad hat, die Wahl des Pflegebedarfserfassungssystems (BESA oder RAI/RUG) hingegen schon;
- viele Heime, die ihre Pflegekosten nicht zu 100 Prozent decken können, den Spielraum bei den Pfl egetaxen, den die kantonalen Höchstansätze zulassen, nicht ausschöpfen;
- die Gesamtkosten im Vergleich zur Leistungsentwicklung leicht überproportional zugenommen haben, die Kosten im Kanton St.Gallen aber immer noch deutlich tiefer sind als im Schweizer Durchschnitt;
- sowohl ein hoher durchschnittlicher Schweregrad (Pflegebedarf der Heimbewohnenden) als auch eine hohe Auslastung einer Einrichtung tiefere Pflegekosten bewirken, die Grösse einer Einrichtung (Anzahl Plätze) auf die Pflegekosten hingegen keinen Einfluss hat.

#### **4.1.2 Entwicklung Gesamtkosten und -erlöse der St.Galler Heime**

Die Entwicklung von Kosten und Leistungen seit der Einführung der Pflegefinanzierung im Jahr 2011 kann nur in wenigen Teilaspekten mit den Jahren vor der Neuregelung verglichen werden. Zu den meisten Auswertungen fehlen für den Zeitraum vor der Einführung der Pflegefinanzierung schlüssige Zahlen (insbesondere Finanzzahlen). Zu den Jahren vor 2011 stehen zwar kantonale Daten zu Bezügerinnen und Bezüger mit EL zur Verfügung, die jedoch nicht nach Standortkanton getrennt sind (mitfinanziert werden auch Aufenthalte von St.Gallerinnen und St.Gallern in Einrichtungen anderer Kantone). Zudem beteiligten sich die Gemeinden bis zur Einführung der Pflegefinanzierung ausschliesslich an Bereitstellungskosten und nicht an den direkten Aufenthaltskosten in stationären Einrichtungen.

Der Auswertung der Gesamtkosten der Einrichtungen bzw. der darin enthaltenen Kostenblöcke (Pflegekosten, Betreuungskosten und Pensionskosten) sowie der Auswertung der entsprechenden Erlöse kommt eine grosse Bedeutung zu, da unterschiedliche Entwicklungen innerhalb der Kostenblöcke auf allfällige unzulässige Umlagerungen von Pflegekosten hinweisen können. Hier manifestiert sich auch die Problematik der Unterscheidung von Pflege- und Betreuungskosten (vgl. Abschnitt 4.2.4). Pflege- und Betreuungsleistungen gehen in der Praxis häufig Hand in Hand und werden oft von den gleichen Mitarbeitenden durchgeführt. Eine korrekte personenbezogene Aufteilung von Pflege- und Betreuungsleistungen je nach Heimbewohnerin bzw. Heimbewohner ist nicht möglich. Da die Krankenversicherungen und die öffentliche Hand nach Pflegefinanzierung jedoch lediglich Pflegekosten mitfinanzieren, wird eine Unterscheidung von Pflege- und Betreuungskosten heute trotzdem vorausgesetzt. Diese basiert jedoch meist auf Schätzungen der Einrichtungen und nur in wenigen Einrichtungen auf periodischen Arbeitszeitanalysen. Die Kernproblematik dieser Kostenunterscheidung wird auf Bundesebene zu behandeln sein.

	<b>Kosten</b>	+ / -	<b>Erlöse</b>	+ / -	Deckungsgrad <sup>1)</sup>	Jahreststeuerung <sup>2)</sup>
<b>2010</b>	439'349'385		424'111'052		96,5 %	
<b>2011</b>	456'026'600	3,8 %	452'048'638	6,6 %	99,1 %	0,2 %
<b>2012</b>	472'828'232	3,7 %	464'239'176	2,7 %	98,2 %	-0,7 %
<b>2013</b>	485'447'830	2,7 %	473'396'998	2,0 %	97,5 %	-0,2 %
<b>2014</b>	494'216'013	1,8 %	482'108'050	1,8 %	97,6 %	0,0 %
<b>2015</b>	501'042'745	1,4 %	485'692'466	0,7 %	96,9 %	-1,1 %

<sup>1)</sup> Im Deckungsgrad sind die in der Kostenrechnung ausgewiesenen Kosten und Erlöse für Pflege, Betreuung und Pension berücksichtigt. Nicht enthalten sind Kosten und Erlöse für MiGel (Hilfsmittel und Gegenstände) und Nebenbetriebe (z.B. Cafeteria).

<sup>2)</sup> Gemäss Bundesamt für Statistik: Landesindex der Konsumentenpreise (LIK), Jahresdurchschnittswerte. Die Gesundheitskosten sind jedoch im LIK nicht eingeschlossen, was seine Aussagekraft in Bezug auf die Entwicklung der Pflegefinanzierungskosten schmälert.

Abbildung 8: Kosten und Erlöse in Franken, Zu- bzw. Abnahme der Kosten und Erlöse im Vergleich zum Vorjahr sowie Deckungsgrad und Jahreststeuerung in Prozenten für die Jahre 2010 bis 2015.

Die Entwicklung der Gesamtkosten und der Gesamterlöse der St.Galler Einrichtungen sowie die Abstimmungen zwischen den Leistungsbereichen Pflege, Betreuung und Pension zeigen, dass mit der Einführung der Pflegefinanzierung und dem damit verbundenen staatlichen Kosten- und Leistungscontrolling in den Betagten- und Pflegeheimen die Kostenrechnung vermehrt auch als Führungsinstrument wahrgenommen wird. Die Preisgestaltung bzw. die vermehrte Festlegung von Taxen auf Basis der tatsächlichen Kosten führte unmittelbar nach Einführung der Pflegefinanzierung zu einer Erhöhung der Erlöse und damit zu einer wesentlichen Steigerung des Deckungsgrades, während die abnehmenden Zuwachsraten in den Folgejahren auf eine positive Steigerung des Kostenbewusstseins hindeuten.

Während die Kosten für Pflege, Betreuung und Pension in allen St.Galler Einrichtungen in den Jahren von 2010 (vor der Pflegefinanzierung) bis 2015 um rund 14 Prozent gestiegen sind, erhöhten sich im gleichen Zeitraum auch die ausgewiesenen erwirtschafteten Erlöse um rund 14,5 Prozent. Im gleichen Zeitraum hat ein Ausbau der Bettenkapazitäten um rund 2,9 Prozent stattgefunden. Dies entspricht innerhalb der sechs Jahre (2010 bis 2015) einer leistungs- bzw. angebotsbereinigten Kostenzunahme von rund 11,6 Prozent oder jährlich rund 1,9 Prozent.

Insgesamt verringerte sich die jährlich ausgewiesene Kostensteigerung von 3,8 Prozent im Jahr 2011 auf 1,4 Prozent im Jahr 2015. Im gleichen Zeitraum wurde auch ein Rückgang der jährlichen Erlössteigerung von 6,6 Prozent im Jahr 2011 auf 0,7 Prozent im Jahr 2015 ausgewiesen.

Die Begrenzung der Pflegekosten durch kantonale Höchstansätze hat sicherlich zur Reduktion der jährlichen Kostensteigerungen beigetragen. Da die Pflegekosten lediglich rund 40 Prozent der von den Einrichtungen ausgewiesenen Gesamtkosten für Pflege, Betreuung und Pension ausmachen, lässt sich jedoch die rückläufige Kostenzunahme der Gesamtkosten der letzten Jahre nicht allein auf die Einführung von Höchstansätzen zurückführen (vgl. Abschnitt 4.1.3, detaillierte Auswertungen der Pflegekosten). Ein Vergleich mit dem Landesindex für Konsumentenpreise (LIK) ist nur mit Vorbehalten möglich, da die Gesundheitskosten im Warenkorb des LIK nicht enthalten sind.

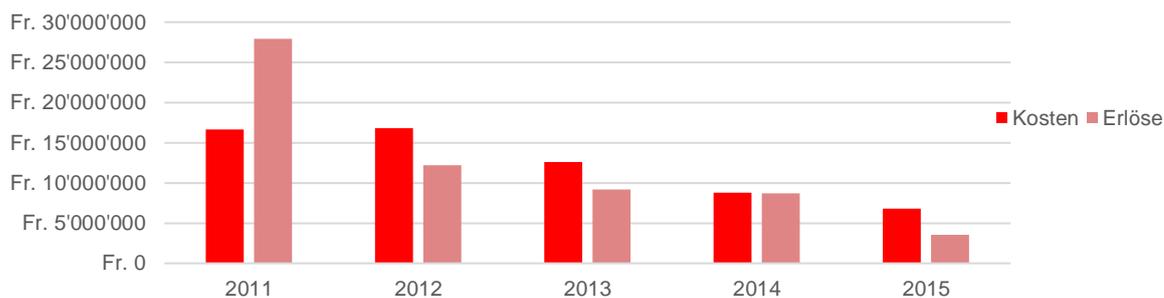


Abbildung 9: Jährliche Zunahme der Kosten und Erlöse in Franken für die Jahre 2011 bis 2015.

Der Anteil der Personalkosten an den Kosten für Pflege, Betreuung und Pension schwankte in den Jahren 2011 und 2015 nur geringfügig zwischen 74,7 und 76,1 Prozent. Der Anteil Pflegepersonal (Pflege und Betreuung) am Gesamtpersonal stieg im selben Zeitraum ebenfalls nur geringfügig von 61,3 auf 63,5 Prozent.

Eine im Jahr 2016 von Avenir Suisse durchgeführte Studie<sup>3</sup> zeigt auf, dass der Kanton St.Gallen trotz gestiegenen Kosten immer noch mehr als 10 Prozent tiefere Kosten ausweist als der Schweizer Durchschnitt.

#### Deckungsgrad<sup>4</sup>

Mit der Ermittlung von Deckungsgrad-Kennzahlen kann die Wirtschaftlichkeit einer Einrichtung sowohl bezogen auf das Gesamtergebnis aller angebotenen Leistungen als auch detailliert nach einzelnen Leistungsbereichen illustriert werden. Der Deckungsgrad eignet sich zudem gut für Betriebsvergleiche und liefert in der Pflegefinanzierung wichtige Hinweise, ob die kantonalen Höchstansätze für eine volle Kostendeckung der Pflegekosten ausreichend sind. Die nachfolgenden Ausführungen stützen sich auf Berechnungen, die auf den in den Kostenrechnungen ausgewiesenen Kosten basieren, d.h. auch kalkulatorische Kosten<sup>5</sup> für Abschreibungen und Kapitalzinsen sind darin berücksichtigt. Nachfolgend (vgl. Seite 19 dieses Berichtes) wird darauf eingegangen, wie die Deckungsgrade aussehen, wenn keine kalkulatorischen Kosten sondern nur effektiv bezahlte Kosten gemäss Finanzbuchhaltung berücksichtigt werden.

<sup>3</sup> J. Cosandey / K. Kienast, Neue Massstäbe für die Alterspflege, Kantonsmonitoring 7: Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe, 14. Juni 2016, abrufbar unter <http://www.avenir-suisse.ch/publikationen/>.

<sup>4</sup> Der Deckungsgrad sagt aus, zu wieviel Prozent ein Betrieb mit den erwirtschafteten Erlösen die entsprechenden Kosten decken kann. Volle Kostendeckung wird ab einem Deckungsgrad von 100 Prozent erreicht. Werden die Kosten durch die entsprechenden Erlöse nicht vollständig gedeckt (Deckungsgrad < 100 Prozent), spricht man von einer Unterdeckung.

<sup>5</sup> Kalkulatorische Kosten sind nicht oder nicht im vollen Umfang in der Finanzbuchhaltung enthalten und basieren damit nicht auf tatsächlich gemäss Finanzbuchhaltung bezahlte Kosten. Kalkulatorische Kosten sollen in der Pflegefinanzierung dazu beitragen, zwischen den Einrichtungen vergleichbare Kosten aufzuzeigen, auch wenn einzelne Kosten aus betrieblichen Gründen nicht effektiv bezahlt werden müssen (z.B. kalkulatorische Mieten für Räumlichkeiten, die der Einrichtung kostenlos oder sehr vergünstigt zur Verfügung gestellt werden).

Bereits vor Einführung der Pflegefinanzierung wurde in den Kostenrechnungen der St.Galler Einrichtungen eine durchschnittliche Unterdeckung sowohl der Pflege- und Betreuungskosten als auch der Gesamtkosten ausgewiesen (Deckungsgrad Gesamtkosten 96,5 Prozent, Unterdeckung 3,5 Prozent). Diese Unterdeckung wurde mit Start der Pflegefinanzierung verringert (Deckungsgrad 99,1 Prozent, Unterdeckung 0,9 Prozent) und ist im Lauf der letzten fünf Jahre wieder kontinuierlich auf eine Unterdeckung von 3,1 Prozent angewachsen.

### Deckungsgrad Gesamtkosten nach Regionen

Die Deckungsgrade haben sich regional unterschiedlich entwickelt. Die Einrichtungen der Region St.Gallen verzeichneten während der ersten Jahre der Pflegefinanzierung den höchsten Deckungsgrad, während die Regionen Werdenberg und Sarganserland stets den tiefsten Deckungsgrad auswiesen. Unterschiede im Deckungsgrad können damit weder bezüglich Personalkosten (Lohnniveau) noch bezüglich Anlagekosten auf unterschiedliche Kostenniveaus zwischen ländlichen und städtischen Regionen zurückgeführt werden.

In der Region Sarganserland (zehn Einrichtungen) stellte eine Einrichtung mit tiefem Deckungsgrad den Betrieb per Ende 2013 ein, wodurch der durchschnittliche Deckungsgrad der verbliebenen neun Einrichtungen ab dem Jahr 2014 erheblich anstieg. In der Region Werdenberg (sieben Einrichtungen) wiesen zwei Einrichtungen im Jahr 2015 einen sehr tiefen Deckungsgrad aus, was sich erheblich auf den durchschnittlichen Wert dieser Region auswirkte.

Regionen	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Rheintal</i>	92,7 %	99,3 %	97,7 %	96,8 %	99,1 %	97,3 %
<i>Rorschach</i>	97,4 %	102,5 %	98,2 %	98,8 %	98,0 %	96,6 %
<i>Sarganserland</i>	94,0 %	94,2 %	93,5 %	89,7 %	93,6 %	95,2 %
<i>See-Gaster</i>	98,7 %	98,4 %	96,0 %	97,0 %	97,2 %	98,4 %
<i>St.Gallen</i>	100,4 %	102,5 %	101,7 %	100,1 %	99,7 %	97,8 %
<i>Toggenburg</i>	98,4 %	97,8 %	100,2 %	97,4 %	97,2 %	100,5 %
<i>Werdenberg</i>	94,5 %	94,8 %	93,2 %	95,8 %	94,3 %	90,3 %
<i>Wil</i>	89,5 %	96,4 %	96,3 %	97,4 %	96,0 %	95,0 %

Abbildung 10: Durchschnittlicher Deckungsgrad je Region für die Jahre 2010 bis 2015.

Da die Einrichtungen gestützt auf Art. 9 PFV ihre Kosten und Erträge hauptsächlich aufgrund der eingereichten Kostenrechnung ausweisen müssen und weder Erfolgsrechnungen noch Bilanzen durch die privaten Einrichtungen einzureichen sind, fehlen gesicherte Angaben zum betrieblichen Umgang mit den ausgewiesenen Unterdeckungen (Defizite gemäss Vollkosten).

### Deckungsgrad Gesamtkosten ohne kalkulatorische Kosten

In den vorgängig ausgewiesenen Deckungsgraden sind kalkulatorische Kosten enthalten. Eine ausgewiesene Unterdeckung gemäss Kostenrechnung lässt nicht unmittelbar auf entsprechende effektive Verluste in der Jahresrechnung der Einrichtungen schliessen, da die kalkulatorischen Kosten nicht auf effektiv bezahlten Rechnungen basieren. Werden die in der Kostenrechnung kalkulatorisch dazugerechneten Kosten vor der Ermittlung des Deckungsgrads wieder in Abzug gebracht, zeigt sich denn auch ein höherer durchschnittlicher Deckungsgrad, der dem tatsächlichen Erfolg gemäss Finanzbuchhaltung entspricht.

	<b>Kosten</b>	<b>+ / -</b>	<b>Erlöse</b>	<b>+ / -</b>	<b>Deckungsgrad</b>	<b>Jahresteuering</b>
<b>2011</b>	436'618'579	3,8 %	452'048'638	6,6 %	103,5 %	0,2 %
<b>2012</b>	451'117'190	3,3 %	464'239'176	2,7 %	102,9 %	-0,7 %
<b>2013</b>	459'987'701	2,0 %	473'396'998	2,0 %	102,9 %	-0,2 %
<b>2014</b>	468'804'903	1,9 %	482'108'050	1,8 %	102,8 %	0,0 %
<b>2015</b>	476'077'464	1,6 %	485'692'466	0,7 %	102,0 %	-1,1 %

Abbildung 11: Kosten (ohne kalkulatorische Kosten) und Erlöse in Franken, Zu- bzw. Abnahme der Kosten und Erlöse im Vergleich zum Vorjahr sowie Deckungsgrad und Jahresteuering in Prozenten für die Jahre 2010 bis 2015.

Trotz einiger Ungenauigkeiten zeigt dieser Vergleich der Gesamtkosten ohne kalkulatorische Kosten auf, dass die Einrichtungen auf der Basis der Finanzbuchhaltungszahlen durchschnittlich einen Deckungsgrad von über 100 Prozent erzielten.

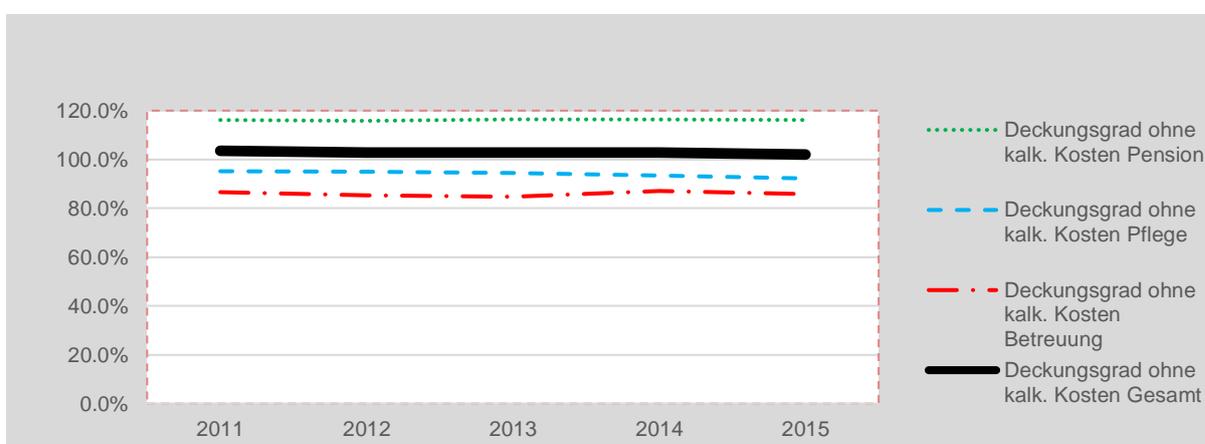


Abbildung 12: Deckungsgrade Pflege, Betreuung und Pension; ohne kalkulatorischen Kosten (Abschreibungen und Zinsen).

Detaillierte Vergleiche der Deckungsgrade mit und ohne kalkulatorische Abgrenzungen zeigen, dass der durchschnittliche Deckungsgrad seit Einführung der Pflegefinanzierung bei privaten Einrichtungen um rund 4 Prozent und bei privaten Einrichtungen mit Leistungsvereinbarung um rund 1,5 Prozent gesunken ist, während sich der Deckungsgrad bei öffentlichen Einrichtungen während der Berichtsjahre nur wenig verändert hat.

Die Berücksichtigung kalkulatorischer Kosten ist primär aus Vergleichsgründen und nicht bezüglich Gewinnen relevant. Sie sollen in der Pflegefinanzierung dazu beitragen, zwischen den Einrichtungen vergleichbare Kosten aufzuzeigen, auch wenn einzelne Kosten aus betrieblichen Gründen nicht effektiv bezahlt werden müssen (z.B. kalkulatorische Mieten für Räumlichkeiten, die der Einrichtung kostenlos oder sehr vergünstigt zur Verfügung gestellt werden).

#### 4.1.3 Entwicklung Pflegekosten und -erlöse

Mit der Einführung der Pflegefinanzierung wurden die Betagten- und Pflegeheime u.a. dazu verpflichtet, den Bewohnenden die Leistungen für Pflege, Betreuung und Pension gesondert zu erfassen und zu fakturieren. Die vielerorts übliche Abrechnung einer Pensionstaxe, die Pensions- und Betreuungsleistungen enthielt, sowie einer Pflorgetaxe, die in der Regel den Beiträgen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entsprach, war ab 1. Januar 2011 nicht mehr möglich.

