



 **Erläuternder Bericht zum Vorentwurf des
Gesetzes über die Langzeitpflege**

November 2010

Inhaltsverzeichnis

1. Übersicht	4
2. Chronologischer Überblick	5
2.1. Die Entwicklung der Betagtenbetreuung	5
2.2. Gesundheitsgesetz von 1996	5
2.3. Vorentwurf für ein Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen von 2005 .	6
2.4. Aufteilung der Walliser Gesundheitsgesetzgebung in drei verschiedene Gesetze (2005).....	6
2.5. Dekret NFA I vom 13. September 2007	6
2.6. Gesundheitsgesetz vom 14. Februar 2008.....	6
2.7. Vorentwurf eines Gesetzes über die Langzeitpflege von 2008.....	7
2.8. Dringliches Dekret über die Finanzierung der Langzeitpflege vom 5. Mai 2010.....	7
2.9. Vorentwurf für ein Gesetz über die Langzeitpflege.....	7
3. Planung der Langzeitpflege 2010-2015	7
3.1. Die Alterung der Bevölkerung: demographische und gesundheitspolitische Aspekte	8
3.2. Die Langzeitpflegekette	8
3.3. Die Ziele der Planung 2010-2015	9
4. Aktuelle Probleme, die das neue Gesetz über die Langzeitpflege löst	13
4.1. Unangemessene Aufteilung der Kompetenzen und der Finanzierung	13
4.2. Zu wenig Unterstützungsleistungen, um länger zu Hause leben zu können.....	13
4.3. Ungleiche Entwicklung des Angebots in den verschiedenen Region	13
4.4. Keine einheitlichen Aufnahmekriterien in den Pflegeheime	15
4.5. Mangelnde Koordination.....	15
5. Allgemeine Grundsätze des Vorentwurfs für ein Gesetz über die Langzeitpflege.....	16
5.1. Der Vorentwurf für ein Gesetz über die Langzeitpflege als Ergänzung zum Gesundheitsgesetz und zum Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen	16
5.2. Ziel und allgemeine Grundsätze.....	16
6. Angebot der Langzeitpflege: Definitionen.....	16
6.1. Pflegeheime	17
6.2. Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause.....	17
6.3. Zugelassene Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner.....	17
6.4. Tages- oder Nachtstrukturen	18
6.5. Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung.....	18
6.6. Wartebetten der Spitäler	18
7. Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden.....	19
7.1. Kantonale Aufgaben.....	19
7.2. Aufgaben der Gemeinden.....	21
8. Finanzielle Bestimmungen.....	22
8.1. Die Finanzierungssysteme.....	22
8.2. Die Pflegefinanzierung nach Artikel 25a KVG	23
8.3. Die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege nach Artikel 25a Absatz 2 KVG	25
8.4. Die Pflegefinanzierung nach Artikel 49 Absatz 4 und Artikel 50 KVG (Wartebetten der Spitäler)	25
8.5. Subventionen für die Anstalten und Institutionen der Langzeitpflege aufgrund der kantonalen Gesetzgebung	25
8.6. Aufteilung der Finanzierung zwischen dem Kanton und den Gemeinden.....	28
8.7. Finanzielle Hilfe für pflegende Angehörige.....	29

9. Koordination zwischen den Institutionen.....	29
9.1. Koordination zwischen den Pflegeleistungserbringern.....	30
9.2. Dachorganisationen.....	30
10. Schlussfolgerungen	31

1. Übersicht

Bis anhin verfügte der Kanton Wallis über kein Gesetz, das speziell der Langzeitpflege gewidmet ist, obgleich die Betreuung der pflegebedürftigen betagten Personen ein bedeutender Teil unseres Gesundheitssystems darstellt, der in den kommenden Jahren noch wichtiger wird. Die Alterung der Bevölkerung ist eine der grossen Herausforderungen im Gesundheitswesen in den kommenden Jahrzehnten und dazu ist eine spezifische Gesetzgebung notwendig.

Die in den Jahren 2005 und 2008 ausgearbeiteten Vorentwürfe wurden aufgrund der Revision des eidgenössischen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) verschoben. Die Verabschiedung der neuen Pflegefinanzierung durch das eidgenössische Parlament im Juni 2008 und der Ausführungsbestimmungen im Juni 2009 machte die Ausarbeitung eines dringlichen Dekrets über die Finanzierung der Langzeitpflege nötig. Dieses Dekret wurde am 5. Mai 2010 vom Grossen Rat verabschiedet. Es tritt am 1. Januar 2011 in Kraft und gilt bis zum Inkrafttreten des Gesetzes über die Langzeitpflege, maximal jedoch bis am 31. Dezember 2013.

Der vorliegende Gesetzesvorentwurf ersetzt das Dekret vom 5. Mai 2010. Er enthält nicht nur die nötigen Anpassungen an die Bundesgesetzgebung im Bereich der Finanzierung, sondern auch verschiedene Bestimmungen, die das Langzeitpflegeangebot im Kanton verbessern. Die Empfehlungen des Berichts über die Planung der Langzeitpflege 2010-2015¹ des Departements für Finanzen, Institutionen und Gesundheit (DFIG) vom März 2010 wurden ebenfalls in diesen Vorentwurf aufgenommen.

Mit der zukünftigen Gesetzgebung erhält jede betagte Person im gesamten Kantonsgebiet jederzeit die Pflege und Betreuung die sie benötigt und die ihren Bedürfnissen am besten entspricht. Das kantonale Gesundheitsgesetz beruht auf den Werten Freiheit, Würde, Integrität und Gleichheit. Die Vorarbeiten für den Vorentwurf des neuen Gesetzes über die Langzeitpflege stützen sich ebenfalls auf diese Werte.