Neben der Anpassung der Fakturierung stellte auch die Ermittlung und Verrechnung der Vollkosten die Leistungserbringende vor grosse organisatorische und kommunikative Herausforderungen. Das Führen einer Kostenrechnung war zwar bereits vor der Einführung der Pflegefinanzierung obligatorisch, wurde jedoch von vielen Einrichtungen gar nicht oder nur lückenhaft für die Preisgestaltung eines stationären Aufenthalts genutzt. Dies wird in der nachfolgenden Grafik offensichtlich,

in der im Jahr 2010 für den Kostenträger Pflege eine deutlich grössere Unterdeckung als nach der Einführung ausgewiesen wird.

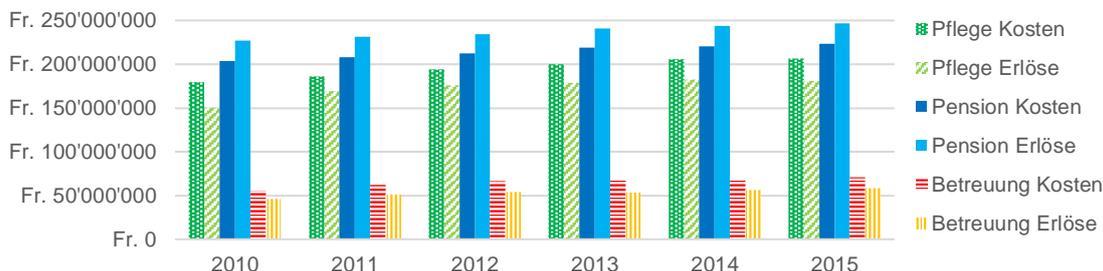


Abbildung 13: Kosten und Erlöse für Pflege, Betreuung und Pension in Franken für die Jahre 2010 bis 2015.

Während die Kostenträger Pflege und Betreuung über die gesamte Berichtsperiode eine Unterdeckung ausweisen, weist der Kostenträger Pension durchgehend eine Überdeckung aus.

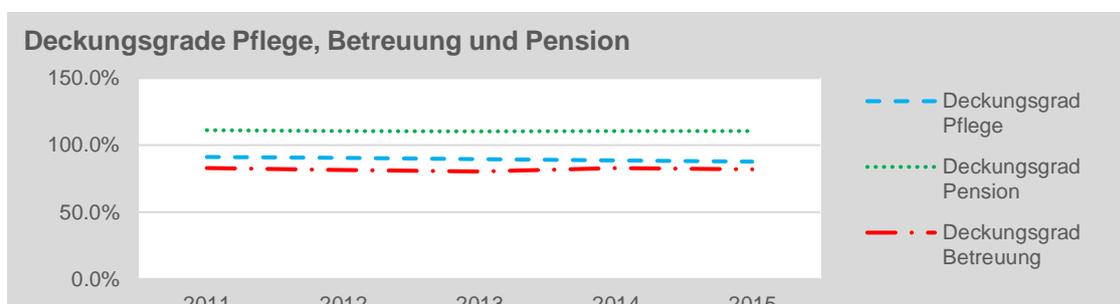


Abbildung 14: Deckungsgrade Pflege, Betreuung und Pension in Prozent für die Jahre 2011 bis 2015

Der Deckungsgrad für Pflegekosten betrug im Jahr 2010 vor der Einführung der Pflegefinanzierung 83,8 Prozent. Im ersten Jahr der Pflegefinanzierung (2011) betrug er 91,1 Prozent und sank bis zum Jahr 2015 kontinuierlich wieder auf 87,6 Prozent. Die Unterdeckungen in Pflege und Betreuung werden trotz hohem Deckungsgrad im Bereich Pension nicht vollumfänglich ausgeglichen. Der erwirtschaftete Deckungsgrad hängt massgeblich davon ab, ob Einrichtungen ihre Taxen tatsächlich auf der Basis der ausgewiesenen Kosten festlegen. Im Leistungsbereich Pflege zeigt sich, dass im Jahr 2015 von den 65 Einrichtungen, die Heimtaxen unterhalb der Höchstansätze verrechnen, lediglich 17 Einrichtungen die ausgewiesenen Kosten mit diesen Taxen auch decken konnten. Die übrigen 48 Einrichtungen hätten ihre Taxen zur besseren Kostendeckung innerhalb der Höchstansätze erhöhen können. Eine Aufrechnung dieser theoretisch möglichen Mehreinnahmen hätte im Jahr 2015 einen um 3,2 Prozent verbesserten durchschnittlichen Kostendeckungsgrad Pflege von 90,8 Prozent bewirkt.

### Deckungsgrad nach Trägerschaftsform

Ein interessantes Bild zeigt die Entwicklung des Deckungsgrades Pflege (einschliesslich kalkulatorische Kosten) nach den drei unterschiedlichen Trägerschaftsformen. Der im Jahr 2011 beinahe vollumfängliche Deckungsgrad in privaten Einrichtungen hat sich innerhalb der darauffolgenden fünf Jahre erheblich verringert. Im Jahr 2015 wird von den Einrichtungen aller Trägerschaftsformen ein fast einheitlicher Deckungsgrad zwischen 86,9 und 88,0 Prozent ausgewiesen (Mittelwert 87,6 Prozent). Der in öffentlichen und privaten Einrichtungen mit Leistungsvereinbarungen zu Beginn der Pflegefinanzierung tiefe Deckungsgrad lässt vermuten, dass in diesen Einrichtungen die Pflgetaxen mit weniger Bezug auf die tatsächlich ausgewiesenen Kosten, sondern vielmehr in – wohl nach politischer Sicht - verantwortbarer Höhe festgelegt wurden. Aus dieser Praxis der Taxfestlegung lässt sich nicht schliessen, dass ungesetzliche Verschiebungen von Kosten zwischen den unterschiedlichen Kostenträgern vorgenommen wurden. Tarifverletzungen wären nur dann

festzustellen, wenn Pflegekosten nicht korrekt ausgewiesen und in andere Leistungsbereiche verschoben würden. Hingegen werden Unterdeckungen bzw. Defizite im Leistungsbereich Pflege in Kauf genommen (vgl. Abschnitt 4.2.2, Abschnitt 5).

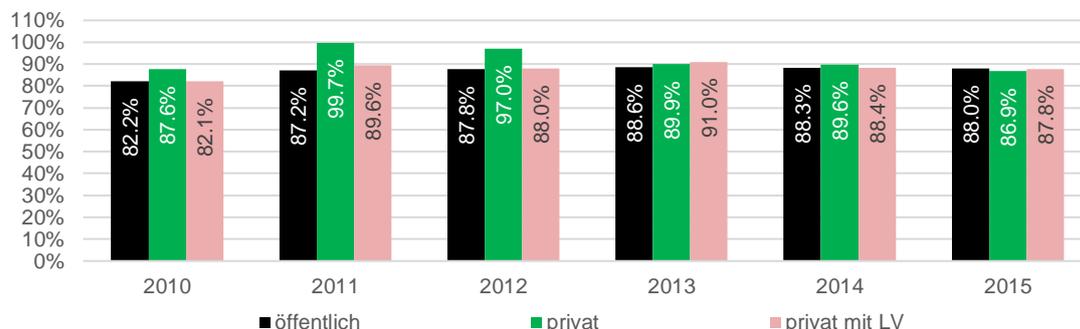


Abbildung 15: Deckungsgrad der Pflegekosten nach Trägerschaft in Prozent für die Jahre 2010 bis 2015.

#### 4.1.4 Leistungsentwicklung

Die Belegungstage haben in den Jahren 2011 bis 2015 nur sehr moderat zugenommen. Die kleinste Zunahme im Vergleich zum Vorjahr verzeichnete das Jahr 2013 mit 3'148 Belegungstagen, was rund 9 Personen mit ganzjährigem Aufenthalt entspricht. Die grösste Zunahme verzeichnete das Berichtsjahr 2015 mit 12'843 Belegungstagen, was rund 35 Personen mit ganzjährigem Aufenthalt entspricht. Insgesamt wurde über die gesamte Periode eine Zunahme von 35'227 Belegungstagen ausgewiesen. Dies entspricht einer Leistungsentwicklung um 1,7 Prozent oder einer Zunahme um 100 Personen mit ganzjährigem Aufenthalt.

	Auslastung	+ / -	Belegungstage <sup>1)</sup>	+ / -	Schweregrad	+ / -	Pflegeminuten	+ / -
2011	94,26 %		2'067'400		4.62		173'216'870	
2012	95,78 %	1,6 %	2'077'339	0,5 %	4.54	-1,7 %	171'326'710	-1,1 %
2013	94,64 %	-1,2 %	2'080'487	0,2 %	4.57	0,5 %	171'656'290	0,2 %
2014	94,39 %	-0,3 %	2'089'794	0,4 %	4.64	1,6 %	173'581'910	1,1 %
2015	94,20 %	-0,2 %	2'102'627	0,6 %	4.52	-2,5 %	170'136'990	-2,0 %

<sup>1)</sup> In den Belegungstagen sind auch Abwesenheitstage und Belegungstage von Personen ohne Pflegebedürftigkeit (Stufe 0) enthalten. Die Belegungstage entsprechen damit nicht den Pflegetagen.

Abbildung 16: Auslastung der Einrichtungen in Prozent, Anzahl Belegungstage in Tagen, durchschnittlicher Schweregrad der Pflegebedürftigkeit aller Bewohnenden eines Betagten- und Pflegeheims im Kanton St.Gallen (Pfleigestufe 0 bedeutet gar kein Pflegebedarf, Pfleigestufe 12 bedeutet sehr hohe Pflegebedürftigkeit), Anzahl Pflegeminuten sowie jeweils die Veränderung zum Vorjahr in Prozent.

Die durchschnittliche Auslastung der Betagten- und Pflegeheime schwankte im gleichen Zeitraum nur sehr moderat und betrug wenigstens 94,2 Prozent im Jahr 2015 bzw. höchstens 95,8 Prozent im Jahr 2012.

Der durchschnittliche Schweregrad der Pflegebedürftigkeit der Bewohnenden ist mit einem Wert zwischen 4.62 und 4.52 auf der Skala von 12 Stufen seit dem Jahr 2011 relativ konstant geblieben. Eine Analyse der Daten der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) zeigt, dass sich der durchschnittliche Schweregrad der Bewohnenden von Betagten- und Pflegeheimen im Kanton St.Gallen im selben Rahmen bewegt wie in den meisten Nachbarkantonen.

Die Entwicklung der Pflegeminuten zeigt, dass diese nicht mit der Zunahme der Belegungstage korreliert, sondern abhängig vom durchschnittlichen Schweregrad<sup>6</sup> ist. So wurden im Jahr 2015 rund 3,08 Mio. Pflegeminuten weniger geleistet als im Jahr 2011. Dies zeigt sich im tieferen durchschnittlichen Schweregrad der betreuten und gepflegten Personen.

Werden die Entwicklung der Leistungen (Belegungstage) und die Kostenentwicklungen verglichen, kann eine leicht überproportionale Zunahme der Gesamtkosten festgestellt werden. Nicht nur die Gesamtkosten sondern auch die Pflegekosten wiesen im Durchschnitt höhere Zuwachsraten aus als die Leistungsentwicklung. Die leistungsbereinigte Kostenentwicklung kann gemäss Landesindex nicht auf eine allgemeine Teuerung zurückgeführt werden und ist somit systembedingt bzw. branchengesteuert. Hier gilt es jedoch auch zu beachten, dass bei der Bemessung des Landesindex beispielsweise auf den Einbezug der Entwicklung von Krankenversicherungsprämien verzichtet wird. Wie im nachfolgenden Abschnitt erläutert, tragen die Personalkosten einen wesentlichen Teil zum überproportionalen Wachstum der Kosten im Vergleich zur Leistungsentwicklung bei. Hier muss jedoch auch mit Blick auf interkantonale Vergleiche von einem gewissen Nachholbedarf der St.Galler Einrichtungen und mutmasslich auch von einem höheren Wettbewerb um Fachkräfte ausgegangen werden. Es steht die Vermutung im Raum, dass zur Gewinnung und Haltung von Fachkräften wohl auch lohnbezogene Massnahmen ergriffen werden.

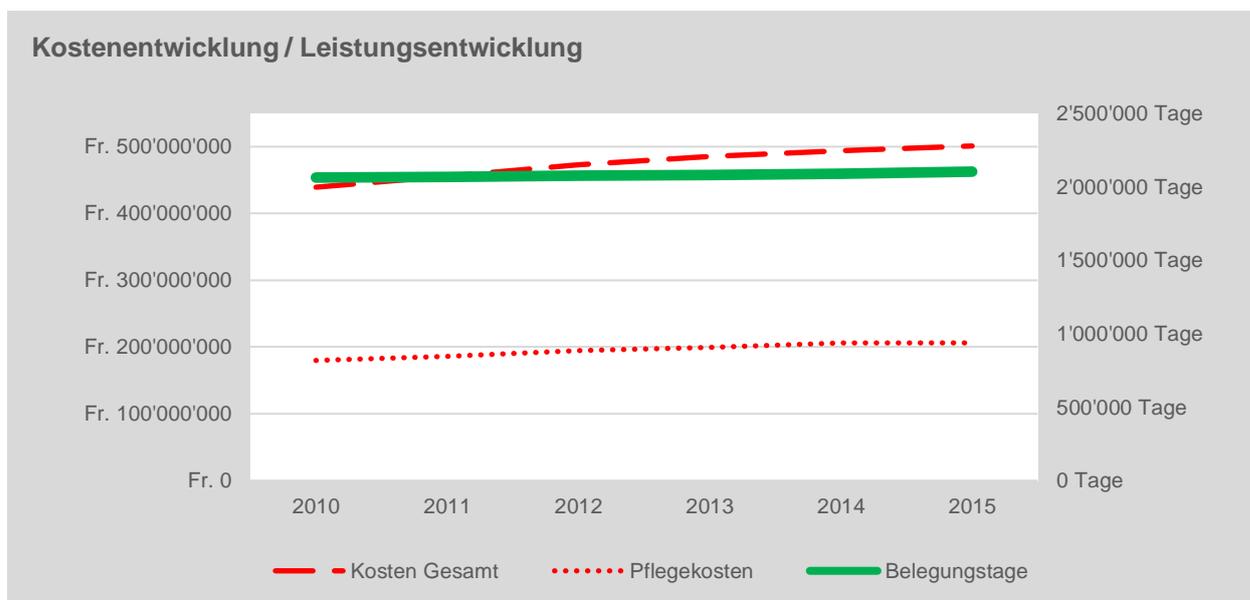


Abbildung 17: Entwicklung der Gesamt- und Pflegekosten in Franken und der Belegungstage in Tagen für die Jahre 2010 bis 2015.

#### 4.1.5 Entwicklung der Personalkosten

Die Gesamtkosten stiegen von in den Jahren 2011 bis 2015 um rund 9,6 Prozent oder absolut ausgedrückt um rund 45 Mio. Franken. Im gleichen Zeitraum erfolgte ein Kapazitätsausbau gemäss Plätzen auf der Pflegeheimliste um rund 2,3 Prozent. Das heisst: Die um den Kapazitätsausbau bereinigte Kostensteigerung belief sich auf 7,3 Prozent. Dabei wurden Mehrkosten für den Personalaufwand von rund 31,5 Mio. Franken und für den Sachaufwand von rund 13,5 Mio. Franken ausgewiesen. Damit machen die Personalkosten rund 70 Prozent der Kostensteigerung aus. Gemäss dem Bericht von Avenir Suisse (vgl. Abschnitt 4.1.2) sind die Personalkosten im Kanton St.Gallen damit im interkantonalen Vergleich aber immer noch unterdurchschnittlich.

<sup>6</sup> Der Schweregrad entspricht dem durchschnittlichen Pflegebedarf (Pflegebedarfsstufen 1 bis 12) der Bewohnenden einer Einrichtung.

	Belegungstage	Personalkosten	Sachkosten	Personalkosten	Sachkosten	Total Kosten
				je Belegungstag		
<b>2011</b>	2'067'400	346'920'917	109'105'683	167.81	52.77	220.58
<b>2012</b>	2'077'339	355'179'013	117'649'219	170.98	56.63	227.61
<b>2013</b>	2'080'487	365'011'054	120'436'776	175.45	57.89	233.33
<b>2014</b>	2'089'794	374'699'536	119'516'477	179.30	57.19	236.49
<b>2015</b>	2'102'627	378'488'509	122'554'236	180.01	58.29	238.29

Personalkosten = Total Besoldungen einschliesslich Lohnnebenkosten

Abbildung 18: Anzahl Belegungstage, Personal- und Sachkosten je Jahr und je Belegungstag in Franken für die Jahre 2011 bis 2015.

Werden die Personalkosten um den Kapazitätsausbau bereinigt, liegt die Zunahme der Personalkosten vom Jahr 2011 bis zum Jahr 2015 bei rund 6,8 Prozent. Gemessen an den in der stationären Langzeitpflege im Branchenvergleich eher unterdurchschnittlichen Löhnen ist diese Entwicklung nachvollziehbar. Gleichzeitig zeigt sich, dass die um den Kapazitätsausbau bereinigten Sachkosten im gleichen Zeitraum um rund 10 Prozent anstiegen, womit die Kostensteigerung der Sachkosten um rund 3,2 Prozent über der Kostensteigerung der Personalkosten lag. Über die Gründe des auffallenden Sachkostenanstiegs kann nur spekuliert werden.

#### 4.1.6 Kosten je Pflegeminute

Die bisher aufgezeigten Kosten- und Leistungsentwicklungen stützen sich auf die Auslastung gemäss Belegungstagen. Diese Auswertungen berücksichtigen damit keine Schwankungen des Pflegebedarfs der gepflegten Personen. Die Ermittlung der Kosten je Pflegeminute basiert auf den effektiv geleisteten und in den Kostenrechnungen ausgewiesenen Pflegeminuten je Jahr. Da die erbrachten Pflegeleistungen abhängig von der Pflegebedürftigkeit der Bewohnenden sind, können im Jahresvergleich in Folge der Veränderung des Schweregrads grössere Entwicklungen bzw. Schwankungen auftreten als bei den Kostenvergleichen je Belegungstag.

	Pflegeminuten	Kosten Pflege, Betreuung, Pension	Pflegekosten	Kosten Pflege, Betreuung, Pension je Pflegeminute	Pflegekosten <sup>1)</sup> je Pflegeminute
<b>2011</b>	173'216'870	456'026'600	185'829'468	2.63	1.07
<b>2012</b>	171'326'710	472'828'232	194'226'001	2.76	1.13
<b>2013</b>	171'656'290	485'447'830	199'905'039	2.83	1.16
<b>2014</b>	173'581'910	494'216'013	205'675'989	2.85	1.18
<b>2015</b>	170'136'990	501'042'745	206'243'990	2.94	1.21

<sup>1)</sup> Diese Werte entsprechen nicht genau den kantonalen Benchmarks, die den Einrichtungen jährlich zugestellt werden. Die Differenz ist in der Art der Berechnung begründet: Während hier die Gesamtzahl der Pflegekosten durch die Gesamtzahl der Pflegeminuten berechnet wird (gewichtete Ermittlung der Durchschnittswerte), entspricht der kantonale Benchmark dem Durchschnittswert aus den individuell für jede Einrichtung ermittelten Pflegekosten je Pflegeminute. Der Durchschnittswert jeder Einrichtung wird ungeachtet der Grösse der Einrichtung bzw. der Menge der erbrachten Pflegeminuten zu gleichen Teilen in der kantonalen Durchschnittsberechnung berücksichtigt.

Abbildung 19: Anzahl Pflegeminuten sowie die Kosten in Franken für Pflege, Betreuung und Pension zusammen und für Pflege je Jahr und je Pflegeminute für die Jahre 2011 bis 2015.

Im Gegensatz zu den kontinuierlich gestiegenen Belegungstagen schwanken die effektiv erbrachten Pflegeminuten zwischen wenigstens 170,1 Mio. im Jahr 2015 und höchstens 173,6 Mio. im Jahr 2014. Hier zeigt sich, dass die Einrichtungen ihre Personalkosten, die in der Periode von 2011 bis 2015 zwischen 75,1 und 76,1 Prozent der Gesamtkosten ausmachten, allein schon aus arbeitsrechtlichen Gründen und Kontinuitätsgründen nicht im gleichen Mass flexibel an die schwankende Pflegebedürftigkeit der Bewohnenden anpassen können. Vielmehr muss der Personalschlüssel

so gewählt werden, dass die Pflege der Bewohnenden auch bei Schwankungen des Pflegebedarfs bei gleich bleibend guter Qualität geleistet werden kann. Der aus volkswirtschaftlichen und gesellschaftlichen Gründen angestrebte verzögerte Heimeintritt und damit die Verkürzung von Aufenthaltsdauern dürften insgesamt zu mehr Schwankungen für die Einrichtungen führen.

Die Gesamtkosten je Pflegeminute haben sich von Fr. 2.63 im Jahr 2011 auf Fr. 2.94 im Jahr 2015 gesteigert. Dies entspricht einer Entwicklung von 11,8 Prozent. Im selben Zeitraum sind die Pflegekosten je Pflegeminute von Fr. 1.07 auf Fr. 1.21 gestiegen, was einer Zunahme von 13,1 Prozent entspricht. Da die Kosten je Pflegeminute abhängig von der Entwicklung des durchschnittlichen Pflegebedarfs der Bewohnenden sind, sind diese Zuwachsraten nur bedingt aussagekräftig bzw. nicht als Indikator für die Kostensteigerung verwendbar. Für die Überprüfung der Höchstansätze der Pflegekosten sind die Pflegekosten je Pflegeminute jedoch ein wichtiges Instrument, weil sie in Abhängigkeit des Schweregrads für Kennzahlenvergleiche zwischen den Einrichtungen herangezogen werden können.

Abhängig vom Schweregrad bzw. vom Pflegebedarf der Bewohnenden einer Einrichtung differieren die ausgewiesenen Pflegekosten je Pflegeminute stark. Auch zusammengefasst nach Regionen zeigen sich grosse Differenzen. So fällt hier beispielsweise auf, dass die Pflegekosten in der Region See-Gaster nach fünf Jahren Pflegefinanzierung lediglich 2,4 Prozent höher liegen als bei der Einführung der Pflegefinanzierung, während die Pflegekosten in der Region Rorschach durchschnittlich um 25,4 Prozent stiegen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Pflegekosten in der Region See-Gaster bereits bei Beginn der Pflegefinanzierung um rund 14 Prozent höher lagen als in der Region Rorschach. Auch weist nicht die Region St.Gallen, sondern die Region Toggenburg im Jahr 2015 die höchsten Pflegekosten je Pflegeminute aus.

	2011	2012	2013	2014	2015
Rheintal	0.98	1.01	1.08	1.07	1.10
Rorschach	0.99	1.11	1.17	1.18	1.24
Sarganserland	1.09	1.23	1.25	1.19	1.20
See-Gaster	1.13	1.12	1.17	1.19	1.16
St.Gallen	1.08	1.15	1.24	1.22	1.25
Toggenburg	1.12	1.18	1.26	1.24	1.27
Werdenberg	0.98	1.07	1.13	1.03	1.15
Wil	1.14	1.16	1.17	1.25	1.25

Abbildung 20: Durchschnittliche Pflegekosten je Pflegeminute nach Region für die Jahre 2011 bis 2015.

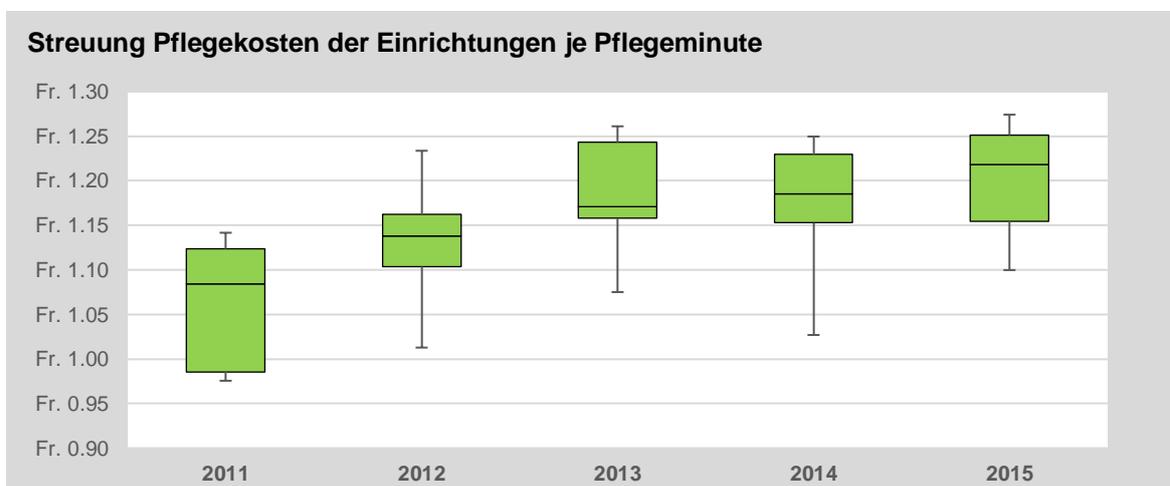


Abbildung 21: Streuung der Pflegekosten je Pflegeminuten in Franken der Einrichtungen für die Jahre 2011 bis 2015.

Betagten- und Pflegeheime mit durchschnittlich schwerer pflegebedürftigen Bewohnenden weisen in der Regel tiefere Pflegekosten je Pflegeminute aus als Einrichtungen mit durchschnittlich weniger pflegebedürftigen Bewohnenden. Die Anzahl Plätze bzw. Grösse einer Einrichtung ist hinsichtlich Kostenniveau nicht entscheidend. Vielmehr spielt die Auslastung der Plätze die zentrale Rolle.

#### Korrelation Pflegekosten je Minute zu Auslastung 2011–2015

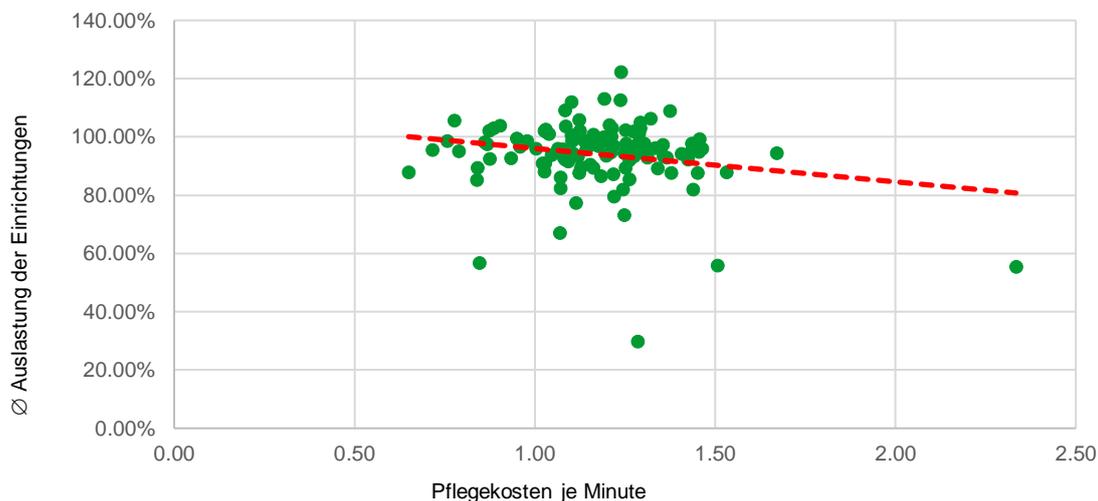


Abbildung 22: Korrelation der Pflegekosten je Minute zur Auslastung der Einrichtung.

#### 4.1.7 Entwicklung der Restfinanzierungsanteile

Wie in Abschnitt 3.2 erläutert, hat die öffentliche Hand die Restfinanzierung der nicht durch die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und die Beiträge der Bewohnerinnen und Bewohner finanzierten Pflegekosten zu übernehmen. Die im Rahmen des II. Nachtrags zum Finanzausgleichsgesetz (nGS 2014-037) angenommene Kostenentwicklung basierte u.a. auf den Entwicklungen der Vorjahre, traf aber nicht im angenommenen Mass ein. Von den in Abschnitt 4.1.6 ersichtlichen Pflegekosten mussten Kanton und Gemeinden nach Abzug der Beiträge von Krankenpflegeversicherung und Bewohnenden seit Einführung der Pflegeversicherung die nachfolgenden Restfinanzierungsanteile übernehmen:

	Anteil Kanton <sup>1)</sup>	Anteil Gemeinde <sup>1)</sup>	Total Restfinanzierung	budgetierte Kosten nach II. Nachtrag zum Finanzausgleichsgesetz
2011	33'122'311	16'561'155	<b>49'683'466</b>	
2012	35'258'480	17'629'240	<b>52'887'720</b>	
2013	23'372'195	35'058'292	<b>58'430'487</b>	62'000'000
2014	0	61'240'278	<b>61'240'278</b>	66'300'000
2015	0	61'701'626	<b>61'701'626</b>	70'300'000

<sup>1)</sup> Kostenteiler 2011 bis 2013: Gemeinden 1/3, Kanton 2/3.  
Kostenteiler 2014; Gemeinde 60 Prozent, Kanton 40 Prozent  
Kostenteiler ab 2015: Gemeinde 100 Prozent (einschliesslich Abwicklungskosten der SVA)

Abbildung 23: Entwicklung Restfinanzierungsanteile für die Jahre 2011 bis 2015 (in Fr.).

#### 4.1.8 Regelungen in den Nachbarkantonen

Verlässliche interkantonale Kenndatenvergleiche zur Leistungs- und Kostenentwicklung in den Einrichtungen sind aktuell nicht verfügbar. Die folgenden zwei Tabellen geben für den stationären Bereich jedoch einen Überblick darüber, ob die Nachbarkantone Höchst- oder Normansätze eingeführt haben, wie hoch diese Ansätze sind und wer Kostenträger der Restfinanzierung ist. Alle

Kantone bestimmen ihre Höchst- oder Normansätze anhand von Berechnungen oder wenigstens Schätzungen, weshalb diese Grössen dennoch eine gewisse interkantonale Orientierung bieten.

Kanton	Höchst- oder Normansätze	Kostenträger Restfinanzierung
SG	Höchstansätze	Gemeinden
ZH	– Für Einrichtungen mit Leistungsvereinbarung mit einer Gemeinde weder Höchst- noch Normansätze – Für Einrichtungen ohne Leistungsvereinbarung Höchstansätze	Gemeinden
TG	Normansätze	50 Prozent Kanton, 50 Prozent Gemeinden
AR	Höchstansätze	Gemeinden
AI	Normansätze	Kanton
GR	Höchstansätze	Kanton 25 Prozent, Gemeinden 75 Prozent
GL	Weder Norm- noch Höchstansätze	Gemeinden
SZ	Höchstansätze	Gemeinden

Abbildung 24: Ostschweizer Vergleich der Umsetzung Pflegefinanzierung. Quellen: Gutachten über die Umsetzung der Spital- und Pflegefinanzierung im Kanton Graubünden. Auszug Auswertung Umfrageergebnisse GDK-Ost-Kantone, Stand: Juni 2015. Webseiten der zuständigen kantonalen Stellen.

Pflegeaufwand		SG	AR	AI	GL			GR	SZ	TG	ZH
Stufe	Minuten	Höchstansätze	Höchstansätze	Normkosten	Nord Normkosten	Mitte Normkosten	Süd Normkosten	Normkosten	Normkosten	Normkosten	Normkosten
1	- 20	12.00	12.60	11.80	9.00	16.00	11.10	11.20	indiv. Kosten je Einrichtung (gestützt auf eingereichte Kostenrechnungen)	16.00	14.76
2	21 - 40	34.00	34.80	34.20	41.00	31.00	33.30	33.60		41.10	42.86
3	41 - 60	56.00	57.00	56.60	53.00	52.00	55.50	56.00		53.00	70.97
4	61 - 80	78.00	79.20	79.00	76.00	70.00	77.70	78.40		75.90	99.08
5	81 - 100	100.00	101.40	101.40	101.00	84.00	99.90	100.80		105.60	127.18
6	101 - 120	122.00	123.60	123.80	116.00	103.00	122.10	123.20		124.80	155.29
7	121 - 140	144.00	145.80	146.20	139.00	121.00	144.30	145.60		147.80	183.40
8	141 - 160	166.00	168.00	168.60	155.00	139.00	166.50	168.00		161.90	211.51
9	161 - 180	188.00	190.20	191.00	181.00	158.00	188.70	190.40		189.60	239.61
10	181 - 200	210.00	212.40	213.40	194.00	176.00	210.90	212.80		197.50	267.72
11	201 - 220	232.00	234.60	235.80	216.00	194.00	233.10	235.20		222.70	295.83
12	220 +	254.00	256.80	258.20	nach Aufw.	215.00	249.75	257.60		299.30	323.93
spez. psych.geriatrische Pflege			13.25					241-300 Mn.	302.40		
			36.55					301-360 Mn.	369.60		
			59.85					361-420 Mn.	436.80		
			83.20					>420 Mn.	504.00		
			106.50								
			129.80								
			153.10								
			176.40								
			199.75								
			223.05								
	246.35										
	269.65										

Abbildung 25: Höchst- bzw. Normansatz je Pflegestufe im Kanton St.Gallen und seinen Nachbarkantonen für das Jahr 2016; rote Zahl = Höchstansätze oder Normkosten tiefer als im Kanton St.Gallen.

## 4.2 Problemfelder

Die Umsetzung der Pflegefinanzierung im stationären Bereich im Kanton St.Gallen wird von allen Akteurinnen und Akteuren mehrheitlich positiv beurteilt. Es wurden erwartungsgemäss aber auch qualitative und quantitative Umsetzungsprobleme erkannt, die nachfolgend dargestellt werden.

### 4.2.1 Das Wichtigste in Kürze

In diesem Abschnitt ist erläutert, dass:

- sich die Höchstansätze für die Pflegekosten bewährt haben, aber mehrheitlich nicht (mehr) kostendeckend sind;
- es bei Schwerstpflegefällen Finanzierungsschwierigkeiten gibt (Aufgrund der vorliegenden Daten ist zwar nicht klar, um wie viele Fälle es sich genau handelt, es ist aber ersichtlich, dass gemessen an der Gesamtzahl der pflegebedürftigen Personen nur Einzelfälle zum Kreis der schwerstpflegebedürftigen Personen zu zählen sind);
- die Abgrenzung von Pflege- und Betreuungsleistungen in der Praxis schwierig ist, da im Heimalltag Pflege und Betreuung in der Regel einhergehen;
- Einrichtungen mit dem Pflegebedarfserfassungssystem RAI/RUG ihre erbrachten Pflegeleistungen nicht gleich erfassen und verrechnen können wie Einrichtungen, die BESA anwenden;
- die oft geforderten gleich langen Spiesse für öffentliche und private Einrichtungen nur gewährleistet werden können, wenn die Taxen aufgrund der in der Kostenrechnung ausgewiesenen Vollkosten festgelegt werden;
- die EL-Höchstansätze für Heimbewohnende zur Kostendeckung ausreichen, was sich auch darin zeigt, dass die Gemeinden keine Zunahme von pflegebedürftigen Personen festgestellt haben, die auf Sozialhilfe angewiesen sind;
- die Zuständigkeit für die Pflegefinanzierung bei interkantonalen Nutzung von Angeboten bislang auf nationaler Ebene nicht festgelegt ist und es deshalb zwischen den Kantonen immer wieder zu Streitfällen kommt. Das Herkunftsprinzip ist, wie vom Kanton St.Gallen immer wieder gefordert, nach dem Willen von National- und Ständerat auf Bundesebene nach nunmehr sechs Jahren Pflegefinanzierungsumsetzung gesetzlich zu verankern.

### 4.2.2 Überprüfung Höchstansätze Pflegekosten

In Art. 6 PFG wurde festgelegt, dass die Regierung nach Anhörung der Gemeinden durch Verordnung die Höchstansätze der Pflegekosten in Franken je Pflegebedarf und Tag festzulegen hat und den für die Ermittlung der Pflegekosten anrechenbaren Aufwand der Leistungserbringenden festlegen kann. Gestützt darauf hat die Regierung in Art. 2 PFV Höchstansätze für die Pflegekosten im stationären Bereich festgelegt (vgl. Abschnitt 4.1.7, Abbildung 23).

Auf Basis der Unterlagen, welche die Einrichtungen nach Art. 10 PFV einzureichen haben, hat das Amt für Soziales zu prüfen, ob die Höchstansätze zur Deckung der Kosten für die wirtschaftliche Erbringung der stationären Pflegeleistungen in der geforderten Qualität ausreichen. Gleichzeitig ist zu prüfen, ob der Tarifschutz nach Art. 44 KVG sichergestellt ist. Der Tarifschutz besagt, dass keine Pflegekosten auf Pensions- oder Betreuungskosten überwälzt werden dürfen. Dies ist deshalb relevant, da die Kosten dieser Leistungen unterschiedlich finanziert werden (vgl. Abschnitt 3.2, Abbildung 5). Bewohnende sollen davor geschützt werden, über Betreuungs- oder Pensionskosten ungedeckte Pflegekosten übernehmen zu müssen.

Im Berichtszeitraum hat die Zahl der Einrichtungen, welche die kantonal festgelegten Höchstansätze verrechneten, von 2 Einrichtungen im Jahr 2011 auf 45 Einrichtungen im Jahr 2015 zugenommen:

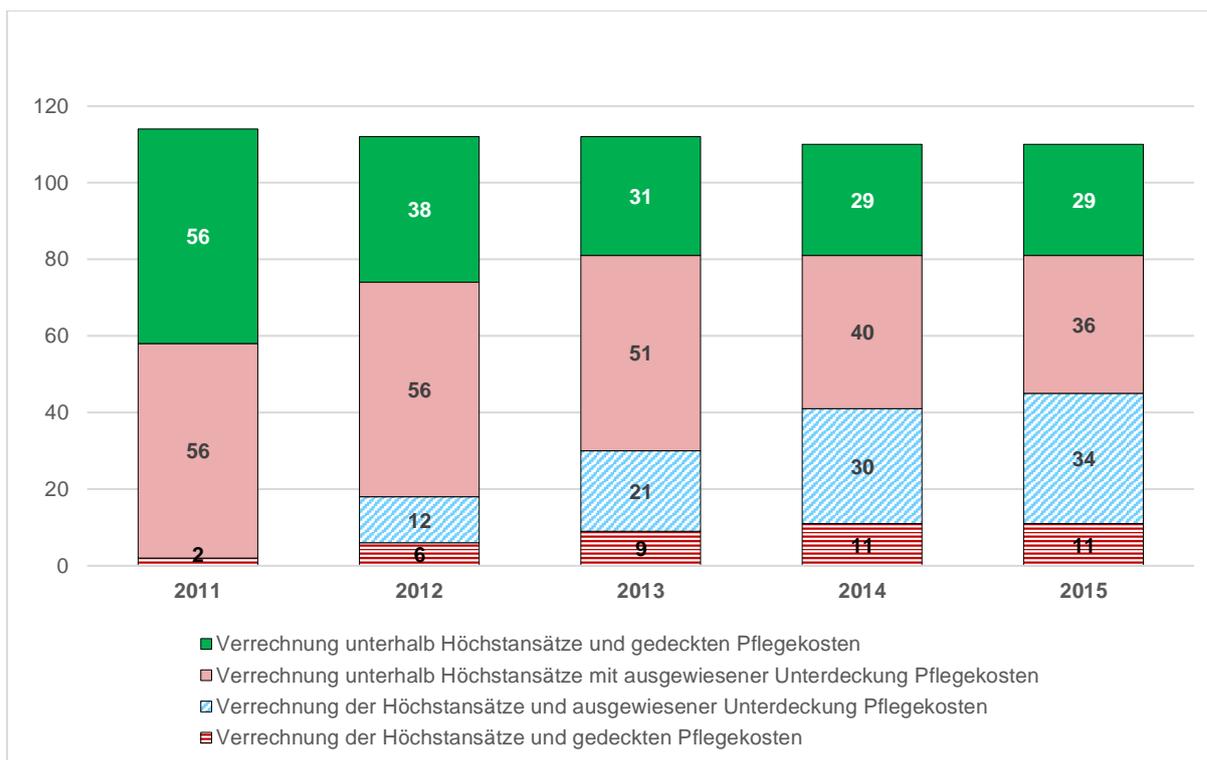


Abbildung 26: Anzahl Einrichtungen mit Verrechnung der Höchstansätze und Anzahl Einrichtungen mit Verrechnung von Taxen unterhalb der Höchstansätze für die Jahre 2011 bis 2015.