Der Gesetzesentwurf will zusammengefasst folgende Ziele erreichen:

- die kantonale Gesetzgebung, basierend auf dem Dekret über die Finanzierung der Langzeitpflege vom 5. Mai 2010, an die Bundesgesetzgebung anpassen;
- die spezifischen Bestimmungen über die Planung und Finanzierung der Langzeitpflege in Ergänzung zum Gesundheitsgesetz vom 14. Februar 2008 und zum Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen vom 12. Oktober 2006 präzisieren, dessen laufende Revision am 1. Januar 2012 in Kraft tritt;
- die vorrangigen Zielen festlegen, insbesondere es den betagten Personen ermöglichen, so lange wie möglich zu Hause bleiben zu können sowie ein vollständiges und koordiniertes Leistungsangebot von hoher Qualität in jeder Region anbieten;
- die Bestimmungen festlegen, die auf die Langzeitpflegeleistungserbringer, namentlich die Pflegeheime, die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex-Organisationen), die im Sinne des KVG zugelassenen Pflegefachfrauen und -männer, die Wartebetten der Spitäler, die Tages- oder Nachtstrukturen und die Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung, Anwendung finden;

¹ Dieser Bericht ist auf der Internetseite des Kanton Wallis verfügbar: www.vs.ch/gesundheit

- die Koordinationsinstanzen zwischen den Leistungserbringern der Langzeitpflege stärken;
- die Aufgaben zwischen dem Kanton und den Gemeinden im Bereich der Langzeitpflege aufteilen. Dies basierend auf der heutigen Situation, d.h. einer kantonalen Planung und Umsetzung durch die Gemeinden;
- die Aufteilung der Langzeitpflegefinanzierung zwischen dem Kanton und den Gemeinden, damit alle Elemente der Langzeitpflegekette einheitlich finanziert und eine angepasste Entwicklung aller dieser Leistungen garantiert werden;
- die Beteiligung der Versicherten an den Pflegekosten gemäss Bundesgesetzgebung festlegen.

In den ersten Kapiteln des erläuternden Berichts zum Vorentwurf des Gesetzes über die Langzeitpflege wird eine Bestandesaufnahme gemacht, insbesondere werden die Ziele der Planung der Langzeitpflege 2010-2015 sowie die Probleme des aktuellen Systems, die durch das künftige Gesetz gelöst werden, vorgestellt. Die folgenden Kapitel erläutern den Vorentwurf des Gesetzes.

2. Chronologischer Überblick

2.1. Die Entwicklung der Betagtenbetreuung

Die Alterspolitik entwickelt sich anfangs der 60er Jahre mit der Verabschiedung des Walliser Gesundheitsgesetz von 1961. Bis dahin existierten keine speziellen Institutionen für betagte Personen, sie wurden zusammen mit behinderten, psychisch kranken oder alkoholabhängigen Menschen in sogenannten "Asylen" betreut.

Erst in den 70er und 80er Jahren entwickelten sich der betagten Bevölkerung angepasste Strukturen mit qualifiziertem Personal. Dies durch die unterstützenden Subventionen des Kantons (bis zu 30% der Baukosten für ein Pflegeheim) und des Bundes (Übernahme eines Drittels der Investitionsausgaben für Pflegeheime bis zum Jahr 1987) sowie den freiwilligen Beiträgen einiger Gemeinden.

Parallel zur Entwicklung der Pflegeheime fand ab den 70er Jahren mit der Schaffung von sozialmedizinischen Zentren (SMZ) unter der Ägide der Gemeinden eine Institutionalisierung der Hilfe und Pflege zu Hause statt, namentlich durch einer finanziellen Beteiligung des Kantons. In den 90er Jahren erhalten die SMZ vom Bundesamt für Sozialversicherungen Subventionen, die 30% der Lohnkosten decken.

2.2. Gesundheitsgesetz von 1996

Mit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Jahr 1996 werden die im Pflegeheim erbrachten Pflegeleistungen gleich wie die ambulant oder zu Hause geleistete Pflege von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen. Das Walliser Gesundheitsgesetz von 1996 nimmt diese Änderungen in die kantonale Gesetzgebung auf. Es legt die finanzielle Beteiligung des Kantons an den Pflegeheimen auf 30% der berücksichtigten Betriebsausgaben und Investitionen fest. Es sieht hingegen für die Pflegeheime keine Finanzierungspflicht der Gemeinden vor.

Für die SMZ beträgt die Beteiligung des Kantons 50% des Ausgabenüberschusses der berücksichtigten Investitions- und Betriebsausgaben. Der Rest geht zulasten der Gemeinden.

2.3. Vorentwurf für ein Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen von 2005

Der Vorentwurf für ein Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen, der im Jahr 2005 in die Vernehmlassung ging, sah vor, dass alle Fragen zur Organisation, zum Betrieb und zur Finanzierung der Spitäler sowie der Pflegeheime und SMZ in einem vom Gesundheitsgesetz getrennten Gesetz geregelt werden sollten.

Dieser Vorentwurf schlug die Einrichtung von regionalen Gemeindeverbänden vor, um den Bedürfnissen der Bevölkerung im Bereich der sozialmedizinischen Betreuungsstrukturen im Rahmen der vom Staatsrat erstellten Planung nachzukommen. Was die finanziellen Aspekte betrifft, so sah dieser Vorentwurf eine Beteiligung der Gemeinden an der Finanzierung der Pflegeheime vor: Betriebssubventionen (Kanton 20%, Gemeinden 10%) und Investitionssubventionen (Kanton 30%, Gemeinden 30%). Demgegenüber sollte der Kanton 100% des Überschusses der Betriebs- und Investitionsausgaben der SMZ übernehmen.

In der Vernehmlassung stiess der Vorentwurf auf den Widerstand der Gemeinden und der Regionen. Sie befürchteten, die SMZ würden ihren bürgernahen Charakter verlieren.