Im Jahr 2015 konnten trotzdem lediglich 40 der 110 Einrichtungen bzw. rund 36 Prozent der Einrichtungen ihre Pflegekosten mit den verrechneten Pflgetaxen vollumfänglich decken. Für 36 dieser Einrichtungen wäre allerdings eine Erhöhung der Pflgetaxen noch innerhalb der geltenden Höchstansätze möglich gewesen. Daten einzelner Einrichtungen, die über mehrere Jahre bereits die Höchstansätze verrechnen, zeigen zudem, dass diese keine geringere Kostensteigerung aufweisen als die übrigen Einrichtungen. Diese Einrichtungen können die ausgewiesenen Kosten aber nicht mehr durch entsprechende Ertragssteigerungen decken, womit für den Bereich Pflege zunehmend Defizite ausgewiesen werden. Dies zeigt auf, dass die Begrenzung durch Höchstansätze noch zu wenig als Handlungsdruck für die Einleitung betriebswirtschaftlicher, kostendämpfender Massnahmen wahrgenommen wird. Trotzdem zeigen die Auswertungen der Deckungsgrade (vgl. Abschnitte 4.1.2 und 4.1.3) deutlich, dass es nur noch für rund ein Drittel der Einrichtungen möglich ist, mit den geltenden Höchstansätzen die Kosten im Leistungsbereich Pflege zu decken.

Nur dank der guten Kostendeckung im Leistungsbereich Pension konnten die Unterdeckungen im Leistungsbereich Pflege ausgeglichen werden. Dies lässt aber nicht per se auf eine Tarifschutzverletzung schliessen, da es nicht gesetzlich untersagt ist, im Bereich der Betreuungs- oder Pensionskosten Gewinne zu erwirtschaften. Die Möglichkeit, innerhalb einer Einrichtung Aufwandüberschüsse eines Leistungsbereiches kurz- oder mittelfristig durch Ertragsüberschüsse aus anderen Leistungsbereichen auffangen zu können, gehört zu den existenzsichernden Grundvoraussetzungen jedes Betriebes. Die Betriebe sind zudem auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht und zur Finanzierung künftiger Investitionen auf die Erwirtschaftung von Betriebsgewinnen angewiesen. Trotzdem ist nicht völlig ausgeschlossen, dass bei einzelnen Einrichtungen eine Verletzung des Tarifschutzes besteht, was aber allein aufgrund der unterschiedlichen Erfolge in den Leistungsbereichen Pflege, Betreuung und Pension kaum schlüssig nachzuweisen ist. Vielmehr sind sodann Leistungserfassungen und Kostenzuweisungen auf Ebene der einzelnen Einrichtung zu überprüfen. Vor allem, wenn Zuweisungen von Kosten jährlich oder wenigstens häufig auf nicht nachvollziehbare Weise verändert wurden, liegt die Vermutung nahe, dass Tarifschutzverletzungen

bestehen. Entscheidend ist in jedem Fall die Nachvollziehbarkeit in der Zuweisung von Kostenblöcken auf Kostenträger und nicht primär die Über- oder Unterdeckungssituation in einer Einrichtung (vgl. auch Abschnitt 4.2.4). Ob sich einzelne ausgewiesene Über- oder Unterdeckungen in einem vertretbaren Rahmen bewegen, ist deshalb auch kaum schlüssig zu beantworten. Obwohl sich die betrieblichen Situationen sehr unterscheiden, bieten die vom Kanton ermittelten individuellen Kennzahlen und der Vergleich mit den entsprechenden kantonalen Benchmarks wertvolle Hinweise zur wirtschaftlichen Betriebsführung einer Einrichtung.

Wird die von den Einrichtungen auf der Basis der Vollkosten ermittelte Unterdeckung des Deckungsgrads Pflege als Ausgangswert für die Bewertung der geltenden Höchstansätze herangezogen, so wäre aufgrund der vorliegenden Betriebszahlen eine Erhöhung der Höchstansätze um höchstens 9,2 Prozent angezeigt (vgl. Abschnitt 4.1.3 Abs. 4). Eine vollumfängliche Erhöhung um diesen Wert würde jedoch für teure Einrichtungen eine Reduktion des betriebswirtschaftlichen Handlungsdrucks bedeuten. Um den Druck zur Einleitung von kostendämpfenden Massnahmen aufrechtzuerhalten, könnte - in Anlehnung an das Vorgehen bei der Einführung der Höchstansätze - auch eine Erhöhung der Höchstansätze um lediglich drei Quartile bzw. um 75 Prozent der durchschnittlich ausgewiesenen Unterdeckung, also um 6,9 Prozent erwogen werden. Ein Vergleich mit den geltenden Höchstansätzen und Normtarifen der Nachbarkantone zeigt im Übrigen den Handlungsbedarf im Kanton St.Gallen auf, da selbst die Normtarife (Einheitstaxen) der meisten Nachbarkantone bereits über den Höchstansätzen des Kantons St.Gallen liegen (vgl. Abschnitt 4.1.8).

Der Umstand, dass auch fünf Jahre nach der Festlegung der Höchstansätze rund 60 Prozent der Einrichtungen noch Pfl egetaxen unterhalb der Höchstansätze verrechnen (wobei nur knapp die Hälfte davon ihre Kosten damit decken können), zeigt aber auch den Erfolg des Höchstansatzmodells und widerlegt frühere Befürchtungen, dass sich der Höchstansatz sehr schnell zu einem in der Praxis effektiv verrechneten Normansatz entwickle.

Eine Erhöhung der Höchstansätze auf kantonaler Ebene trägt der Kostenentwicklung Rechnung. Die damit verbundene Kostensteigerung für die Kostenträger wird damit aber vorwiegend durch die politischen Gemeinden getragen, da die vom Bund limitierten Beiträge der Krankenversicherung und die Personenbeiträge davon unberührt bleiben. Mit Blick auf die vom Bund in Auftrag gegebene Evaluation der Pflegefinanzierung haben Gemeinden und Kantone beim Bund insbesondere eine Anhebung der Beiträge der Krankenversicherung einzufordern. Eine Anhebung dieser Beiträge würde sich kostensenkend auf die bei den Gemeinden durch eine Erhöhung der Höchstansätze zu erwartenden Mehrkosten auswirken.

### **4.2.3 Finanzierung Schwerstpflegebedürftigkeit**

Die bisherigen Erfahrungen mit der Pflegefinanzierung zeigen Finanzierungsprobleme bei Schwerstpflegefällen (z.B. Betagte mit einer ALS-Erkrankung<sup>7</sup> oder einer psychogeriatrischen Erkrankung) und spezialisierten Pflege- und Betreuungsleistungen (Palliative Care und Demenz). Sowohl auf der Grundlage der Nationalen Strategie Palliative Care als auch der Nationalen Demenzstrategie wurden Teilprojekte zur Überprüfung der Finanzierungsprobleme auf Bundesebene lanciert. Bis jetzt liegen aus diesen Projekten aber noch keine konkreten Ergebnisse vor und es wurde vor allem kein konkreter Handlungsbedarf auf nationaler Ebene festgestellt. Allfällige Lösungsmöglichkeiten auf kantonaler Ebene wären so zu gestalten, dass sie bei späteren Änderungen auf nationaler Ebene wieder entsprechend angepasst werden können.

Gestützt auf die bundesrechtlichen Finanzierungsvorgaben für Krankenversicherer wurde auch im Kanton St.Gallen der Umfang des mitfinanzierten Pflegebedarfs in der höchsten Pflegestufe 12 rechnerisch auf 240 Pflegeminuten bzw. auf Fr. 254.– je Tag begrenzt. Zeitlich darüber

---

<sup>7</sup> ALS = Amyotrophe Lateralsklerose (Erkrankung des zentralen Nervensystems).

hinausgehender Pflegebedarf wird nicht zusätzlich abgegolten. Dies führt in Einzelfällen dazu, dass Einrichtungen Personen mit Schwerstpflegebedürftigkeit nicht aufnehmen. Andererseits ist es schon aus betriebswirtschaftlicher Sicht den Einrichtungen nicht möglich, vermehrt Personen aufzunehmen, die einer weit höheren Pflege bedürfen als die auf 240 Pflegeminuten begrenzte und finanzierte Pflege. Dies führt in Einzelfällen zu grossen Problemen, beispielsweise dann, wenn pflegeaufwändige Patientinnen und Patienten, die keiner akutmedizinischen Betreuung mehr bedürfen, das Spital verlassen müssen und nicht zu Hause gepflegt werden können. Einzelne Kantone (z.B. Graubünden oder Glarus) sind deshalb dazu übergegangen, in diesen ausgewiesenen Einzelfällen den effektiven Pflegebedarf (also über die Pflegestufe 12 hinaus) abzugelten oder zusätzliche besondere Pflegestufen oberhalb der ordentlichen Pflegestufe 12 einzuführen. Damit gehen diese über Pflegestufe 12 hinausgehenden Pflegefinanzierungsbeiträge voll zu Lasten der öffentlichen Hand.

In St.Galler Einrichtungen wurden zwischen den Jahren 2011 und 2015 jährlich zwischen 0,9 und 1,3 Prozent der Pflage tage in der Pflegestufe 12 geleistet. Wie viele Pflage tage davon für schwerstpflegebedürftige Personen aufgewendet wurden, wurde nicht erfasst. Bereits der geringe Anteil der Pflegestufe 12 weist jedoch darauf hin, dass gemessen an der Gesamtzahl der pflegebedürftigen Personen nur wenige Einzelfälle zum Kreis der schwerstpflegebedürftigen Personen gezählt werden können. Aufschluss über konkrete Kostenauswirkungen einer möglichen Finanzierungserweiterung für schwerstpflegebedürftige Personen werden allerdings erst entsprechende separate Leistungserfassungen für diesen Personenkreis bzw. eine Umfrage bei den St.Galler Einrichtungen geben können. Dem sodann höheren Steuerungsbedürfnis und der Frage nach einer zweckmässigen Abwicklung bei diesen wenigen Fällen müsste besonders Rechnung getragen werden. Hinsichtlich der Pflegekostenabgeltung ist sodann prioritär auf nationaler Ebene einzufordern, dass die Pflegestufen der Realität angepasst werden und die Kostenbeteiligung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auch über die Pflegestufe 12 hinaus angemessen ist bzw. zunimmt und nicht auf Pflegestufe 12 limitiert bleibt. Eine Lösung allein auf kantonaler Ebene ist nicht prioritär zu verfolgen.

Dass diese wenigen unheilbar kranken und schwer pflegebedürftigen Personen im Kanton St.Gallen in Betagten- und Pflegeheimen gepflegt werden müssen, hat aber vor allem auch damit zu tun, dass im Kanton keine Sterbehospiz-Einrichtungen existieren. In anderen Kantonen werden Menschen, die keine Akutversorgung im Spital mehr benötigen, aber auch nicht zu Hause gepflegt werden können, in Hospiz-Einrichtungen gepflegt und betreut. Meist handelt es sich dabei um jüngere Menschen, für deren letzte Lebensphase ein Betagten- und Pflegeheim ohnehin nicht den richtigen Rahmen bietet. Die Regierung hat für künftige Hospiz-Einrichtungen deshalb Ende 2016 ein Finanzierungskonzept in die Vernehmlassung verabschiedet, das für diese Einrichtungen eine spezifische Finanzierung auf der Basis der Grundsätze der Pflegefinanzierung vorsieht. Die Abstützung auf die Pflegefinanzierung gebietet das KVG. Jedoch kann die umfangreiche Pflege von Hospiz-Patientinnen und Hospiz-Patienten mit den bestehenden St.Galler Höchstansätzen nicht vollumfänglich finanziert werden. Deshalb sieht das von der Regierung separat vorgelegte Konzept auch für diesen Personenkreis eine Erhöhung der Höchstansätze vor.

#### **4.2.4 Abgrenzung Pflege und Betreuung**

Seit Einführung der Pflegefinanzierung sind die Leistungen und Kosten der Betagten- und Pflegeheime in die Bereiche «Pflege», «Betreuung» und «Pension» zu unterteilen, in der Kostenrechnung entsprechend abzugrenzen und transparent separat in Rechnung zu stellen (leistungs- und kostenbasierte Taxgestaltung). Die Kostenträger für die einzelnen Leistungsbereiche sind unterschiedlich (vgl. Abschnitt 3.2). Nach Art. 44 KVG ist der Tarifschutz einzuhalten bzw. es darf keine Kostenverschiebung zwischen den einzelnen Bereichen stattfinden.

Obwohl das KVG zur Abgrenzung der Pflege einen Leistungskatalog vorgibt, erweist sich insbesondere die Abgrenzung von Pflege- und Betreuungsleistungen in der Praxis einer stationären

Betagteneinrichtung jedoch als schwierig. Im Heimalltag gehen Pflege und Betreuung in der Regel einher und nicht jede Handlung des Personals kann individuell und minutengerecht nach Leistungsbereichen erfasst werden. Das darf angesichts administrativer Folgen auch nicht im Einzelfall und durchwegs gefordert werden. Der Branchenverband Curaviva hat mit Start der Pflegefinanzierung eine Empfehlung der Pflege- und Betreuungskosten im Verhältnis von 80 zu 20 Prozent abgegeben. Allerdings ist dieses Verhältnis sowohl von der konzeptionellen Ausrichtung der Einrichtung als auch von örtlichen Verhältnissen und vom Grad der Pflegebedürftigkeit der Bewohnenden stark abhängig. So ist eine Tarifschutzverletzung in der Praxis denn auch schwer nachzuweisen. Die St.Galler Einrichtungen wiesen zwischen den Jahren 2011 und 2015 durchschnittlich ein Verhältnis zwischen 74,5 und 75,1 Prozent Pflegekosten zu 25,5 und 24,9 Prozent Betreuungskosten aus. Diese sehr konstante durchschnittliche Kostenaufteilung ist ein weiteres Indiz dafür, dass die Einrichtungen keine ungerechtfertigten Kostenverschiebungen vorgenommen haben.

Da die Zuteilung der einzelnen Leistungen zu Pflege bzw. Betreuung auf den vom Bund vorgegebenen Regelungen des KVG basiert, können grundsätzliche Korrekturen nicht kantonale vorgenommen werden. Eine wie in wenigen anderen Kantonen festgelegte Vorgabe einheitlich fixierter Aufteilungsverhältnisse würde zwar die individuell steuerbare Kostensteuerung einschränken bzw. verhindern, nähme aber damit keinen Bezug auf die tatsächlich unterschiedlichen Einflussgrößen in den einzelnen Einrichtungen und es stellt sich die Frage, ob eine solche Vorgabe nicht gar das Gegenteil bewirken und Tarifschutzverletzungen provozieren würde. Problemmildernd könnte allenfalls eine Bestimmung in die Verordnung zur Pflegefinanzierung aufgenommen werden, wonach die Einrichtungen zu einer periodischen Durchführung von Arbeits- und Tätigkeitsanalysen verpflichtet würden.

#### **4.2.5 Kalibrierung Pflegebedarfserfassung nach BESA und RAI/RUG**

St.Galler Betagten- und Pflegeheime haben den individuellen Pflegebedarf ihrer Bewohnenden mit den Pflegebedarfserfassungssystemen BESA oder RAI/RUG zu ermitteln. Das in der Schweiz ebenfalls verbreitete Pflegebedarfserfassungssystem PLASIR ist nicht zugelassen. Mit den Pflegebedarfserfassungssystemen wird der personenbezogene Pflegebedarf (Einstufung in die Pflegestufen 1 bis 12) aufgrund von unterschiedlichen Methoden ermittelt. Trotz unterschiedlicher Methoden muss jedoch mit beiden Methoden ein vergleichbarer verrechnungsrelevanter Pflegebedarf resultieren. Eine Kalibrierung (Abstimmung) von BESA und RAI/RUG ist seit 1. Januar 2012 in Kraft, wird jedoch von verschiedener Seite als ungenügend erachtet. Eine nationale Steuergruppe befasst sich seit September 2009 mit dieser Frage. Ab dem Jahr 2014 hat das BAG in dieser Steuergruppe die Federführung übernommen. Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat sich hingegen im November 2014 aus diesem Projekt zurückgezogen. Eine Lösung ist noch nicht gefunden.

Die Auswertung der kantonalen Daten zeigt auf, dass St.Galler Einrichtungen mit dem Pflegebedarfserfassungssystem RAI/RUG die erbrachten Pflegeleistungen nicht im selben Mass erfassen und damit verrechnen können wie Einrichtungen, die BESA anwenden. Dies wird durch den Umstand untermauert, dass im selben Zeitraum der durchschnittliche Pflegebedarf der Bewohnenden (Schweregrad) von Einrichtungen mit RAI/RUG unter den durchschnittlichen Werten von Einrichtungen mit BESA liegt.

## Deckungsgrad Pflege / Schweregrad nach Leistungserfassungssystem

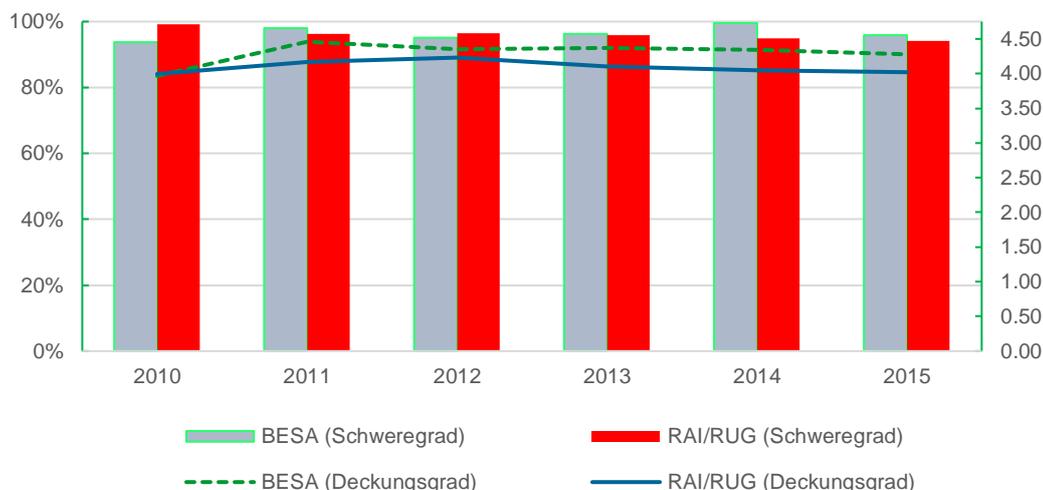


Abbildung 27: Durchschnittlicher Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und durchschnittlicher Deckungsgrad der Pflegekosten nach Pflegebedarfserfassungssystem (BESA bzw. RAI/RUG) für die Jahre 2010 bis 2015.

Einrichtungen mit RAI/RUG weisen seit der Einführung der Pflegefinanzierung zwischen 2,6 und 6,4 Prozent tiefere Deckungsgrade auf als Einrichtungen, die das Pflegebedarfserfassungssystem BESA anwenden.

Eine Optimierung der Kalibrierung von BESA und RAI/RUG muss auf Bundesebene erfolgen. Beim Amt für Soziales ging von Curaviva St.Gallen jedoch ein Antrag um Anpassungen bei RAI/RUG (RAI CH-Index 2016) auf kantonaler Ebene ein. Ähnliche Anträge wurden auch in anderen Kantonen gestellt. Eine kantonale Regelung könnte allerdings nur als Übergangslösung bis zum Vorliegen einer bundesweiten Kalibrierung dienen und vor einer Entscheidung der Regierung müssten die Akteurinnen und Akteure Gelegenheit erhalten, eine Einschätzung abzugeben.

### 4.2.6 Umsetzung Vollkostenprinzip

Seit der Einführung der Pflegefinanzierung gilt für die Führung der Kostenrechnung von Betagten-einrichtungen das Vollkostenprinzip. Somit sind alle Kosten einschliesslich Abschreibungen vollständig abzubilden und in der Taxgestaltung zu berücksichtigen. Die Auswertungen der Kostenrechnungen im Rahmen des kantonalen Controllings Pflegefinanzierung zeigen, dass das Vollkostenprinzip noch nicht in allen Einrichtungen vollständig umgesetzt wird, wobei wenigstens ein Teil der Einrichtungen ihre Taxen in den vergangenen Jahren aufgrund der tatsächlichen Vollkostennachweise angepasst hat.

Obwohl öffentliche Einrichtungen durchschnittlich einen tieferen Deckungsgrad sowohl der Gesamtkosten als auch der Pflegekosten aufweisen (vgl. Abschnitt 4.1.3), lässt sich daraus nicht ableiten, dass sie die vollen Kosten ausweisen. Vielmehr ist dies ein Hinweis, dass die Taxen dieser Einrichtungen oft nicht betriebswirtschaftlich aufgrund der tatsächlichen Kosten, sondern danach festgelegt werden, ob sie vertretbar erscheinen. Es kann allerdings auch nicht ausgeschlossen werden, dass öffentliche und private Einrichtungen mit öffentlichem Leistungsauftrag kostenbewusster oder gemeinnütziger agieren. Allerdings liegt auch die Vermutung nahe, dass öffentliche Einrichtungen weiterhin von öffentlichen Leistungen profitieren, deren Kosten weder in der Heimrechnung vollständig ausgewiesen noch in der Kostenrechnung kalkulatorisch aufgerechnet wurden. Diese Vermutung liegt auch nahe, weil öffentliche Einrichtungen beispielsweise in ihren Kostenrechnungen erheblich tiefere Verwaltungs- oder Anlagekosten ausweisen als private Einrichtungen.