2.4. Aufteilung der Walliser Gesundheitsgesetzgebung in drei verschiedene Gesetze (2005)

Nach dem Scheitern der zweiten KVG-Revision im Jahr 2004 hat der Bundesrat beschlossen, dem Parlament seine Reformprojekte in mehreren, zeitlich abgestuften Etappen vorzulegen. Angesichts der auf Bundesebene gewählten Strategie und weil das Dekret über das Gesundheitsnetz Wallis (GNW) spätestens am 1. Februar 2007 durch ein Gesetz ersetzt werden musste, wurde die Walliser Gesundheitsgesetzgebung auf drei Gesetze aufgeteilt:

- Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen, angenommen am 12. Oktober 2006, ohne die speziellen Bestimmungen über die Pflegeheime und die SMZ;
- Gesundheitsgesetz, revidiert am 14. Februar 2008;
- Gesetz über die Langzeitpflege (zu erstellen).

2.5. Dekret NFA I vom 13. September 2007

Dieses Dekret legt die Beteiligung des Kantons am Ausgabenüberschuss der Betriebsausgaben der SMZ auf 62.5%, statt wie vorher auf 50% fest. Dadurch wurde der Rückzug des Bundes ausglich.

2.6. Gesundheitsgesetz vom 14. Februar 2008

Die Bestimmungen über die Finanzierung der Pflegeheime und der SMZ wurden in die Übergangsbestimmungen des neuen Gesundheitsgesetzes aufgenommen. Diese gelten bis zum Inkrafttreten der vorgesehenen spezifischen Gesetzgebung.

2.7. Vorentwurf eines Gesetzes über die Langzeitpflege von 2008

Dieser Vorentwurf hatte zum Ziel, die Definitionen, die Planungsmodalitäten und die spezifischen Finanzierungsbedingungen der verschiedenen Strukturen der Langzeitpflege in einem Gesetz zu verankern. Er präzierte die Rolle und die Zusammensetzung der regionalen Gesundheitskommissionen, der kantonalen Verbindungsstruktur zwischen den Institutionen und der Dachorganisationen der Pflegeheime und der SMZ. Dieser Vorentwurf sah keine Änderung in der Aufteilung der Aufgaben und der Finanzierung zwischen dem Kanton und den Gemeinden vor.

Er wurde dem Staatsrat am 3. Juni 2008 zur Kenntnisnahme unterbreitet. Der Staatsrat verlangte dann, dass der Vorentwurf vor dem Beginn der Vernehmlassung dem Steuerungsausschuss NFA II vorgelegt wird. Am 18. Juni 2008 hat dieser Ausschuss eine erneute Lesung des Vorentwurfs im Lichte der allgemeinen Grundsätze des NFA II verlangt.

Die Arbeiten wurden danach unterbrochen bis der Bund die Verordnungen über die Neuregelung der Pflegefinanzierung ausgearbeitet hatte (publiziert im Juni 2010). Danach mussten prioritär die kantonalen Ausführungsbestimmungen ausgearbeitet werden.

2.8. Dringliches Dekret über die Finanzierung der Langzeitpflege vom 5. Mai 2010

Diese kantonalen Ausführungsbestimmungen sind Gegenstand des Dekrets über die Finanzierung der Langzeitpflege, das am 5. Mai 2010 vom Grossen Rat angenommen wurde. Dieses Dekret passt die jetzigen kantonalen Gesetzesbestimmungen an das neue Bundesrecht an, das am 1. Januar 2011 in Kraft tritt. In Anbetracht dieser kurzen Frist war es nicht möglich direkt ein kantonales Gesetz auszuarbeiten. Ein solches bleibt jedoch notwendig, denn die Gültigkeit des Dekrets ist zeitlich beschränkt.

2.9. Vorentwurf für ein Gesetz über die Langzeitpflege

Der Vorentwurf, dem die vorliegende Vernehmlassung gilt, bildet den dritten Teil der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung. Um deren Kohärenz sicherzustellen, muss das neue Gesetz über die Langzeitpflege das Dekret ab dem 1. Januar 2012 ersetzen, um gleichzeitig mit dem neuen Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen (Anpassung an die KVG-Revision über die Spitalfinanzierung) in Kraft zu treten.

3. Planung der Langzeitpflege 2010-2015

Der Staatsrat hat am 24. März 2010 den Bericht des Departements für Finanzen, Institutionen und Gesundheit DFIG "Planung der Langzeitpflege 2010-2015" genehmigt. Darin werden die Herausforderungen benannt, die durch die demographische Alterung entstehen, der damit zusammenhängende Anstieg der Nachfrage nach Pflegeleistungen und die zu ergreifenden Massnahmen.

3.1. Die Alterung der Bevölkerung: demographische und gesundheitspolitische Aspekte

Die Betreuung der pflegebedürftigen betagten Personen stellt die grösste Herausforderung im Gesundheitswesen dar, mit der unsere Gesellschaft in den kommenden Jahrzehnten konfrontiert ist.

Die langfristigen Prognosen zeigen, dass die Walliser Bevölkerung weiter altern wird. Nach den jüngsten demographischen Szenarien des Bundesamtes für Statistik steigt die Zahl der über 80-jährigen Personen im Wallis von 13'000 im Jahr 2010 auf 27'500 im Jahr 2030 und auf 44'000 im Jahr 2050. Diese Altersschicht, die derzeit 4% unserer Gesamtbevölkerung ausmacht, wird im Jahr 2030 auf 8% im Jahr 2030 und auf 13% im Jahr 2050 ansteigen.

Diese Entwicklung bringt Änderungen mit sich, die aus Sicht der öffentlichen Gesundheit erfreulich sind, wie etwa eine bessere Bildung und eine bessere Gesundheit der betagten Menschen, die vermehrt auf eine gesunde Lebensweise achten. Zudem altern die Menschen dank Wissenschaft und Medizin bei guter Gesundheit und leben länger. Die demographische Alterung zieht aber eine Zunahme der Zahl pflegebedürftiger betagter Personen nach sich, die Hilfe bei der Bewältigung ihres Alltags benötigen.

Im Hinblick auf den Pflegebedarf bedeutet dies:

- eine Zunahme der altersbedingten Krankheiten (Herz- und Kreislaufkrankheiten, Schlaganfälle, Diabetes, verschiedene Formen von Krebs, Osteoporose, usw.);
- eine Zunahme der psychischen Krankheiten und der Demenzerkrankungen;
- mehr Personen, die betreut werden müssen.