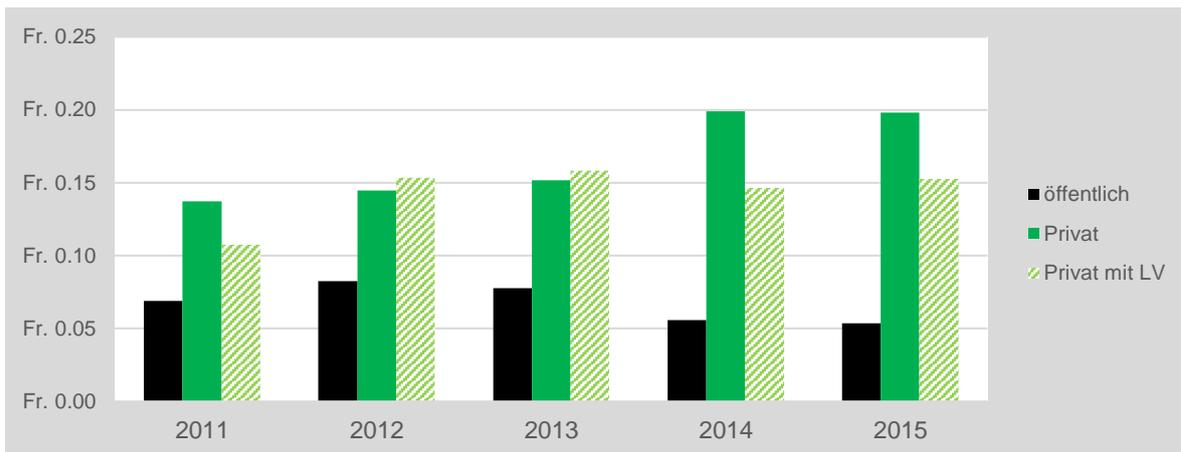


Abbildung 28: Nettokosten Anlagenutzung in Franken je Pflegeminute nach Trägerschaftsform (öffentlich, privat, privat mit Leistungsvereinbarung [LV]) für die Jahre 2011 bis 2015.

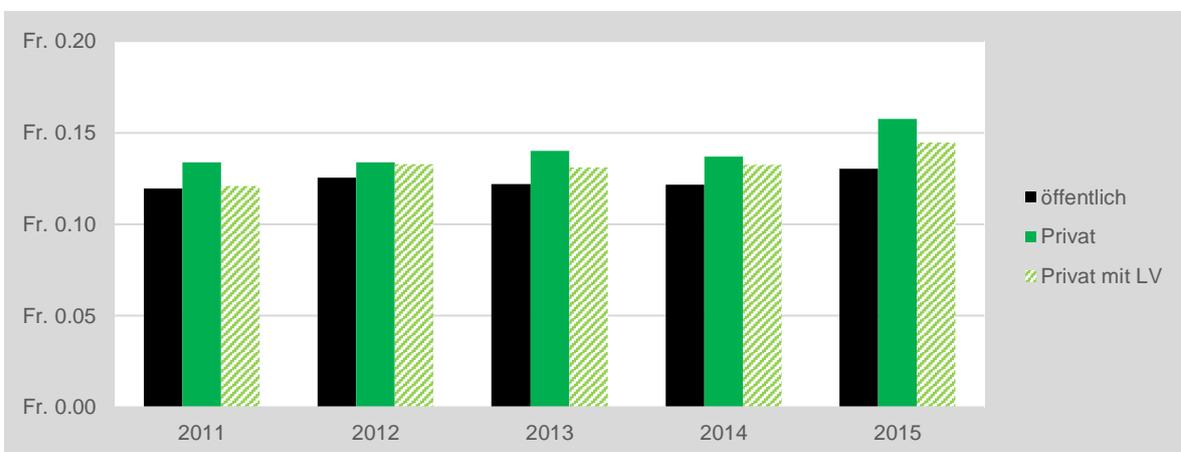


Abbildung 29: Nettokosten Leitung und Verwaltung in Franken je Pflegeminute nach Trägerschaftsform (öffentlich, privat, privat mit LV) für die Jahre 2011 bis 2015.

Sowohl von privater als auch von öffentlicher Seite wird oft die Forderung nach gleich langen Spiessen für öffentliche und private Leistungsanbieter gestellt. Obwohl weder im KVG noch im PFG eine Verpflichtung zur vollen Kostendeckung aller Leistungsbereiche vorgeschrieben wird, ist einer Vergleichbarkeit bzw. der Forderung nach gleich langen Spiessen nur dann genüge getan, wenn alle Einrichtungen eine hohe Kostentransparenz walten lassen. Wo für öffentliche Einrichtungen keine volle Kostendeckung (keine kostendeckenden Taxen) gefordert wird, sind beispielsweise zur vollen Vergleichbarkeit der Deckungsgrade zusätzlich zum Vollkostenausweis auch entsprechende Defizitübernahmen durch die öffentliche Hand in die Kostenvergleiche einzubeziehen. Gleichzeitig ist weiterhin darauf zu achten, dass unabhängig von der Art der Trägerschaft für alle Einrichtungen die gleichen qualitativen und betriebswirtschaftlichen Vorgaben gelten, was mit den qualitativen Mindestanforderungen, welche die Regierung allgemein verbindlich erliess, nun erreicht werden konnte.

#### 4.2.7 Überprüfung Höchstansätze Ergänzungsleistungen

Ein Grossteil der Personen, die von der öffentlichen Hand Beiträge der Pflegefinanzierung beziehen, ist auf EL angewiesen (rund 60 Prozent). In den Jahren 2011 und 2012 hatten sich viele Personen, die nicht auf EL angewiesen waren, noch nicht zum Bezug von Beiträgen aus der Pflegefinanzierung angemeldet.

Jahr	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Personen mit Pflegefinanzierung</b>	3'071	3'340	3'548	3'632	3'692
<b>davon mit EL</b>	2'077 <b>68 %</b>	2'055 <b>62 %</b>	2'120 <b>60 %</b>	2'169 <b>60 %</b>	2'229 <b>60 %</b>
<b>davon ohne EL</b>	994 <b>32 %</b>	1'285 <b>38 %</b>	1'428 <b>40 %</b>	1'463 <b>40 %</b>	1'463 <b>40 %</b>
<b>davon abgerechneter EL-Höchstansatz (Fr. 180.–)</b>					453 <b>12 %</b>

Abbildung 30: Anzahl Personen, die Beiträge der öffentlichen Hand zur Pflegefinanzierung beziehen mit Unterscheidung, ob sie EL beziehen oder nicht sowie Anzahl Personen, bei denen der EL-Höchstansatz von Fr. 180.– angerechnet wird.

Bei den EL wird zwischen Existenzsicherung und heimbedingten Kosten unterschieden. Bei Personen zu Hause gelten die gesamten periodischen EL als Existenzsicherung. Bei Personen im Heim wird berechnet, wie hoch die EL wäre, wenn die Person zu Hause statt im Heim leben würde. Die über die Existenzsicherung im Heim hinausgehenden Kosten - man kann diese als heimbedingte Mehrkosten bezeichnen - müssen die Kantone vollumfänglich selber finanzieren. In der nachfolgenden Übersicht über die heimbedingten Mehrkosten der EL (Kantonsanteil) sind lediglich die Mehrkosten der EL zur AHV berücksichtigt. Nicht berücksichtigt sind heimbedingte Mehrkosten der EL zur IV, da der Grossteil dieser Mehrkosten an Personen in Behinderteneinrichtungen und nicht an Personen in Betagten- und Pflegeheimen ausgerichtet werden.

Jahr	2011	2012	2013	2014	2015
<b>heimbedingte Mehrkosten EL zu AHV (in Mio. Franken)</b>	78,8 Mio.	72,1 Mio.	74,3 Mio.	78,8 Mio.	81,5 Mio.

Abbildung 31: Heimbedingte Mehrkosten (EL zur AHV) für die Jahre 2011 bis 2015.

Mit der Einführung der Pflegefinanzierung wurde die anrechenbare Tagespauschale für Pension und Betreuung bei den EL bei Fr. 180.– je Tag belassen. Gleichzeitig wurde festgehalten, dass im Rahmen des Wirkungsberichts zu überprüfen sei, ob dieser Ansatz für eine wirtschaftliche Leistungserbringung in der geforderten Qualität ausreichend ist.

Mit den EL haben die betroffenen Personen insbesondere ihre durch Höchstansätze limitierten persönlichen Beiträge an die Pflegekosten sowie die Taxen für Betreuungs- und Pensionskosten zu finanzieren (vgl. Abschnitt 3.2). Zudem müssen die Einrichtungen damit die entsprechenden Kosten decken können. Die Einrichtungen weisen im Jahr 2015 einen Deckungsgrad der Gesamtkosten von 96,9 Prozent aus. Eine isolierte Betrachtung dieser Auswertung liesse auf eine ungenügende Finanzierungsbasis und damit unter Umständen auch auf einen Anpassungsbedarf der EL-Höchstansätze schliessen. In der Berechnung der Deckungsbeiträge sind aber auch nicht direkt kostenwirksame kalkulatorische Kosten enthalten (vgl. Abschnitt 4.1.2). Ohne diese Kosten weisen die Einrichtungen auch im Jahr 2015 einen Kostendeckungsgrad von 102,0 Prozent aus. Dies deutet darauf hin, dass die EL-Höchstansätze derzeit zur Kostendeckung ausreichen. Dieser Umstand wird auch durch die Ergebnisse einer Gemeindeumfrage bestätigt, wonach keine Gemeinde feststellen konnte, dass pflegebedürftige Personen vermehrt auf Sozialhilfe angewiesen waren.

Geht man davon aus, dass in absehbarer Zeit durch eine Erhöhung der Pflegehöchstansätze auch die Pflegekosten wieder gedeckt werden können, wird sich dies auch in einem verbesserten Deckungsgrad der Gesamtkosten manifestieren. Die dortige Unterdeckung geht, wie vorgängig aufgezeigt, auf die Unterdeckung bei den Pflegekosten zurück. Aufgrund dieser Ausgangslage ist

derzeit eine Erhöhung der EL-Höchstansätze nicht angezeigt. Sollte sich die allgemeine Kostenentwicklung in absehbarer Zeit jedoch erheblich verändern, kann die Regierung durch eine Anpassung von Art. 1 der Verordnung über die nach ELG anrechenbare Tagespauschale (sGS 351.52) reagieren. Zudem sind jeweils auch interkantonale Vergleiche heranzuziehen.

#### **4.2.8 Zuständigkeit Pflegefinanzierung (interkantonal)**

Bei der Einführung der Pflegefinanzierung wurde die Regelung der Zuständigkeit für die Pflegefinanzierung bei interkantonomer Nutzung von Angeboten nicht wie im Bereich der EL auf Bundesebene gemäss Herkunftsprinzip (Wohnsitzkanton vor Heimeintritt bzw. Zuständigkeit der Wohnsitzgemeinde bei ambulanten Leistungen) festgelegt. Der Kanton St.Gallen hatte sich schon vor Vollzugsbeginn der Pflegefinanzierung dafür ausgesprochen. Damit hätten Abhängigkeiten zwischen EL und Pflegefinanzierung beachtet werden können. Rund 60 Prozent der Leistungsbeziehenden von Pflegefinanzierungsbeiträgen beziehen auch EL. Mit dem Herkunftsprinzip würde vermieden, dass über die Bereitstellung von Angeboten letztlich Pflegefinanzierungspflichtigen gesteuert oder umgangen werden könnten. Das Standortprinzip (Standortkantone / -gemeinden finanzieren Pflege in ihren Einrichtungen, unabhängig von der Herkunft der Bewohnenden) könnte nämlich dazu führen, dass dringende Angebotsausbauten hinausgezögert würden und eine Unterversorgung entstünde. Um die Versorgungssicherheit, wie sie das KVG vorschreibt, zu achten, ist das Herkunftsprinzip auf Bundesebene gesetzlich wie im ELG auch im KVG zu verankern.

Mangels einer nationalen Klärung haben die meisten Kantone wie der Kanton St.Gallen innerkantonales Herkunftsprinzip gesetzlich verankert. Interkantonal konnten sich die Kantone jedoch nicht auf eine einheitliche Regelung einigen, was vermehrt zu Streitfällen geführt hat und die bestehende Wahlfreiheit faktisch einschränkt. Mit dem Vorschlag der Gesetzesanpassung in Folge der parlamentarischen Initiative 14.417 «Nachbesserung der Pflegefinanzierung» soll das Herkunftsprinzip, wie auch vom Kanton St.Gallen stets gefordert, nun auch bei der Pflegefinanzierung auf Bundesebene gesetzlich verankert werden. Die Vorlage befindet sich im Beratungsprozess der eidgenössischen Räte.

Mit der geplanten Gesetzesanpassung auf Bundesebene sollen bei einem ausserkantonalen Heimaufenthalt oder dem Bezug von ausserkantonalen ambulanten Leistungen in Bezug auf die Restfinanzierung der Pflegekosten die Regeln des Herkunftskantons angewendet werden. Dies hat den Vorteil, dass für alle mit demselben Herkunftskanton die gleichen Regeln gelten und der Anspruch auf Pflegefinanzierung für alle St.Gallerinnen und St.Galler gleich hoch ist. Weiter muss so auch kein Kanton die Regeln eines anderen Kantons übernehmen. Diese Lösung hat allerdings folgenden Nachteil: Es kann vorkommen, dass der Restfinanzierungsbeitrag des Herkunftskantons nicht ausreicht, um die Restkosten der Pflege im Standortkanton des Angebots zu decken. Somit müssten die betroffenen Personen von den Pflegekosten mehr als den vom Bund vorgegebenen maximalen Selbstbehalt übernehmen. Dies entspricht allerdings auch der Regelung bei den EL. Auch dort werden die Regeln der EL aus dem Herkunftskanton bei ausserkantonalem Heimaufenthalt angewendet. Nur so kann vermieden werden, dass Personen bewusst Einrichtungen in Kantonen auswählen, die höhere Abgeltungen beim Heimaufenthalt vorsehen.

Trotz dieser klaren Ausgangslage bleibt zu beachten, dass es auch unterstützungswürdige Gründe gibt, weshalb eine Einrichtung in einem anderen Kanton gewählt werden muss: Insbesondere nämlich dann, wenn rasch ein Platz benötigt wird, oder die betagte Person in eine Einrichtung möchte, die in der Nähe des Wohnorts ihrer Angehörigen liegt. Es gibt zudem Fälle, in denen die Spitex aus der Nachbargemeinde, die aber im Nachbarkanton liegt, im Gegensatz zur lokalen Organisation auch in der Nacht Pflegeleistungen anbietet. Aus kantonaler Sicht ist eine Analogie zwischen Pflegefinanzierung und EL vorzuziehen. Somit ist zu unterstützen, dass bei ausserkantonalem Heimaufenthalt die Regelungen des Herkunftskantons sowohl bei den EL wie auch bei der Pflegefinanzierung gelten.

## 5 Ambulante Pflege und Betreuung

### 5.1 Leistungs- und Kostenentwicklung

#### 5.1.1 Das Wichtigste in Kürze

In diesem Kapitel ist erläutert, dass:

- die Gesamtkosten für die ambulante Pflege seit dem Jahr 2011 von 34 auf 43 Mio. Franken gestiegen sind;
- der Kanton zur Restkostenfinanzierung durch die Gemeinden keine Angaben machen kann, da die Finanzierung der ambulanten Pflege in der Verantwortung der Gemeinden liegt;
- die Mehrheit der Pflegeleistungen auf den Bereich der Grundpflege fällt (56 Prozent);
- 88 Prozent der Pflegestunden von gemeinnützigen Leistungserbringenden erbracht wird;
- der Anteil der privaten Organisationen an den Pflegestunden von 4 auf 9 Prozent zugenommen hat;
- der Pflegeanteil gemessen am Total aller Spitex-Leistungen bei den öffentlichen Organisationen viel grösser ist als bei den privaten Organisationen;
- die Anzahl der Pflegestunden seit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung angestiegen ist (ebenfalls zugenommen haben die durchschnittlichen Pflegestunden je Patient, die Zahl der gepflegten Patientinnen und Patienten liegt fast unverändert bei rund 10'000);
- die Verdoppelung der Patientenbeteiligung einen Anstieg der EL zur Folge hat.

#### 5.1.2 Überblick über die Kosten- und Leistungsentwicklung

Da die Finanzierung der ambulanten Pflege vollumfänglich in der Verantwortung der Gemeinden liegt, verfügt das Gesundheitsdepartement über keine Finanzdaten. Um für den vorliegenden Wirkungsbericht eine Datengrundlage zu erhalten, wurde bei den 77 St.Galler Gemeinden eine Umfrage durchgeführt. Von 55 Gemeinden liegen Rückmeldungen vor. Die Daten der Gemeinden wurden mit Daten aus der Spitex-Statistik ergänzt.

Die folgende Übersicht zeigt die Entwicklung der Kosten für die ambulante Pflege in absoluten und relativen Zahlen.

In Franken	2011	2012	2013	2014	2015
Versicherer	28'771'497	28'690'883	30'806'338	31'076'542	32'106'437
Patienten	2'006'045	2'269'036	2'607'306	5'016'212	5'099'335
Gemeinden	3'635'605	4'397'063	4'607'259	3'381'718	6'286'671
<b>Total Kosten</b>	34'413'147	35'356'983	38'020'903	39'474'472	43'492'443

In Prozent	2011	2012	2013	2014	2015
Versicherer	84 %	81 %	81 %	79 %	74 %
Patienten	6 %	6 %	7 %	13 %	12 %
Gemeinden	10 %	13 %	12 %	8 %	14 %
<b>Total Kosten</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Abbildung 32: Kosten für die ambulante Pflege in absoluten und relativen Zahlen nach Finanzierende für die Jahre 2011 bis 2015; Quelle: Fachstelle für Statistik.

Die Zahlen zu den Kosten der Gemeinden sind eine grobe Schätzung und beruhen auf einer theoretischen Umverteilung, welche die kantonale Fachstelle für Statistik durchgeführt hat. Grund für diese Umverteilung ist die Tatsache, dass im Kanton St.Gallen einige Gemeinden nicht zwischen der Restfinanzierung für KLV-Leistungen und der Vergütung für gemeinwirtschaftliche Leistungen (z.B. Defizitgarantie) unterscheiden. Darum fehlen konkrete Angaben über die Restfinanzierung der Gemeinden.

Die folgenden Zahlen zeigen, dass die Pflegestunden und die Einnahmen je Patientin bzw. Patient seit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung angestiegen sind.

	2011	2012	2013	2014	2015
Anzahl Pflegestunden	449'704	455'936	493'983	513'583	525'617
Anzahl Patienten	10'149	9'848	10'326	9'713	9'911
Einnahmen Leistungserbringende in Franken	34'413'147	35'356'983	38'020'903	39'474'472	43'492'443
Einnahmen je Patient in Franken	3'390.80	3'590.30	3'682.10	4'064.10	4'388.30

Abbildung 33: Anzahl Pflegestunden, Anzahl Patienten sowie Einnahmen der Leistungserbringenden und Einnahmen je Patient in Franken für die Jahre 2011 bis 2015; Quelle: Fachstelle für Statistik.

Mehr als die Hälfte der Pflegeleistungen wird im Bereich der Grundpflege (Art. 7c KLV) erbracht.<sup>8</sup>

Pflegeleistung	2011		2012		2013		2014		2015	
	Std.	Anteil								
KLV Art. 7a	30'970	7 %	29'816	7 %	34'986	7 %	36'246	7 %	36'834	7 %
KLV Art. 7b	176'030	39 %	15'112	34 %	182'433	37 %	185'125	36 %	194'232	37 %
KLV Art. 7c	242'704	54 %	271'008	59 %	276'564	56 %	292'212	57 %	294'551	56 %
<b>Total</b>	<b>449'704</b>	<b>100 %</b>	<b>455'936</b>	<b>100 %</b>	<b>493'983</b>	<b>100 %</b>	<b>513'583</b>	<b>100 %</b>	<b>525'617</b>	<b>100 %</b>

Abbildung 34: Pflegeleistungen nach Art in Stunden absolut und anteilmässig für die Jahre 2011 bis 2015; Quelle: Fachstelle für Statistik.

Die grosse Mehrheit der Pflegestunden wird von öffentlichen Spitex-Organisationen geleistet (88 Prozent). Neun Prozent wird von den privaten Organisationen und rund drei Prozent von den freiberuflichen Pflegefachpersonen übernommen. Der Anteil der privaten Organisationen an den Pflegestunden hat seit der Einführung der Statistikpflicht im Jahr 2010 von vier auf neun Prozent zugenommen.