3.2. Die Langzeitpflegekette

Die Betreuung entwickelt in Abhängigkeit des Pflegebedarfs der betagten Person. Sie beruht zunächst auf der informellen Hilfe, die von den Angehörigen, der Nachbarschaft oder auch von Freiwilligen geleistet wird, mit der Unterstützung von Vereinigungen wie beispielsweise Pro Senectute oder der Alzheimervereinigung. Je mehr der Pflegebedarf steigt, desto wichtiger werden die formellen Strukturen der Hilfe und Pflege.

Die von den formellen Strukturen angebotenen Leistungen sind:

- Hilfe und Pflege zu Hause, die hauptsächlich von den sozialmedizinischen Zentren (SMZ) geleistet wird, aber auch von im Sinne des KVG zugelassenen Pflegefachfrauen und -männern sowie privaten Organisationen;
- Tagesheime, die gemäss der neuen Terminologie des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) Tagesstrukturen genannt werden;
- Kurzaufenthalte im Pflegeheim;
- Langzeitaufenthalte im Pflegeheim.

Diese Leistungen ergänzen sich gegenseitig und bilden die Langzeitpflegekette. Die Leistungen, die zu einem gewissen Zeitpunkt benötigt werden, hängen von der Pflege- und Hilfsbedürftigkeit der betagten Person sowie von den Unterstützungsmöglichkeiten des Umfelds ab. Jede Situation ist anders und entwickelt sich im Laufe der Zeit.

Die Betreuung zu Hause hat verschiedene Vorteile. Bis zu einem gewissen Abhängigkeitsgrad ist sie insgesamt weniger kostspielig als die Betreuung im Pflegeheim. Dies erklärt sich hauptsächlich mit der bedeutenden Unterstützung der Angehörigen. Ferner entspricht sie den Erwartungen der betagten Personen: verschiedene Studien haben gezeigt, dass zwischen 65 und 70% der betagten Personen lieber zu Hause leben möchten.

Ob betagte Personen weiter zu Hause leben können, hängt oft von der Hilfe ab, die von den Angehörigen und der Nachbarschaft geleistet werden kann. Die pflegenden Angehörigen (in der Mehrzahl der Fälle die Ehefrau) werden ebenfalls immer älter. Die Hälfte von ihnen ist über 60 Jahre alt. In zwei Dritteln der Situationen leiden sie selbst an gesundheitlichen Problemen, die durch die Betreuungsaufgaben verursacht oder erschwert werden. Oft ist es die Erschöpfung der Angehörigen, die zu einem vorzeitigen Eintritt der betreuten Person in ein Pflegeheim führt. Die Tagesstrukturen und die Kurzeitaufenthalte im Pflegeheim erlauben es, eine Erschöpfung der Angehörigen zu vermeiden.

Wenn die Betreuung zu anspruchsvoll wird oder wenn das Umfeld die nötige Hilfe nicht mehr leisten kann, wird ein Eintritt in ein Pflegeheim unvermeidlich und ist sowohl für die betagte Person als auch für die Angehörigen die beste Lösung.

3.3. Die Ziele der Planung 2010-2015

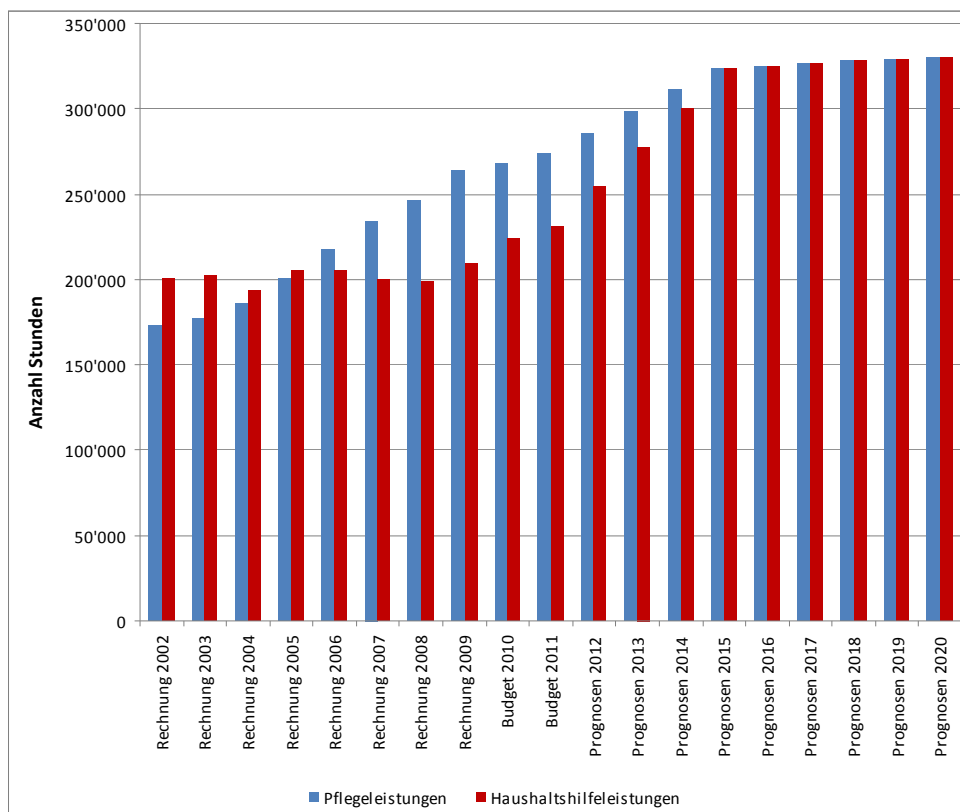
Die Planung der Langzeitpflege 2010-2015 hat folgende Ziele:

- die verschiedenen Formen der Hilfe zur Weiterführung des Lebens zu Hause und die Unterstützung der pflegenden Angehörigen stark ausbauen;
- die Anzahl Langzeitbetten in den Pflegeheimen an die Alterung der Bevölkerung anpassen.

Pflege und Hilfe zu Hause

Die Planung 2010-2015 hat das Ziel, dass in jeder Gesundheitsregion eine Stunde Pflege und eine Stunde Hilfe zu Hause pro Einwohner angeboten wird. Die folgende Grafik stellt die Entwicklung der Leistungen unter Einbezug dieses Ziels dar. Sie zeigt, dass Pflegeleistungen weiter erhöht und die Hilfeleistungen, die in den letzten Jahren eine sinkende Tendenz aufwiesen, stark erhöht werden müssen.

Entwicklung der Anzahl Stunden Pflege und Haushaltshilfe zu Hause, 2002-2020



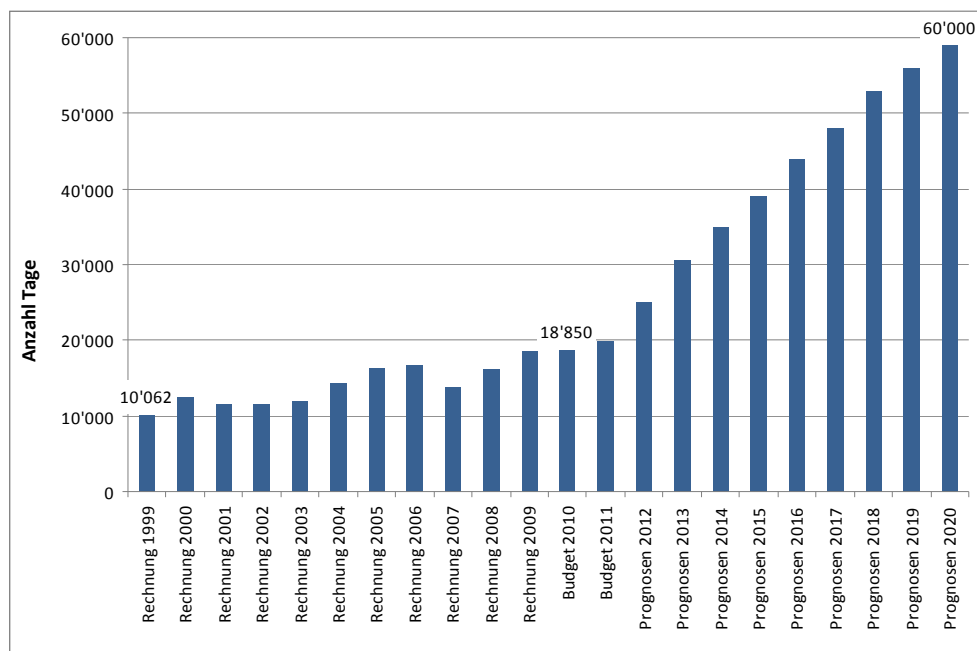
Tagesstrukturen

Das Wallis verfügt derzeit über 13 subventionierte Tagesheime, die etwa hundert Personen pro Tag betreuen können. Der Mehrheit von ihnen bietet eine spezialisierte Betreuung für pflegebedürftige betagte Personen an. Diese entsprechen damit dem neuen Begriff der Tagesstrukturen, der in die Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung eingeführt wurde. Andere bieten soziokulturelle Aktivitäten an (Tageszentren).

Die Planung 2010-2015 hat zum Ziel, dass bis im Jahr 2015 mindestens 280 Plätze in Tagesstrukturen zur Verfügung stehen. Damit sollen die Angehörigen, die sich im Wallis um rund 1'400 Personen mit einer Demenzerkrankung in einem mittleren oder fortgeschrittenen Stadium kümmern, mindestens einen Tag pro Woche entlastet werden können.

Die folgende Grafik zeigt die bisherige und erwartete Entwicklung der Anzahl Tage in den Tagesheime sowie die Anzahl der zusätzlich anzubietenden Tage, um das in der Planung festgesetzte Ziel zu erreichen. Es müssen grosse Anstrengungen bei dieser Art der Betreuung unternommen werden, um den Bedürfnissen der pflegenden Angehörigen gerecht zu werden und den Rückstand in diesem Bereich aufzuholen.