Wenn die Aufschlüsselung gemäss den drei Pflegemassnahmen nur für die 15 privaten Organisationen erfolgt, zeigt sich, dass diese durchschnittlich mehr über die Grundpflege (Art. 7c KLV) abrechnen.

Pflegeleistung	2011		2012		2013		2014		2015	
	Std.	Anteil								
KLV Art. 7a	1'866	8 %	1'901	6 %	881	3 %	1'467	4 %	1'848	4 %
KLV Art. 7b	3'011	13 %	4'898	16 %	4'086	13 %	4'858	12 %	6'592	16 %
KLV Art. 7c	17'789	78 %	24'432	78 %	26'461	84 %	35'174	85 %	33'024	80 %
<b>Total</b>	<b>22'666</b>	<b>100 %</b>	<b>31'231</b>	<b>100 %</b>	<b>31'428</b>	<b>100 %</b>	<b>41'499</b>	<b>100 %</b>	<b>41'464</b>	<b>100 %</b>

Abbildung 35: Von privaten Organisationen erbrachte Pflegeleistungen nach Art in Stunden absolut und anteilmässig für die Jahre 2011 bis 2015; Fachstelle für Statistik.

<sup>8</sup> Ohne Leistungen der AÜP. Auch nicht erfasst werden Leistungsstunden, die von Care-Migrantinnen oder Care-Migranten erbracht werden. Diese Leistungen werden weder statistisch erfasst noch von den Krankenkassen vergütet. Auch die Pflegeleistungen, die durch Angehörige und Freiwillige erbracht werden, können nicht beziffert werden.

Unterschiede gibt es ebenfalls beim Anteil der Pflegeleistungen am Total sämtlicher Spitex-Leistungen<sup>9</sup>. Die öffentlichen Spitex-Organisationen weisen einen grösseren Anteil an Pflegeleistungen auf als die privaten. Ein Grund dafür könnte die Versorgungspflicht der öffentlichen Organisationen sein: Sie müssen alle Patientinnen und Patienten pflegen, wohingegen die privaten Organisationen ihre Patientinnen und Patienten selber wählen können.

<b>Anteil Pflegestunden am Total der Stunden</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Öffentliche Spitex-Organisationen	52 %	52 %	54 %	54 %	56 %
Private Spitex-Organisationen	40 %	41 %	53 %	44 %	30 %

Abbildung 36: Pflegeleistungen nach Rechtsform Leistungserbringende für die Jahre 2011 bis 2015; Quelle: Fachstelle für Statistik.

Die folgende Übersicht zeigt die Zahl der betreuten Patientinnen und Patienten seit dem Jahr 2011 (ohne AÜP) und den Durchschnitt der geleisteten Pflegestunden je Patientin bzw. Patient. Der Pflegeaufwand je Person steigt, was ein Zeichen für eine zunehmende Komplexität der Pflegefälle sein könnte.

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Frauen	6'580	6'409	6'657	6'117	6'062
Männer	3'569	3'439	3'669	3'596	3'849
Total	10'149	9'848	10'326	9'713	9'911
Ø geleistete Pflegestunden je Patientin bzw. Patient	44	46	48	53	53

Abbildung 37: Zahl der Patientinnen und Patienten sowie Durchschnitt der geleisteten Pflegestunden je Patientin bzw. Patient für die Jahre 2011 bis 2015; Quelle: Fachstelle für Statistik; Spitex-Statistik.

### 5.1.3 Entwicklung der Restkosten (Gemeinde-Anteil)

Die Umfrage bei den Gemeinden zur Entwicklung der Restkosten zeigt folgendes Ergebnis: Von den 55 teilnehmenden Gemeinden konnten 31 Gemeinden Angaben zur Restfinanzierung machen. Eine nähere Überprüfung dieser Daten ergab, dass die Qualität der Daten unzureichend ist. Die Zahlenreihen sind teilweise unvollständig (Angaben zu einzelnen Jahren fehlen) oder nicht plausibel (zu hohe bzw. zu kleine Restfinanzierung verglichen mit der Gemeindegrösse). Ein Vergleich zwischen den einzelnen Gemeinden oder aussagekräftige Interpretationen, Analysen und Empfehlungen sind deshalb nicht möglich.

Um trotzdem eine Tendenz der ungefähren Grösse der geleisteten Restfinanzierung durch die Gemeinden zu erhalten, hat die kantonale Fachstelle für Statistik mit Daten aus der Spitex-Statistik eine theoretische Umverteilung vorgenommen (vgl. Abschnitt 5.1.2). Dabei wurde anhand der geleisteten Pflegestunden und der kantonalen Höchstansätze die theoretisch geleistete Restfinanzierung berechnet. Dieser Wert ist nur als grobe Schätzung zu verstehen. Er dürfte in der Realität höher liegen, da die Patientenbeteiligung auf Fr. 15.95 je Tag beschränkt ist.

<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Fr. 3'635'605</b>	<b>Fr. 4'397'063</b>	<b>Fr. 4'607'259</b>	<b>Fr. 3'381'718</b>	<b>Fr. 6'286'671</b>

Abbildung 38: Theoretisch geleistete Restfinanzierung durch die Gemeinden für die ambulante Pflege für die Jahre 2011 bis 2015; Quelle: Fachstelle für Statistik, theoretisch umverteilte Gemeindebeiträge.

<sup>9</sup> Zu den Spitex-Kernleistungen gehören neben den pflegerischen Leistungen hauswirtschaftliche und sozialbetreuende Leistungen sowie der Mahlzeitendienst.

Der Rückgang des Totals im Jahr 2014 erklärt sich durch die Verdoppelung der Patientenbeteiligung, die auf Anfang 2014 eingeführt wurde.

#### 5.1.4 Verdoppelung der Patientenbeteiligung

Die Verdoppelung der Patientenbeteiligung von 10 auf 20 Prozent per Januar 2014 sollte die Gemeinden bei der Restfinanzierung der ambulanten Pflege entlasten. Ein Vergleich der Zahlen aus den Jahren 2013 und 2014 zeigt, dass die Gemeinden tatsächlich entlastet wurden und zwar um rund 1,2 Mio. Franken. In der Botschaft zum II. Nachtrag zum PFG (nGS 2014-028 / 22.13.06) wurde von einer Entlastung der Gemeinden im Umfang von rund 1,8 Mio. Franken ausgegangen, wobei die Entlastung aufgrund einer fehlenden Datenbasis nur geschätzt werden konnte.

	2011	2012	2013	2014	2015
Patientenbeteiligung in Franken	2'006'045	2'269'036	2'607'306	5'016'212	5'099'335
Anzahl Patienten	10'149	9'848	10'326	9'713	9'911
Durchschnittliche Patientenbeteiligung in Franken	197.65	230.40	252.50	516.45	514.50

Abbildung 39: Patientenbeteiligung total und durchschnittlich je Patientin bzw. Patient in Franken für die Jahre 2011 bis 2015; Quelle: Fachstelle für Statistik.

#### 5.1.5 Erhöhung der Ergänzungsleistungen

Die Erhöhung der Eigenbeteiligung hat eine Erhöhung der Ausgaben bei den EL zur Folge. Die EL werden durch den Kanton finanziert. Die Auswertung der SVA St.Gallen zeigt die Entwicklung der EL vor und nach der Erhöhung der Patientenbeteiligung.

	2013	2014	2015
Ausbezahlte EL in Franken	353'968	609'620	896'106
Anzahl Personen	973	1'074	1'152
Ø EL je Person in Franken	364	568	778

Abbildung 40: Rückerstattung EL-Krankheitskosten bzw. Selbstbehalt Pflegekosten ambulant in Franken für die Jahre 2013 bis 2015; Quelle: SVA St.Gallen.

#### 5.1.6 Regelungen in den Nachbarkantonen

Folgende Restfinanzierungsregelungen gelten in den Nachbarkantonen des Kantons St.Gallen.

Kanton	Patientenbeteiligung	Kostenträger Restfinanzierung
SG	20 % der verrechneten Kosten für Pflegeleistungen nach KLV, höchstens Fr. 15.95 je Tag	Gemeinden
ZH	Fr. 8.00 je Tag, an dem Pflegeleistungen nach KLV bezogen werden	Gemeinden
TG	10 % der verrechneten Kosten für Pflegeleistungen nach KLV, höchstens Fr. 15.95 je Tag	Gemeinden
AR	Verrechnete Kosten für Pflegeleistungen nach KLV, höchstens Fr. 8.00 je Tag	Gemeinden
AI	10 % der verrechneten Kosten für Pflegeleistungen nach KLV, höchstens Fr. 8.00 je Tag	Kanton
GR	10 % der verrechneten Kosten für Pflegeleistungen nach KLV, höchstens Fr. 8.00 je Tag	Kanton 55 % Gemeinden 45 %

Kanton	Patientenbeteiligung	Kostenträger Restfinanzierung
GL	Maximum nach Art. 25a Abs. 5 KVG, die Gemeinden können tiefere Kostenbeteiligungen festlegen	Gemeinden
SZ	10 % der verrechneten Kosten für Pflegeleistungen nach KLV, höchstens Fr. 8.00 je Tag	Gemeinden

Abbildung 41: Auszug Auswertung Umfrage GDK-Ost-Kantone (Stand: Juni 2015); Quellen: Gutachten über die Umsetzung der Spital- und Pflegefinanzierung im Kanton Graubünden, Webseiten der kantonalen Spitex-Organisationen.

## 5.2 Problemfelder

### 5.2.1 Das Wichtigste in Kürze

In diesem Abschnitt ist erläutert, dass:

- die Höchstansätze seit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 nicht mehr angepasst wurden;
- öffentliche Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht die gemeinwirtschaftlichen Aufgaben nach Leistungsvereinbarung mit der Gemeinde separat entschädigt erhalten;
- die Invalidenversicherung (IV) die Leistungen der Kinder-Spitex nach wie vor nicht kostendeckend finanziert und darum die Gemeinden diese Lücke finanzieren;
- die Gemeinden den administrativen Aufwand für die Abwicklung als beträchtlich einstufen und sie darum eine Optimierung der Strukturen an die Hand nehmen werden;
- die Gemeinden die Restkosten für die Pflegefinanzierung in ihrer Buchhaltung teilweise nicht klar abgrenzen und darum keine aussagekräftigen Steuerungsdaten vorliegen.

### 5.2.2 Kantonale Höchstansätze

Die kantonalen Höchstansätze für die ambulante Pflege wurden von der Regierung festgelegt und sind in Art. 11 der Verordnung über die Pflegefinanzierung festgehalten (sGS 331.21). Sie betragen aktuell:

- Fr. 101.10 je Pflegestunde für Abklärung und Beratung;
- Fr. 82.85 je Pflegestunde für Untersuchung und Behandlung;
- Fr. 69.15 je Pflegestunde für Grundpflege.

Die Höchstansätze begrenzen die Restfinanzierungspflicht der Gemeinden nach oben. Leistungserbringende, die teurer produzieren, haben daher keinen Anspruch auf vollständige Kostendeckung.

Die Festsetzung der Höchstansätze für die ambulante Pflege basierte auf den Zahlen des Spitex-Benchmark-Tools 2009 vom Spitex-Verband des Kantons St.Gallen und stützte sich auf die Auswertung von Kostenrechnungen öffentlicher Spitex-Organisationen aus dem Jahr 2009.

Wie bei der stationären Pflege wurde auch im ambulanten Bereich auf eine Regelung bezüglich Anpassung der Höchstansätze verzichtet. Die Regierung kann bei ausgewiesenem Bedarf die Höchstansätze in einem Nachtrag zur Verordnung anpassen. Spätestens bei einer Anpassung der KLV-Tarife durch den Bund werden jedoch auch die kantonalen Höchstansätze überprüft. Seit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 haben weder der Bund noch der Kanton St.Gallen die jeweiligen Höchstansätze angepasst.

Die Höchstansätze werden angewendet bei Spitex-Organisationen ohne Leistungsvereinbarung mit einer Gemeinde. Für sie gilt keine Versorgungspflicht, so dass diese Leistungserbringenden einen Auftrag von wirtschaftlichen Kriterien abhängig machen können (z.B. kurze Anfahrtswege).

Spitex-Organisationen mit Leistungsvereinbarung müssen für die jeweilige Gemeinde den Service public sicherstellen und sind darum verpflichtet, alle Patientinnen und Patienten im Vertragsgebiet zu betreuen. Dadurch kann diesen Leistungserbringenden ein Defizit entstehen, das die Gemeinde mit höheren Stundenansätzen oder einer Defizitgarantie ausgleichen kann. Nur mit einer kostendeckenden Entschädigung können Versorger mit Leistungsvereinbarung ihren Auftrag in der vorgeschriebenen Qualität erbringen.

Dem Gesundheitsdepartement liegen keine Angaben über die aktuellen Vollkosten der im Kanton St.Gallen tätigen Spitex-Leistungserbringer vor, da die Finanzierung und damit auch die Finanzdaten vollumfänglich in der Verantwortung der Gemeinden liegen. Darum fehlen auch aussagekräftige Angaben darüber, ob die Höchstansätze für die Pflegekosten noch kostendeckend sind.

Zusätzlich zu den Vereinbarungen mit Leistungserbringern sind gemäss Umfrage 44 St.Galler Gemeinden verschiedenen Rahmenverträgen beigetreten, welche die Vereinigung St.Galler Gemeindepräsidentinnen und Gemeindepräsidenten (VSGP) mit den folgenden vier Verbänden ausgehandelt hat:

- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Sektion St.Gallen, Thurgau, Appenzell;
- Association Spitex privée Suisse (ASPS);
- Krebsliga St.Gallen-Appenzell;
- Spitex Verband SG | AR | AI.

Diese Rahmenverträge bringen beiden Parteien den Vorteil einer einfacheren administrativen Abwicklung. Damit muss nicht jede Gemeinde bei jedem einzelnen Rechnungssteller überprüfen, ob dieser die Voraussetzungen für die Restfinanzierung erfüllt. Die Verbände stehen stellvertretend für ihre Mitglieder gegenüber der VSGP für die Erfüllung ein. Die VSGP ihrerseits übernimmt für die beigetretenen Gemeinden die Kontrollfunktion. Die Verträge umfassen ebenfalls einen pauschalen Restfinanzierungsansatz für alle drei Pflegemassnahmen, was die Abrechnung für beide Parteien zusätzlich vereinfacht.

Diese Rahmenverträge wurden nacheinander abgeschlossen. Die zeitliche Staffelung führte allerdings zu einer gewissen Heterogenität der Vertragswerke, was die beabsichtigte Vereinfachung verminderte. Dieses Nebeneinander verschiedener Rahmenverträge mit unterschiedlichen Konditionen bewog die VSGP im Herbst 2016, eine Arbeitsgruppe einzusetzen, die nach Möglichkeiten einer Vereinheitlichung und Vereinfachung der Abrechnungsprozesse sucht.

### **5.2.3 Ungedekte Leistungen der Kinder-Spitex**

Die Pflege von Kindern mit einem Geburtsgebrechen wird grundsätzlich von der IV finanziert. Betroffene Personen haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die notwendigen medizinischen Leistungen. Für die Finanzierung der Kinder-Spitex sind die Tarife der IV allerdings zu tief.

Seit Inkrafttreten der Pflegefinanzierung und bis zum 31. Dezember 2015 hat die IV den Spitex-Organisationen jeweils den Tarif nach Art. 7a KLV vergütet (Fr. 79.80 je Std. für Abklärung und Beratung und Fr. 65.40 je Std. für Untersuchung und Behandlung). Die Kosten für die Grundpflege werden von der IV nicht übernommen.

Diese Beiträge sind aber nicht kostendeckend, da die Pflegeleistungen der Kinder-Spitex wegen der hohen Spezialisierung teurer sind. Im Bereich der IV ist eine Restfinanzierung durch Kantone bzw. Gemeinden grundsätzlich nicht vorgesehen. Trotzdem stellen die Versorger das Defizit der Behandlungskosten den Gemeinden in Rechnung. Bei schweren oder chronischen Erkrankungen können Gemeinden mit sehr hohen Kosten konfrontiert werden, zumal bei Kindern und Jugendlichen keine Patientenbeteiligung verrechnet werden kann. Trotzdem bezahlen betroffene Gemeinden mehrheitlich die Restkosten, um Härtefälle zu vermeiden.

Im Vergleich zu anderen Kantonen gibt es im Kanton St.Gallen keine Leistungsvereinbarung zwischen der VS GP (Gemeinden) und der Kinder-Spitex. Falls eine St.Galler Gemeinde mit einem Kinder-Spitex-Fall (IV) konfrontiert wird, erfolgt in der Regel eine Einzelfall-Prüfung. Finanziell sehr aufwändige Fälle können auch dem innerkantonalen Sonderlastenausgleich eingereicht werden.

Auf Druck der GDK und nach langwierigen Verhandlungen zwischen dem Spitex-Verband Schweiz, der Association Spitex privée Suisse und der IV hat das Bundesamt für Sozialversicherungen per 1. Januar 2016 Übergangstarife für höchstens ein Jahr festgelegt: Vorübergehend bezahlt die IV Fr. 98.– für Massnahmen der Abklärung und Beratung sowie Fr. 93.– für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung. Die IV geht davon aus, dass diese Tarife bei einer einfachen und effizienten Leistungserbringung kostendeckend sind.

Ziel der GDK ist es, die Verhandlungen weiterzuführen, die Kosten zu überprüfen und die Tarife der IV so anzupassen, dass die öffentliche Hand in Zukunft keine Restfinanzierung mehr übernehmen muss.

#### **5.2.4 Administrativer Aufwand**

Die Systematik zur Abrechnung der ambulanten Pflegefinanzierung funktioniert wie folgt: Die Leistungserbringenden rechnen die Pflegeleistung mit den Krankenversicherern ab (Tiers payant). Diese wiederum verrechnen der Patientin oder dem Patienten Selbstbehalt und Franchise. Den Betrag der Restfinanzierung, der von der Gemeinde getragen wird, stellen die Leistungserbringenden direkt der Gemeinde in Rechnung nach Art. 13 der Verordnung über die Pflegefinanzierung (sGS 331.21).

Die Rückmeldungen der Gemeinden zeigen, dass der administrative Aufwand für diese Abwicklung als beträchtlich eingestuft wird und die Kontrolle der Rechnungen von privaten Spitex-Organisationen und selbständigen Pflegefachpersonen aufwändig ist. Als Beispiel werden private Organisationen genannt, die immer die Höchstansätze verrechnen ohne ihre tatsächlichen Kosten auszuweisen. Eine detaillierte Überprüfung dieser Rechnungen sei nur mit umfangreichem Fachwissen und beträchtlichem Aufwand möglich, was besonders kleine Gemeinden mit wenigen Spitex-Fällen vor Probleme stellt.

Aus Sicht der Gemeinden wäre es wünschenswert, wenn die privaten Organisationen und die selbständigen Pflegefachpersonen ihre abgerechneten Leistungen deklarieren müssen. Ausserdem sollte der administrative Ablauf möglichst der Systematik bei der stationären Pflege angeglichen werden (z.B. jährlich nur eine Abrechnung der Restfinanzierung, Kontrolle der Rechnung durch Patientinnen und Patienten). Eine einheitliche Rechnungsvorlage für sämtliche Leistungserbringenden könnte den administrativen Aufwand verkleinern und gleichzeitig die Vergleichbarkeit der einzelnen Versorger verbessern. Den Gemeinden ist bewusst, dass es an ihnen wäre, die Situation zu verbessern und allfällige Korrekturen vorzunehmen. Der Kanton St.Gallen hat seine Unterstützung angeboten. Die VS GP hat im Rahmen einer Aussprache betont, dass sie die Optimierung der Strukturen selber an die Hand nehmen werde.

#### **5.2.5 Abgrenzung der Restkosten**

Grundsätzlich müssen die Gemeinden im Kanton St.Gallen für die Verbuchung ihrer Aufwände und Erträge den vorgegebenen Kontenrahmen des Departementes des Innern benutzen. Für die Restkosten der Pflegefinanzierung sind die Funktionen 41 (Restkosten stationäre Pflege) und 42 (Restkosten ambulante Pflege) vorgesehen. Alle gemeinwirtschaftlichen Leistungen, wie beispielsweise die Versorgungspflicht oder die Ausbildung von Pflege- und Betreuungspersonal, sind über die Funktion 45 (Ambulante Krankenpflege, Geburtshilfe) zu verbuchen. Wenn sich die Gemeinden an diese Vorgaben halten, können sie die Zahlen statistisch korrekt auswerten und die Daten als Analyse- und Planungsinstrument benutzen.