**Entwicklung der Anzahl Tage in den Tageheimen,
1999-2020**

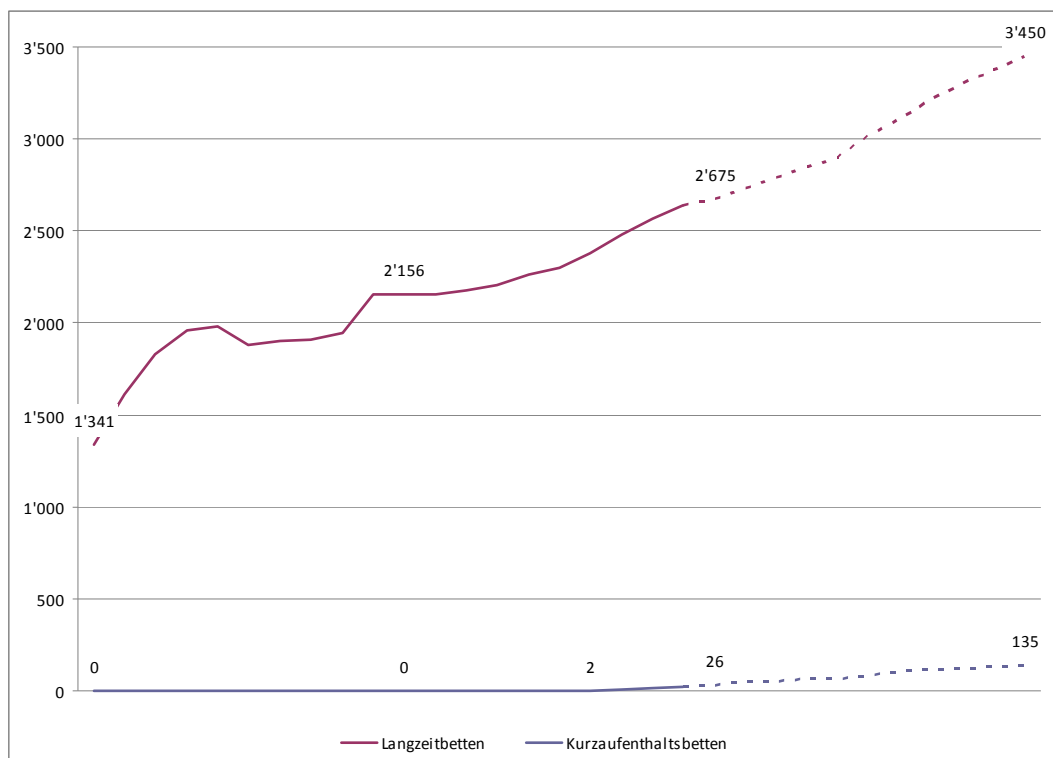


Pflegeheime

Für die Pflegeheime setzt die Planung 2010-2015 eine Norm von 5 bis 10 Kurzaufenthaltsbetten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahren fest sowie eine Norm von maximal 200 Langzeitbetten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahren. Diese Normen basieren auf der Analyse der Bedürfnisse im Wallis und Vergleichen mit den anderen Kantonen. Die Walliser Norm von 200 Langzeitbetten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahren gehört zu den tiefsten der Schweiz. Dieses anspruchsvolle Ziel macht es nötig, Leistungen zu entwickeln, welche die es den betagten Personen erlauben so lange wie möglich zu Hause leben zu können (Pflege und Hilfe zu Hause, Tages- oder Nachtstrukturen, Kurzaufenthaltsbetten im Pflegeheim).

Die nachfolgende Tabelle stellt die Entwicklung der Langzeit- und Kurzaufenthaltsbetten unter Berücksichtigung der in der Planung festgesetzten Normen dar. Mit der Alterung der Bevölkerung nimmt die Anzahl Betten in den Pflegeheimen weiterhin zu.

Entwicklung der Anzahl Kurzaufenthalts- und Langzeitbetten in den Pflegeheimen, 1990-2020



Trotz des in obiger Grafik gezeigten Anstiegs, sinkt die Anzahl Langzeitbetten in den Pflegeheimen im Verhältnis zu den Einwohnern im Alter von 80 Jahren und mehr. Im Jahr 2000 wurden 230 Betten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahren gezählt, im Jahr 2010 sind es noch 192. Parallel zu dieser Entwicklung hat die Pflegelast schrittweise zugenommen. Der Anteil der Bewohner in den beiden höchsten Pflegestufen ist von 52% im Jahr 1997 auf 67% im Jahr 2008 angestiegen. Zudem leiden immer mehr Personen an einer Demenzerkrankung.

Weitere Empfehlungen

Ergänzend zu den vorgenannten Zielen empfiehlt der Bericht über die Planung der Langzeitpflege 2010-2015:

- die Behandlung von betagten Personen mit psychischen Störungen (Demenzerkrankungen) in den sozialmedizinischen Strukturen zu verbessern, insbesondere indem die Fachkenntnisse des Pflegepersonals verbessert, eine sozialmedizinische Liaisonpsychiatrie aufgebaut und neue Strukturen angeboten werden;
- die Prävention zu verstärken, um die Auswirkungen der altersbedingten Krankheiten zu mindern und Risikosituationen besser zu erkennen;
- die Koordination des Parcours der Patienten zwischen den Institutionen zu verbessern;
- den Mangel an qualifiziertem Personal zu beheben.

4. Aktuelle Probleme, die das neue Gesetz über die Langzeitpflege löst

Die in der Planung der Langzeitpflege 2010-2015 festgesetzten Ziele sind anspruchsvoll. Sie können ohne eine Anpassung des gesetzlichen Rahmens nicht vollständig umgesetzt werden. Im folgenden Kapitel werden verschiedene Probleme und Hindernisse aufgezeigt, die durch das neue Gesetz über die Langzeitpflege gelöst werden.

4.1. Unangemessene Aufteilung der Kompetenzen und der Finanzierung

Derzeit finanziert der Kanton den grossen Teil des Defizits der SMZ (62.5% oder 20.5 Millionen Franken gemäss Budget 2011), während diese von den Gemeinden geführt werden, die den Rest der Ausgaben finanzieren (12 Millionen Franken gemäss Budget 2011).

Der Kanton finanziert ferner 30% der berücksichtigten Betriebsausgaben der Pflegeheime (58.3 Millionen Franken gemäss Budget 2011) sowie 30% der Investitionsausgaben (5 Millionen Franken gemäss Budget 2011). Die Gemeinden sind nicht verpflichtet, zur Finanzierung der Pflegeheime beizutragen.

Die Entwicklung der Hilfe und Pflege zu Hause wird durch diese Aufteilung nicht gefördert. In manchen Regionen stellt man ein ungenügendes Angebot von Leistungen zu Hause fest, was zu vorzeitigen Eintritten in ein Pflegeheim führt, obwohl die betroffene Person mit entsprechender Unterstützung weiterhin zu Hause betreut werden könnte.

4.2. Zu wenig Unterstützungsleistungen, um länger zu Hause leben zu können

Die Planung unterstreicht die Notwendigkeit, die verschiedenen Formen der Betreuung, die den betagten Personen ein Leben zu Hause ermöglichen und die Unterstützung der pflegenden Angehörigen, zu fördern. Die Leistungen der SMZ sollen weiterentwickelt werden, ebenso wie die Angebote für zeitweilige Aufenthalte in den verschiedenen Strukturen. Dazu muss die Anzahl Plätze in den Tages- und Nachtstrukturen und die Anzahl Kurzaufenthaltsbetten in den Pflegeheimen erhöht werden. Die Angehörigen können sich auf diese Strukturen stützen und eine Erschöpfung wird vermieden, indem sie die Gelegenheit haben sich zu erholen. Dadurch werden vorzeitige Eintritte pflegebedürftiger Personen in ein Pflegeheim verhindert.