Gemäss Auskunft des Amtes für Gemeinden wird der Kontenrahmen bei der Verbuchung der ambulanten Pflegekosten ungenügend eingehalten, so dass je nach Leistungsgruppe keine aussagekräftigen Auswertungen möglich sind. Ursache dafür sind die Rechnungen der Leistungserbringenden, welche die einzelnen Posten (Restfinanzierung, gemeinnützige Leistungen) nicht sauber aufgeschlüsselt ausweisen. Falls das Amt für Gemeinden bei einer Buchkontrolle Mängel feststellt, werden die Gemeinden darauf hingewiesen.

### **5.2.6 Qualitätsanforderungen für Spitex-Organisationen**

Im Kanton St.Gallen gibt es keine einheitliche Kontrolle über die Tätigkeit der Leistungserbringenden im Bereich der ambulanten Pflege. Die Kontrolle ist zwischen Kanton und Gemeinden aufgeteilt: Der Kanton St.Gallen kontrolliert die selbständigen Pflegefachpersonen und die Leistungserbringenden ohne kommunale Leistungsvereinbarung. Die Gemeinden kontrollieren die Spitex-Organisationen, mit denen sie eine Vereinbarung abgeschlossen haben. Diese geteilte Aufsicht zwischen Kanton und Gemeinden wird in der Umfrage teilweise als ungünstig empfunden, da sie eine Ungleichheit zwischen den verschiedenen Leistungserbringenden schaffen könnte. Die Kontrolle durch die Gemeinden wird vor allem dadurch erschwert, dass in den Vorständen der Spitex-Leistungserbringenden oftmals auch Gemeindevertretende Einsitz haben. Diese Tatsache widerspiegelt die schwierige Rolle der Gemeinden bei der ambulanten Pflege: Die Gemeinden sind gleichzeitig Anbietende, Kontrollierende und Finanzierende der ambulanten Pflege.

Diese Konstellation könnte die Entwicklung und Modernisierung der Spitex-Organisationen behindern und ineffiziente Strukturen und strukturelle Defizite zementieren. Der Grundsatz «ambulant vor stationär» kann aber nur mit einer innovativen und zeitgemässen ambulanten Versorgung gewährleistet werden.

Im Kanton St.Gallen fehlen insbesondere im Bereich von Psychiatriepflege, Kinder-Spitex, Palliative Care und Nacht-Spitex kantonsumspannende Angebote. Ausserdem gibt es keine Angaben darüber, wie die ambulanten Leistungen sinnvoll koordiniert und abgestimmt werden könnten. Auch fehlen verbindliche quantitative Vorgaben zur Ausbildung von Berufsnachwuchs in der Spitex (Ausbildung von Fachpersonen Gesundheit FaGe, dipl. Pflegefachpersonen HF bzw. FH). Für Spitex existieren bereits Ausbildungsverpflichtungen im Bereich der nicht-universitären Gesundheitsberufe. Für den Spitex-Bereich und für Pflegeheime gibt es keine Ausbildungsverpflichtungen, da die gesetzliche Grundlage fehlt. Die Ausbildung von Pflegenachwuchs durch Spitex-Betriebe erfolgt darum auf freiwilliger Basis.

## **6 Akut- und Übergangspflege (AÜP)**

### **6.1 Das Wichtigste in Kürze**

In diesem Abschnitt ist erläutert, dass:

- die AÜP im stationären Bereich praktisch nicht genutzt wird;
- die AÜP im ambulanten Bereich erst ab dem Jahr 2013 vermehrt verschrieben wird (Fall- und Stundenzahlen liegen allerdings auf tiefem Niveau);
- die AÜP mehrheitlich in der Altersklasse ab 65 Jahren verschrieben wird;
- die maximale Dauer für AÜP von zwei Wochen insbesondere für ältere Menschen deutlich zu kurz ist;
- der administrative Aufwand insbesondere für die Betagten- und Pflegeheime sehr hoch ist, während der Nutzen eher gering ausfällt.

## 6.2 Leistungs- und Kostenentwicklung

### 6.2.1 Akut- und Übergangspflege stationäre Pflege

Dieses Angebot wurde gemäss den Kostennachweisen der Einrichtungen in den vergangenen Jahren gar nicht genutzt. Aufgrund fehlender Daten sind deshalb weder Auswertungen zur Leistungs- noch zur Kostenentwicklung für diese Tarifkategorie möglich bzw. muss davon ausgegangen werden, dass in der stationären Pflege keine AÜP abgerechnet wurde. Sollte trotz zweifelhaftem Kosten-/Nutzenverhältnis auch nach der Evaluation durch den Bund an dieser Tarifkategorie festgehalten werden, müssen den Einrichtungen einerseits bessere Instrumente und einheitliche Vorgaben zur Erfassung der Leistungen, andererseits aber auch Angaben zur Kostenabgrenzung für die unter dieser Kategorie abgerechneten Leistungen zur Verfügung gestellt werden.

### 6.2.2 Akut- und Übergangspflege durch die Spitex

Die ambulante AÜP macht im Kanton St.Gallen verglichen mit den klassischen Spitex-Dienstleistungen nur einen Bruchteil aus. Allerdings wird diese Leistung unterdessen deutlich häufiger erbracht als in den ersten zwei Jahren nach Einführung der Pflegefinanzierung. Im Jahr 2015 wurden 5'518 Pflegestunden in der AÜP erbracht, zwei Drittel davon bei Patientinnen und Patienten über 65 Jahre.

## 6.3 Problemfelder

### 6.3.1 Hoher administrativer Aufwand – geringer Nutzen

Die bundesrechtlich festgelegte maximale Leistungsdauer von zwei Wochen für AÜP ist in der Praxis zu kurz. Insbesondere im stationären Langzeitbereich ist es erfahrungsgemäss in der Regel nicht möglich, nach einem Spitalaufenthalt von betagten Personen innerhalb von zwei Wochen den gleichen Gesundheitszustand wieder zu erlangen wie vor dem Spitaleintritt. Dementsprechend sind die Voraussetzungen für die ärztliche Verordnung von AÜP meist nicht gegeben und es muss ein regulärer Eintritt bzw. ein Wiedereintritt in ein Pflegeheim mit stationärer Pflegefinanzierung erfolgen.

Der hohe administrative Aufwand für Spitäler, Versorger und Finanzierende, der geringe Nutzen für die Bezügerinnen und Bezüger sowie die kurze Leistungsdauer sorgen ebenfalls dafür, dass die AÜP in der Praxis kaum angewendet wird.

Falls die Leistungsdauer von zwei Wochen nicht ausreicht, muss anschliessend auf reguläre ambulante bzw. stationäre Pflegefinanzierung umgestellt werden. Dies bedeutet eine andere Abwicklung und andere Kostenträger. Der einzige Nutzen für die Pflegebedürftigen besteht darin, dass sie für die AÜP keine Eigenbeteiligung an den Pflegekosten tragen müssen, was allerdings höchstens Fr. 218.40 (14 x Fr. 15.95 = Fr. 223.30) im ambulanten Bereich bzw. Fr. 302.40 im stationären Bereich ausmacht. Zudem werden diese Kosten ohnehin im Bedarfsfall mittels EL durch den Kanton übernommen nach Art. 3 Bst. a der Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den EL (sGS 351.53; abgekürzt VKB).

Die AÜP-Regelung muss grundsätzlich überarbeitet oder wieder abgeschafft werden. Dies muss allerdings auf Bundesebene erfolgen und kann nicht nur kantonally beschlossen werden. Entsprechende Anträge liegen national auch bereits vor und müssen im Rahmen der Evaluation der Pflegefinanzierung auf Bundesebene bearbeitet werden. Wenigstens im stationären Bereich sollte von der Fortführung einer besonderen Tarifkategorie AÜP, die sich zwischen Spital und Pflegeheim bewegt, abgesehen werden.

## 7 Ausblick und Entwicklungsfelder

### 7.1 Das Wichtigste in Kürze

In diesem Abschnitt ist erläutert, dass

- die heute bestehenden Finanzierungssysteme (Pflegefianzierung und EL) strikt zwischen ambulant und stationär, also zwischen «Wohnen zu Hause» und «Wohnen im Heim» unterscheiden, was für den Betrieb und die Finanzierung durchlässiger Angebote eine besondere Herausforderung darstellt;
- künftig auch Menschen mit Pflegebedarf, die in Behinderteneinrichtungen leben, die Beiträge der Krankenversicherer an ihre Pflegekosten erhalten sollen;
- im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care vorgesehen war, einheitliche Finanzierungslösungen zu erarbeiten, dies jedoch nicht umgesetzt wurde;
- im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie analysiert werden soll, inwiefern die bestehenden Finanzierungssysteme die für eine demenzgerechte Pflege und Betreuung notwendigen Leistungen angemessen abbilden und abgelden;
- die Umsetzung der Massnahmen der kantonalen Demenzstrategie auf gutem Weg ist;
- der Bundesrat auf nationaler Ebene die EL reformieren möchte und auf kantonaler Ebene seit dem Jahr 2016 keine neuen ausserordentlichen EL mehr ausgerichtet werden;
- verschiedene Modelle einer Pflegeversicherung auf nationaler Ebene diskutiert werden.

### 7.2 Durchlässigkeit

Aufgrund der demografischen Entwicklung sowie den sich ändernden Bedürfnissen der Betagten werden neue Wohn-, Betreuungs- und Pflegeformen deutlich an Bedeutung gewinnen. Die heute bestehenden dualen Finanzierungssysteme nach KVG und ELG unterscheiden allerdings noch strikt zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung und somit zwischen «Wohnen zu Hause» und «Wohnen im Heim». Der Betrieb und die Finanzierung durchlässiger Angebote stellt in der Praxis daher eine besondere Herausforderung dar. Der Handlungsspielraum für den Kanton ist aufgrund der bundesrechtlichen Eckwerte gering.

Durchlässigkeit kann bedeuten, dass sämtliche Angebote der Unterstützung, Betreuung und Pflege zur Verfügung stehen (Angebotspalette). Zudem müssen die Zugänglichkeit und der Wechsel zwischen den Angeboten möglich sein (regionales oder lokales Angebot in ausreichender Zahl bzw. Verfügbarkeit). Auch muss das Angebot hinsichtlich Ausgestaltung bedürfnisgerecht und finanzierbar sein (Nutzbarkeit). Dies kann als «Durchlässigkeit im weiteren Sinn» bezeichnet werden.

Mit «Durchlässigkeit im engeren Sinn» ist gemeint, dass die ältere Person in einer Alterswohnung oder einem «Wohnen mit Service» lebt und nach persönlichem Bedarf aus der ganzen Bandbreite an Hilfe-, Betreuungs- und Pflegeleistungen die Leistungen beziehen kann, die sie gerade benötigt. Anfänglich wird vielleicht lediglich die Barrierefreiheit der Wohnung geschätzt, im Lauf der Zeit kommen Unterstützung im Haushalt und wenige betreuende und pflegerische Leistungen dazu bis schliesslich ein möglicherweise hoher Pflegeaufwand erbracht wird. Die betreffende Person kann in derselben Wohnung bleiben, d.h. sie stösst bei der Inanspruchnahme sämtlicher ambulanter oder stationärer Leistungen an keine organisatorischen bzw. finanzierungsbedingte Grenzen. Ein Umzug in ein klassisches Betagten- und Pflegeheim wird somit nicht nötig. Solche Angebote werden oft von Betagten- und Pflegeheimen im Sinn des Betreten Wohnens angeboten und kommen den Bedürfnissen der älteren Menschen nach Autonomie und Sicherheit sehr entgegen. Sie haben den grossen Vorteil, dass die Ressourcen der betreffenden Personen länger und besser erhalten bleiben, da ihnen - nicht wie bei Pauschalangeboten im Pflegeheim - zu früh gewisse Dinge (z.B. Frühstück zubereiten) abgenommen werden.



Abbildung 42: Durchlässigkeit im weiteren und engeren Sinn im dualen Finanzierungssystem.

Ab einem gewissen Pflegebedarf ist die ambulante Pflege und Betreuung teurer als die stationäre Pflege und Betreuung, weshalb die zuständige Krankenversicherung zum Teil interveniert, wenn die betroffene Person weiterhin zu Hause lebt. Häufig werden so Übertritte in Pflegeheime provoziert. Eine andere Möglichkeit wäre, einen Teil des Betreuten Wohnens als Betagten- und Pflegeheim zu betreiben und somit die Durchlässigkeit im eigentlichen Sinn sicherzustellen. In diesem Fall müssen die entsprechenden Plätze vom Kanton zugelassen und in die kantonale Pflegeheimliste aufgenommen werden. Dabei stellen sich in der Praxis allerdings verschiedene Fragen:

- Wie viele Plätze eines solchen Angebots sollen sinnvollerweise in die kantonale Pflegeheimliste (höchstens) aufgenommen werden?
- Wie kann die Einrichtung die korrekte Abrechnung sicherstellen, wenn ein Platz sowohl ambulant wie auch stationär betrieben werden kann? Schwierigkeiten können sich beispielsweise auch daraus ergeben, dass pflegerische Leistungen von den gleichen Mitarbeitenden erbracht werden, aber in einem Fall ambulant, in einem anderen Fall stationär abzurechnen sind.
- Wie kann sichergestellt werden, dass Leistungsanbieter nicht sämtliche Wohnungen teurer als stationär anbieten, obwohl die Bewohnenden keinen oder nur einen geringen Pflegebedarf haben und so die Betroffenen oder gegebenenfalls die EL über Gebühr belasten?
- Ab wann wird die Abhängigkeit der Bewohnenden im Betreuten Wohnen so gross, dass eine staatliche Aufsicht über die Betreuungsqualität notwendig ist? In jedem Fall ist zu vermeiden, dass die sowohl bundes- wie auch kantonrechtliche Bewilligungspflicht von stationären Angeboten umgangen werden kann und so Marktverzerrungen entstehen oder Betagte hinsichtlich Leistungsqualität Gefährdungen ausgesetzt werden.

Ungeachtet der Praxisprobleme sind intermediäre Angebote aus volkswirtschaftlicher und alterspolitischer Sicht wichtig. Zur Förderung der Durchlässigkeit sind die nachfolgenden Handlungsfelder auf politischer Ebene zu diskutieren.

### Information

Damit eine betagte Person sowohl bedarfsgerecht als auch selbstbestimmt aus der ganzen Palette an Unterstützungs-, Betreuungs- und Pflegeleistungen wählen kann, ist Kenntnis über die gesamte Angebotspalette der Leistungserbringenden nötig. Die Information der Betroffenen kann durch die Leistungserbringenden selber oder durch eine unabhängige kommunale bzw. regionale Informati-

onsstelle (Drehscheibe) oder bestehende Beratungsstellen und -organisationen (v.a. Pro Senectute) angeboten werden. Dies fällt in den Zuständigkeitsbereich der Gemeinden. Eine Anpassung der gesetzlichen Grundlagen ist nicht notwendig.

### **Ausbau von Entlastungsangeboten**

- TuNS wurden bereits in der kantonalen Demenzstrategie als wichtige Entlastungsangebote für pflegende und betreuende Angehörige erkannt. Trotz bereits bestehender Angebote ist deren Auslastung regional sehr unterschiedlich. Eine Massnahme der kantonalen Demenzstrategie umfasst das Eruiere des Bedarfs sowie die Identifikation von Nutzungs- und Bereitstellungshürden.
- Das Bereitstellen von Plätzen für Kurzzeit- und Ferienaufenthalte in Betagten- und Pflegeheimen ist ein Bestandteil der kommunalen Bedarfsplanung. Die Erfahrung zeigt, dass solche kurz- und langfristig verfügbaren Plätze eine weitere Möglichkeit bei der Unterstützung von pflegenden und betreuenden Angehörigen bilden.

Auch bezüglich Ausbau von Entlastungsangeboten ist keine Anpassung der gesetzlichen Grundlagen notwendig.

### **Finanzierung von Betreutem Wohnen**

Für das Betreute Wohnen bestehen heute keine verbindlichen Regelungen über die Ausgestaltung des Angebots sowie der dazugehörigen Infrastruktur. Zudem können die zusätzlichen Kosten des Betreuten Wohnens gegenüber dem Wohnen zu Hause nicht bei den EL geltend gemacht werden. Dies wäre jedoch eine gute Möglichkeit, um auch Betagten mit finanziell bescheidenen Mitteln den Umzug in ein Betreutes Wohnen zu ermöglichen und zu frühe Heimeintritte zu verhindern.

Die Kantone Thurgau und Graubünden haben bereits die rechtlichen Grundlagen geschaffen, damit die damit verbundenen Mehrkosten für das Betreute Wohnen bei den EL angerechnet werden. Im Kanton Thurgau ist dies aber nur der Fall, wenn das Betreute Wohnen an ein kantonal zugelassenes Betagten- und Pflegeheim angeschlossen ist, die kantonalen Richtlinien zum Betreuten Wohnen eingehalten werden und wenn bei der betreffenden Person die Notwendigkeit von Betreutem Wohnen ärztlich angeordnet ist. Im Kanton Graubünden ist der Anschluss an ein zugelassenes Betagten- und Pflegeheim sowie die ärztliche Anordnung nicht notwendig.

Wenn die Mehrkosten des Betreuten Wohnens, die aufgrund der altersgerechten Infrastruktur sowie einem Bereitschaftsdienst entstehen, bei den EL angerechnet werden sollen, müssen die Anerkennungskriterien für das Angebot sowie die Art und die Höhe der höchstens anrechenbaren Kosten des Betreuten Wohnens festgelegt werden. Die Anforderungen an das anerkannte Angebot müssten gesetzlich geregelt werden. Die Höhe der anrechenbaren Kosten kann hingegen auf Verordnungsstufe bestimmt werden. Anbieter, welche die Anerkennungskriterien für das Betreute Wohnen nicht erfüllen, können das Betreute Wohnen wie bisher trotzdem anbieten. Die Mehrkosten für nicht anerkanntes Betreutes Wohnen können aber nicht bei den EL geltend gemacht werden. Mit dieser Regelung wird sowohl der bereits existierenden breiten Palette an betreuten Wohnformen Rechnung getragen und durch den Abbau von Bereitstellungs- und Nutzungshürden gleichzeitig das Angebot weiter gefördert.

Die Kostenfolgen in Bezug auf die zusätzlich angerechneten Kosten bei den EL können heute nicht abgeschätzt werden. Dafür wären Erhebungen in einem Bereich erforderlich, der heute nicht von der Pflegefinanzierung erfasst ist. Langfristig dürften durch diese Massnahme jedoch zu frühe Eintritte in ein Betagten- und Pflegeheim vermieden werden, was wiederum eine dämpfende Wirkung in Bezug auf die demografisch bedingte Kostenzunahme bei den EL haben würde.

## 7.3 Pflegefinanzierung in Behinderteneinrichtungen

Die Regierung hat zum spezialisierten Angebot für Menschen mit Behinderung im erwerbsfähigen Alter in der Bedarfsanalyse und Planungsbericht für die Periode 2015 bis 2017 verschiedene Zielsetzungen festgelegt. Auch Menschen mit Behinderung werden heute immer älter. Erreichen sie das Pensionsalter, sind Klärungen nötig. Als Grundsatz gilt, dass es den Bewohnenden von spezialisierten Wohnangeboten bei Erreichen des Pensionsalters weiterhin möglich sein soll, im bisherigen Umfeld zu verbleiben (Normalisierungsprinzip), solange der altersbedingte Pflegebedarf die Möglichkeiten der Spitex-Dienste bzw. der jeweiligen Einrichtungen für Menschen mit Behinderung nicht übersteigt.

Wie in verschiedenen anderen Kantonen, wird derzeit auch im Kanton St.Gallen geprüft, in einzelnen Einrichtungen spezifische Wohngruppen für ältere Menschen mit Behinderung und höherem Pflegebedarf zu schaffen. Vereinzelt existieren bereits Angebote. Aber auch jüngere Menschen mit Behinderung bedürfen oft einer Pflege, die dem Leistungskatalog nach Pflegefinanzierung (KVG) entspricht. Deshalb wird die Aufnahme dieser neuen Angebote in die Pflegeheimliste geprüft. Damit sollen die Krankenversicherungen auch bei Menschen mit Behinderung ihrer Mitfinanzierungspflicht an Pflegeleistungen vollumfänglich nachkommen. Aufgrund der qualitativen Voraussetzungen für eine Anerkennung, kommt eine Aufnahme in die Pflegeheimliste allerdings nur für sehr wenige spezialisierte Angebote in Betracht. Um insbesondere die Standortgemeinden von Behinderteneinrichtungen mit spezialisiertem Angebot für Menschen mit erhöhtem Pflegebedarf nicht zusätzlich zu belasten, soll in diesen Spezialangeboten eine Übernahme der Restfinanzierung durch die Gemeinden ausgeschlossen werden, was voraussichtlich einer gesetzlichen Ausnahmeregelung im PFG bedarf. Bevor die Anpassungen aber vorgeschlagen werden, sind konzeptionelle und finanzielle Klärungen notwendig. Diese Arbeiten laufen derzeit unter Einbezug von INSOS SG-AI, Branchenverband der Einrichtungen für Menschen mit Behinderung.