Wie die interkantonalen Vergleiche und die Bedürfnisanalyse aufzeigen, genügen diese Angebote in unserem Kanton noch nicht, obwohl die grosse Mehrheit der betagten Personen so lange wie möglich bei sich zu Hause leben möchte. Um die gesteckten Ziele zu erreichen, braucht es mindestens 280 Plätze in Tagesstrukturen (heute verfügen wir lediglich über rund hundert) und bis zu 160 Kurzaufenthaltsbetten (im gesamten Kanton stehen nur etwa 20 zur Verfügung).

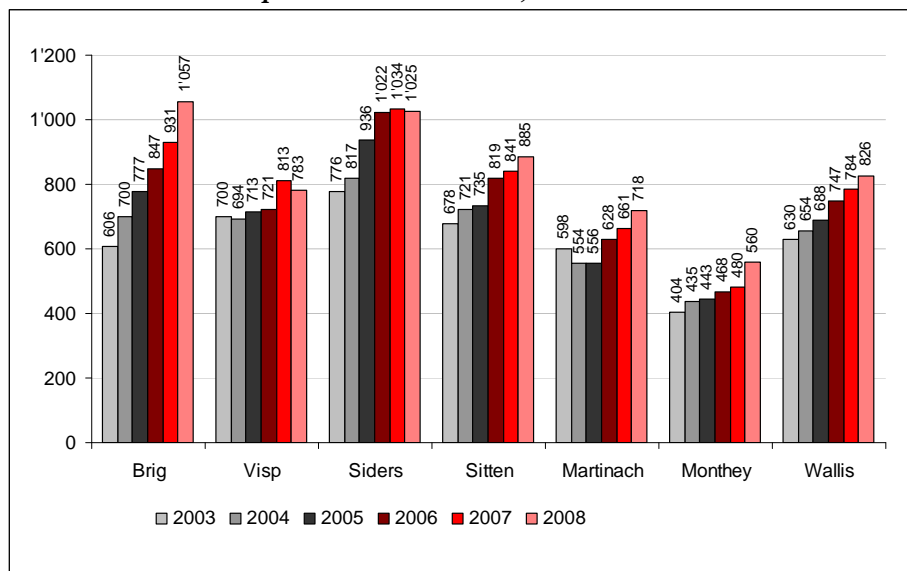
4.3. Ungleiche Entwicklung des Angebots in den verschiedenen Region

Die Statistiken zeigen, dass das Angebot ungleich auf die einzelnen Gesundheitsregionen verteilt ist. Was die Pflege und Hilfe zu Hause betrifft, stellt man bedeutende Unterschiede zwischen den Regionen fest, wie die nachstehenden Grafiken zeigen². Die Pflegeleistungen steigen, jedoch sind in den Regionen mit wenig Leistungen noch Anstrengungen nötig. Die

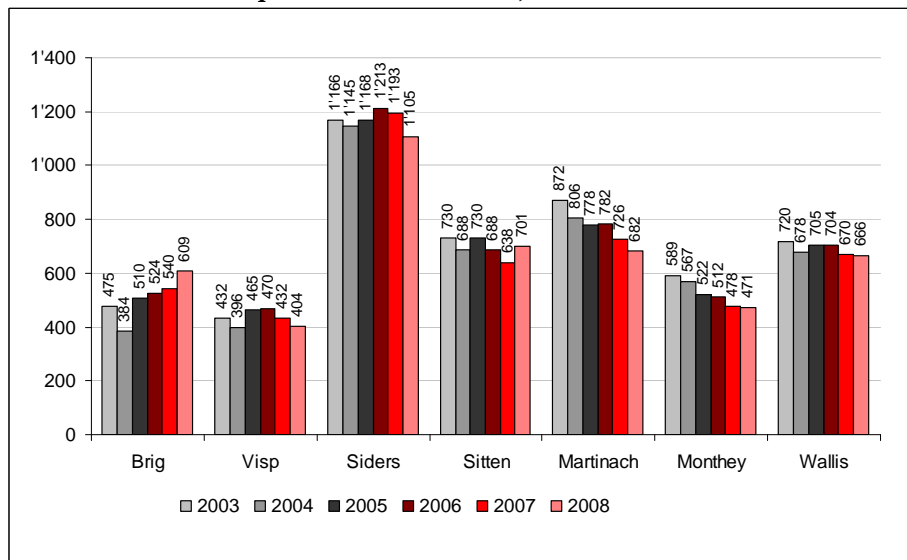
² Diese beiden Grafiken wurden aus dem erwähnten Bericht über die Planung der Langzeitpflege 2010-2015 übernommen.

Hilfeleistungen sinken in gewissen Regionen und die Unterschiede zwischen den Regionen in diesem Bereich sind grösser. Diese Entwicklung ist beunruhigend, weil betagte Personen auf Hilfe zu Hause angewiesen sind. Pflege allein genügt nicht.

**Anzahl Stunden Pflegeleistungen in den SMZ
pro 1'000 Einwohner, 2003-2008**



**Anzahl Stunden Hilfeleistungen in den SMZ
pro 1'000 Einwohner, 2003-2008**



Zwischen den Regionen gibt es bei den Tagesstrukturen bedeutende Unterschiede: Ende 2009 gab es im gesamten Oberwallis nur zwei Plätze, während im restlichen Kantonsgebiet rund 100 zur Verfügung standen. Auch bei den Kurzaufenthaltsbetten gibt es Unterschiede: Ende 2009 waren im Oberwallis 16 vorhanden, in der Region Siders 4, für die ganze Region Sitten stand 1 zur Verfügung und kein einziges in den Regionen Martinach und Monthey. Es werden zwar verschiedene Projekte für Kurzaufenthaltsbetten im französischsprachigen Kantonsteil umgesetzt, das Angebot bleibt indessen nach wie vor ungenügend.