## 7.4 Palliative Care und Demenz

### 7.4.1 Nationale Strategie Palliative Care

Bei der Finanzierung von Palliative-Care-Angeboten bestehen Schwierigkeiten im spezialisierten stationären Bereich (Palliativstationen und -kliniken), im ambulanten Bereich und in der stationären Langzeitpflege.

Die GDK und das BAG haben im Jahr 2013 einen gemeinsamen Bericht «Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care (ambulante Pflege und Langzeitpflege)» erarbeitet.<sup>10</sup> Der Bericht beschreibt die Situation im Bereich der Finanzierung und identifiziert die Hauptschwierigkeiten bzw. Leistungen, die nicht durch die obligatorische Krankenversicherung gedeckt sind und die Kosten somit entweder von den Leistungserbringenden oder den Betroffenen übernommen werden müssen. Insbesondere werden genannt:

- die Koordination der Leistungserbringenden;
- die psychosoziale Unterstützung der Betroffenen und deren Angehörigen;
- Bereitschaftsdienste bzw. Nachtwachen bei der Pflege und Pflege der Betroffenen zu Hause;
- Finanzierung von zusätzlichen Mitteln, beispielsweise Pflegebett zu Hause oder Gehhilfen;
- Pflegeleistungen im Pflegeheim, die den maximalen Beitrag überschreiten, d.h. mehr Zeit benötigen als 220 Minuten je Tag;
- Leistungen in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung;
- ein Grossteil der Leistungen von mobilen Palliativdiensten.

---

<sup>10</sup> Abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/broschueren/publikationen-im-bereich-palliative-care/finanzierung-palliative-care-leistung.html>.

Im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care ist vorgesehen, einheitliche und sachgerechte Finanzierungslösungen zu erarbeiten, damit der Zugang zu Palliative Care für alle Betroffenen, unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status, gewährleistet ist. Aufgrund der unterschiedlichen Regelungen in den Kantonen und Abgeltungssystemen wurde dies nicht umgesetzt. Im Hinblick auf die Koordinationsleistungen wurde jedoch Art. 7 Abs. 2 Bst. a KLV folgendermassen ergänzt: «Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen.» Weiter soll der Mehraufwand für die Betreuung und Pflege in Palliative Care-Situationen ermittelt werden und es soll geprüft werden, wie dieser in den Pflegebedarfserfassungssystemen (BESA und RAI/RUG) adäquat abgebildet werden kann. Dieses Projekt, an dem u.a. die GDK beteiligt ist, läuft bis Ende des Jahres 2017. Aus Sicht des Kantons St.Gallen wäre eine klarere nationale Regelung der jetzigen Situation vorzuziehen. Allerdings hat der Kanton St.Gallen mit dem Konzept Palliative Care vom Mai 2015 und dem Vorschlag, die Lücken in der stationären Langzeitpflege durch Hospiz-Einrichtungen zu schliessen, selbst einige Weichenstellungen vorgenommen. Zudem unterstützt der Kanton St.Gallen mit Leistungsvereinbarungen mit dem Palliativen Brückendienst (ambulanter, spezialisierter Beratungsdienst für Palliative Betreuung zu Hause als Ergänzungsangebot zur Grundversorgung durch die Spitex und die Hausärzte) und mit Palliative Ostschweiz das ambulante Palliative-Care-Angebot.

#### **7.4.2 Nationale Demenzstrategie**

Im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie 2014–2017 soll u.a. analysiert werden, inwiefern die bestehenden Finanzierungssysteme in der ambulanten und stationären Langzeitpflege die für eine demenzgerechte Pflege und Betreuung notwendigen Leistungen angemessen abbilden und abgelden. Miteinbezogen werden sollen dabei auch die Entlastungsmöglichkeiten, die Beratungsleistungen durch Fachinstanzen und die Versorgungsleistungen durch Privatpersonen. Die Federführung bei diesem Teilprojekt hat die GDK. In einem ersten Schritt wird die Finanzierung der ambulanten Angebote und der Angebote zur Entlastung von Angehörigen, beispielsweise TuNS, analysiert. Ergebnisse liegen derzeit noch keine vor.

#### **7.4.3 Stand Umsetzung Massnahmen kantonale Demenzstrategie**

Im Demenzbericht der Regierung vom 27. Oktober 2015 (40.15.06) sind zwei prioritäre Wirkungsziele und vier konkrete Massnahmen festgelegt. Im Rahmen der parlamentarischen Beratung des Demenzberichts in der Aprilsession 2016 wurde die Regierung beauftragt, im Rahmen des Wirkungsberichts zur Pflegefinanzierung auch über den Stand der Umsetzung der kantonalen Demenzstrategie Bericht zu erstatten. Die Umsetzung aller vier kantonalen Massnahmen läuft planmässig. Am weitesten fortgeschritten ist die Umsetzung der ersten Massnahme «Aufbau und Verankern von Netzwerken Demenz» in den Regionen. Noch ganz im Anfangsstadium sind die Arbeiten bezüglich der Erarbeitung von Arbeitsmitteln für Leistungserbringende.

Wirkungsziel	Massnahme	Akteurinnen / Akteure (V = Verantwortung, M = Mitwirkung, U = Unterstützung)	Stand Umsetzung (per Dezember 2016)
Sensibilisierung und Enttabuisierung	Aufbau und Verankern von Netzwerken Demenz in den Regionen	Alzheimervereinigung (V), Leistungsanbietende (M), Gemeinden (U), Kanton (U)	Das Amt für Soziales hat die Alzheimervereinigung mittels einer Leistungsvereinbarung beauftragt, zusammen mit den massgeblichen Akteurinnen und Akteuren, in den Regionen Netzwerke aufzubauen und zu verankern. Folgende Netzwerke sind aufgebaut und aktiv: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Stadt St.Gallen</li> <li>– Zürichsee-Linthgebiet</li> <li>– Wil</li> <li>– Rorschach</li> <li>– Rheintal</li> </ul> In folgenden Regionen sollen nach Möglichkeit weitere Netzwerke aufgebaut werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sargans-Werdenberg</li> <li>– Gossau</li> <li>– Toggenburg</li> </ul>
	Aufbau elektronische Plattform «Angebote in den Regionen»	Alzheimervereinigung (V), Leistungsanbietende (M), Kanton (U)	Das Amt für Soziales hat die Alzheimervereinigung mittels einer Leistungsvereinbarung beauftragt, eine Plattform aufzubauen. Derzeit laufen bei der Alzheimervereinigung verschiedene v.a. technische Abklärungen in Bezug auf die Plattform, z.B. wie eine möglichst einfache Handhabung gewährleistet werden kann.
Bedarfs- und bedürfnisgerechte Angebote	Erarbeitung von Arbeitsmitteln für Leistungserbringende in den Bereichen Hilfe und Pflege zu Hause, TuNS sowie Betagten- und Pflegeheime	Kanton (V), Verbände der Leistungsanbietenden (M), Alzheimervereinigung (M)	Im ersten Quartal 2017 wird unter der Federführung des Amtes für Soziales zusammen mit Vertretungen der Verbände sowie der Alzheimervereinigung eruiert, welche Arbeitsmittel dienlich wären und es soll eine Priorisierung vorgenommen werden. Ziel ist es, dass Ende 2017 ein erstes Arbeitsmittel vorliegt.
	Das Angebot an TuNS wird ausgebaut. Als erster Schritt wird das heute bestehende Angebot erhoben und der Bedarf an solchen Angeboten eruiert.	<i>Erhebung:</i> Kanton (V), Leistungserbringende (U), Gemeinden (U) <i>Ausbau:</i> Gemeinden (V), Leistungserbringende (U), Kanton (U)	Zur Planung eines bedarfsgerechten Angebots für Betagte erarbeitet das Departement des Innern gemäss SHG ein Prognosemodell, das neben den stationären Angeboten auch den intermediären und ambulanten Bereich berücksichtigt. Dabei müssen neben quantitativen Fragen auch qualitative Aspekte untersucht werden. Eine Abschätzung des Zeitbedarfs ist verfrüht.

Abbildung 43: Übersichtstabelle Stand Umsetzung der prioritären Massnahmen im Kanton St.Gallen

## 7.5 Reform der Ergänzungsleistungen auf Bundesebene

Mit der Reform der EL soll das Leistungsniveau erhalten bleiben. Vorgesehen ist jedoch, das Sparkapital der obligatorischen beruflichen Vorsorge besser zu schützen, indem der Kapitalbezug zum Teil eingeschränkt wird. Weiter soll das noch vorhandene Vermögen stärker berücksichtigt werden, d.h. die Freibeträge bei der Berechnung der EL gesenkt werden. Ebenfalls vorgesehen ist, unerwünschte Schwellen-Effekte bei der EL-Berechnung zu reduzieren und verschiedene Verbesserungen bei der Durchführung zu erreichen. Die Beratung der Vorlage durch die eidgenössischen Räte steht nun kurz bevor und wurde somit der Debatte um die Altersvorsorge 2020 leicht nachgelagert.

Auch auf kantonaler Ebene erfahren die EL Veränderungen. Als Massnahme des Entlastungsprogramms 2013 werden ab dem Jahr 2016 keine neuen, ausserordentlichen Ergänzungsleistungen (AEL) mehr ausgerichtet. Für Personen, die bereits AEL beziehen, besteht eine Übergangsfrist, bis die Mietzinsmaxima durch den Bund bei den ordentlichen EL neu festgesetzt sind und Gültigkeit haben. Letzteres dürfte auf nationaler Ebene zusammen mit der EL-Gesamtreform geklärt werden.

## 7.6 Pflegeversicherung

In der Diskussion darüber, wie die Finanzierung von Pflege- und Betreuungskosten angesichts der demografischen Herausforderungen sichergestellt werden kann, wird immer wieder die Einführung einer Pflegeversicherung eingebracht. Die im Jahr 2011 neu eingeführte Pflegefinanzierung achtet die Subsidiarität staatlicher Leistungen wenig, da Personen ungeachtet ihrer finanziellen Lage hohe Beiträge der öffentlichen Hand erhalten. Eine Pflegeversicherung müsste jedoch auf nationaler Ebene eingeführt werden, weil gleichzeitig auch die Pflegefinanzierung anzupassen wäre bzw. stärker auf Subsidiarität ausgerichtet werden müsste. Die öffentliche Hand würde aufgrund einer verstärkten privaten Vorsorge weniger zur Finanzierung der Pflegekosten herangezogen. Die Einführung einer Pflegeversicherung bei gleicher Pflegefinanzierungslösung wäre jedenfalls nicht zweckdienlich, da die Pflegefinanzierungsbeiträge der Betroffenen aufgrund der Pflegefinanzierung stark limitiert sind und eine Versicherung lediglich eine Lösung für die Kostenbeteiligung der Pflegebedürftigen böte. Aufgrund der Pflegefinanzierungsaufgaben der Kantone und Gemeinden ist klar, dass die Diskussion auf nationaler Ebene vornehmlich von den unteren Staatsebenen angeregt werden muss.

Auf nationaler Ebene wurden verschiedene Vorstösse diskutiert, die aber letztlich bisher keine Mehrheit fanden. Das Postulat Fehr (11.4009) aus dem Jahr 2011 forderte beispielsweise die Ausarbeitung verschiedener Varianten für eine obligatorische Pflegeversicherung für Menschen ab 50 Jahren, die über einkommens- und vermögensabhängige Beiträge sowie Steuermittel finanziert werde. Der Bundesrat verwies in seiner Antwort vom 30. November 2011 darauf, dass eine Pflegeversicherung in der Vernehmlassung zur Einführung der Pflegefinanzierung abgelehnt worden sei und dass die Aufgaben einer Pflegeversicherung im heutigen System grösstenteils durch die EL erfüllt würden. Es gelte abzuwarten, bis stabile Daten für die Evaluation der neuen Pflegefinanzierung vorliegen würden, bevor eine neue Standortbestimmung vorgenommen und allenfalls über eine zusätzliche Sozialversicherung diskutiert werde. Das Postulat wurde in der Folge zurückgezogen.

Inzwischen hat der Bundesrat am 25. Mai 2016 den Bericht «Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege» vorgelegt. Darin werden verschiedene Möglichkeiten aufgezeigt, wie die steigenden Kosten der Langzeitpflege künftig auf welche Kostenträger verteilt werden könnten. Eine davon ist die Einführung einer Pflegeversicherung. Der Bundesrat sieht hier drei mögliche Modelle:

- Modell A: Die Kosten der Betreuung werden durch die Versicherung übernommen. Dadurch werden die Betroffenen sowie die von den Kantonen getragenen EL entlastet.

- Modell B: Die Pflegekosten zu Hause und im Heim werden durch die Versicherung übernommen. Entlastet werden dadurch die Betroffenen (Selbstbehalt fällt weg), die Krankenversicherungen sowie die Kantone bzw. die Gemeinden.
- Modell C: Kombination der Modelle A und B, bei der sowohl ein Teil der Betreuungsleistungen als auch die Pflegeleistungen durch die Versicherung übernommen werden. Entlastet werden dadurch die Betroffenen, die Krankenversicherungen, die durch die Kantone getragenen EL sowie die Kantone bzw. Gemeinden.

Bei allen drei Modellen bestünde die Frage, wer in diese neue Versicherung wie viel einzahlt. Hierzu werden aktuell verschiedene Denkansätze diskutiert. Denkbar wäre eine Finanzierung mittels Lohnabzügen oder mittels einkommensabhängiger Prämien. Die Belastung von Erwerbseinkommen ist aufgrund der kaufkräfteeinschränkenden Wirkung kritisch zu beurteilen. Auch stellte sich die Frage, ob dies die richtige Solidargemeinschaft darstellt. Vielmehr müsste ein freiwilliges, individuelles Ansparen von Kapital, das allenfalls steuerbegünstigt würde, geprüft werden. In diese Richtung geht der Vorschlag von Avenir Suisse, der allerdings die obligatorische Bildung eines individuellen Pflegekapitals vorschlägt. Mit diesem sollen im Bedarfsfall die gesamte Pflege und Betreuung (ohne Hotellerie bzw. Pension) finanziert werden. Nicht benötigtes Pflegekapital würde im Todesfall vererbt. Bei diesem Modell müsste die Prämie so ausgelegt werden, dass die Finanzierung eines durchschnittlichen Heimaufenthalts (Pflege und Betreuung) gesichert wäre. Gemäss den Berechnungen von Avenir Suisse würde dies eine monatliche Prämie von 235 bis 255 Franken ergeben.

Eine am 15. Dezember 2016 im Ständerat eingereichte Motion (16.4086) fordert ein Pflegesparkonto, das ähnlich gestaltet werden soll, wie die von Avenir Suisse vorgeschlagene Pflegeversicherung. Diesem Vorstoss zufolge soll es künftig ab einem bestimmten Alter obligatorisch sein, monatlich einen bestimmten Betrag (Kopfprämie) für die spätere Pflegebedürftigkeit einzuzahlen. Wer sich diesen Sparanteil nicht leisten kann, soll staatliche Unterstützung erhalten und nicht gebrauchtes Pflegekapital soll vererbt werden.

Generell ist zu bemerken, dass die im Jahr 2011 neu eingeführte Leistung «Pflegefinanzierung» definitiv nicht den Schluss, sondern den Anfang der Diskussion darstellen muss. Angesichts der demografischen Herausforderungen und der Tatsache, dass freiwilliges inner- und ausserfamiliäres Engagement abnimmt, ist die Frage unverändert aktuell, wie die Pflege und Betreuung von Betagten nachhaltig gesichert und finanziert werden kann. Aus Sicht des Kantons (EL) und der Gemeinden (Pflegefinanzierung) ist sie jedenfalls noch nicht als beantwortet zu betrachten. Insbesondere ist zu klären, welche Mischung von privater Vorsorge einerseits und staatlichen Leistungen andererseits vorzusehen ist.

## 8 Übersicht wichtigste Erkenntnisse, Handlungsoptionen und Zuständigkeiten

	Themenfeld	Erkenntnis	Handlungsoption	Zuständigkeit
Stationäre Pflege und Betreuung	Höchstansätze für Pflegekosten	Die Höchstansätze für Pflegekosten haben sich bewährt. Die geltenden Höchstansätze sind jedoch mehrheitlich nicht kostendeckend.	Anpassungen der Höchstansätze.  Regelmässige Überprüfung der kantonalen Höchstansätze nur wenn Anpassung der KLV auf Bundesebene erfolgt. Sonst gehen Kostensteigerungen vollumfänglich zulasten der öffentlichen Hand.	Bund; Kanton (Regierung)
	Vollkostenprinzip	Die Umstellung auf das Vollkostenprinzip ist auf gutem Weg, jedoch noch nicht abgeschlossen.	Einhaltung Vollkostenprinzip insbesondere in öffentlichen Einrichtungen vermehrt beachten und Pfelegetaxen müssen sich auch in öffentlichen Einrichtungen nach den ausgewiesenen Pflegekosten richten.	Trägerschaften; insbesondere Gemeinden als Trägerinnen einer öffentlichen Einrichtung.
Stationäre Pflege und Betreuung	Ergänzungsleistungen	Die EL-Höchstansätze haben sich bewährt. Die Gemeinden stellen keine Zunahme an pflegebedürftigen Personen fest, die zusätzlich auf Sozialhilfe angewiesen sind.	Keine notwendig	Kanton (Regierung)
	Abwicklung	Die Abwicklung der stationären Pflegefinanzierung hat sich bewährt.	Keine notwendig	Kanton (Kantonsrat)
	Pflegebedarfs-Erfassungssysteme	Ungleiche Spiesse je nach Systemwahl (BESA oder RAI/RUG).	Pflegebedarfseinstufung bundesweit harmonisieren.	Bund; als Zwischenlösung Kanton (Regierung) denkbar.
	Heimstrukturen	Es gibt keine betriebswirtschaftlichen Vorteile ab einer bestimmten Grösse einer Einrichtung.	Keine notwendig	Kanton (Zulassung); Gemeinden (Trägerinnen)
Ambulante Betreuung und Pflege	Höchstansätze für Pflegekosten	Verschiedene Hinweise darauf, dass die kantonalen Ansätze zu tief sind.	Überprüfung der Höchstansätze.  Weitere regelmässige Überprüfung der kantonalen Höchstansätze nur, wenn auch Anpassung der KLV auf Bundesebene erfolgt. Sonst gehen Kostensteigerungen vollumfänglich zulasten der öffentlichen Hand.	Bund; Kanton (Regierung)
	Datenqualität und administrativer Aufwand	Datenqualität sehr unterschiedlich; teilweise wenig verlässliche Daten.	Systematik derjenigen der stationären Pflege anpassen.  Einheitliche Rechnungsvorlage für alle Leistungserbringenden.	Kanton (Regierung)  Gemeinden
	Eigenbeteiligung an ambulanten Pflegekosten	Entlastung für Gemeinden, jedoch weniger als vermutet, und belastet (wie vermutet) vermehrt die EL (Kanton).	Keine	

## **9 Antrag**

Wir beantragen Ihnen, Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, vom vorliegenden Bericht Kenntnis zu nehmen.

Im Namen der Regierung

Martin Klöti  
Präsident

Canisius Braun  
Staatssekretär

## Anhang: Abkürzungsverzeichnis

AEL	ausserordentlichen Ergänzungsleistungen
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AÜP	Akut- und Übergangspflege
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BfS	Bundesamtes für Statistik
EDI	Eidgenössischen Departement des Innern
EL	Ergänzungsleistungen zur AHV bzw. zur IV
ELG	Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (SR 831.30)
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GesG	Gesundheitsgesetz (sGS 311.1)
IV	Invalidenversicherung
KLV	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (SR 832.112.31)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)
LIK	Landesindex der Konsumentenpreise
LV	Leistungsvereinbarung
MiGeL	Hilfsmittel und Gegenständeliste
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PHL	Pflegeheimliste
PFG	Gesetz über die Pflegefinanzierung (sGS 331.2)
PFV	Verordnung über die Pflegefinanzierung (sGS 331.21)
SHG	Sozialhilfegesetz (sGS 381.1)
SVA	Sozialversicherungsanstalt
TuNS	Tages- und Nachtstruktur
VBG	Verordnung über die Ausübung von Berufen in der Gesundheitspflege (sGS 312.1)
VEG	Verordnung über den Betrieb privater Einrichtungen der Gesundheitspflege (sGS 325.11)
VKB	Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (sGS 351.53)
VSGP	Vereinigung St.Galler Gemeindepräsidentinnen und Gemeindepräsidenten