Regionale Unterschiede finden sich auch bei den Langzeitbetten in den Pflegeheimen wieder, wo der durchschnittliche Bestand im Jahr 2008 pro 1'000 Einwohner von über 80 Jahren im Oberwallis bei 233 Betten, in der Region Siders bei 154 Betten, in der Region Sitten bei 214 Betten, in der Region Martinach bei 180 Betten und in der Region Monthey bei 198 Betten lag.

4.4. Keine einheitlichen Aufnahmekriterien in den Pflegeheime

Derzeit beziehen die Pflegeheime eine kantonale Subvention von 30% der berücksichtigten Investitionsausgaben. Die Gemeinden sind hingegen nicht verpflichtet, zur Finanzierung der Pflegeheime beizutragen. Zwei Drittel von ihnen haben sich freiwillig an der Finanzierung der Bau- oder Renovationsausgaben eines oder mehrerer Pflegeheime in ihrer Region beteiligt. Ein Drittel der Walliser Gemeinden hat noch keinen Beitrag geleistet. Daher bevorzugen gewisse Pflegeheime pflegebedürftige Personen aus Gemeinden, die zu ihrer Finanzierung beigetragen haben. Somit werden manchmal Personen abgewiesen, die einen Platz dringend benötigen, weil sie aus einer anderen Gemeinde kommen.

4.5. Mangelnde Koordination

Es existieren bereits Koordinationsinstanzen. So zum Beispiel die regionalen Gesundheitskommissionen, die auf regionaler Ebene auf eine angemessene Entwicklung des Gesundheitssektors achten und die kantonale Verbindungsstruktur zwischen den Institutionen, die aus zwei Koordinatorinnen und zwei Liaisonpflegefachpersonen besteht und den Parcours der Patienten zwischen den Pflegeinstitutionen koordiniert. Diese Instanzen sind vom Staatsrat geschaffen worden und derzeit auf Gesetzesebene nicht direkt verankert. Um auf dem gesamten Kantonsgebiet eine Harmonisierung der Leistungen und Praktiken zu erreichen, müssen diese Koordinationsinstanzen gestärkt werden.

5. Allgemeine Grundsätze des Vorentwurfs für ein Gesetz über die Langzeitpflege

5.1. Der Vorentwurf für ein Gesetz über die Langzeitpflege als Ergänzung zum Gesundheitsgesetz und zum Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen

Derzeit beruht die Walliser Gesundheitsgesetzgebung auf zwei Gesetzen, dem Gesundheitsgesetz vom 14. Februar 2008 (GG) und dem Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen vom 12. Oktober 2006 (GKAI), dessen Revision am 1. Januar 2012 in Kraft tritt.

Das Gesundheitsgesetz regelt insbesondere die Fragen der Betriebs- oder Berufsausübungsbewilligungen sowie die Qualitätsanforderungen. Diese Elemente gelten ebenfalls für Leistungserbringer im Bereich der Langzeitpflege.

Das GKAI enthält die allgemeinen kantonalen Bestimmungen im Bereich der Gesundheitsplanung und die Subventionsbedingungen für alle Krankenanstalten und -institutionen. Es weist dem Staatsrat die Kompetenz zur Erstellung der Gesundheitsplanung zu. Es präzisiert die speziellen Bestimmungen für den Spitalsektor, aber nicht für die Langzeitpflege.

Der Vorentwurf des Gesetzes über die Langzeitpflege präzisiert die speziellen Bestimmungen über die Planung und Finanzierung der Langzeitpflege in Übereinstimmung mit dem Bundesrecht. Der Gesetzesentwurf ergänzt das kantonale Gesundheitsgesetz und das Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen. Mit den drei Gesetzen verfügt der Kanton Wallis über eine vollständige Gesundheitsgesetzgebung.

5.2. Ziel und allgemeine Grundsätze

Die Bevölkerung wird in allen Kantonsteilen über ein bedürfnisgerechtes, vollständiges und koordiniertes Angebot an Langzeitpflegeleistungen verfügen. Der Vorentwurf antwortet auf die vorgängig erwähnten Probleme, um den Zugang zu allen Leistungsarten, welche die Langzeitpflegekette bilden, in jeder Gesundheitsregion zu gewährleisten.

Die Menschenwürde, die Gleichbehandlung und der gerechte Zugang zur Pflege dienen den Behörden und Institutionen als Leitlinie. Die Lebensqualität der betagten Personen wird sichergestellt und Misshandlungen vorgebeugt. Gesundheitsförderung und soziokulturellen Beziehungen misst der Gesetzesvorentwurf besondere Bedeutung zu. Ein Umzug ins Pflegeheim wird nur dann ins Auge gefasst, wenn das Leben zu Hause nicht mehr möglich ist, das Wohnen zu Hause wird gefördert. Die Leistungen ergänzen sich gegenseitig, wobei das beste Verhältnis zwischen Leistungen und Kosten anzustreben ist.

6. Angebot der Langzeitpflege: Definitionen

Im Gesetzesvorentwurf wird die Langzeitpflege definiert, die Aufgaben und Merkmale jedes Leistungserbringers werden geklärt und es wird eine gesetzliche Grundlage geschaffen.

6.1. Pflegeheime

Die Pflegeheime nehmen an einem oder mehreren nahe gelegenen Standorten betagte Personen für Langzeit- und Kurzaufenthalte auf, deren physischer oder psychischer Gesundheitszustand Pflegeleistungen nach KVG und seinen Ausführungsbestimmungen sowie Hilfe bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben erfordert, ohne eine Spitalbehandlung zu rechtfertigen. Sie bieten medizinische, paramedizinische, therapeutische, Beaufsichtigungs-, Beherbergungs- und Animationsleistungen an.

Es besteht die Möglichkeit, dass ein Pflegeheim seine Leistungen an mehreren nahe gelegenen Standorten anbietet. Damit rückt das Pflegeheim durch die Schaffung von dezentralisierten Einheiten näher an die Bevölkerung.

Der Vorentwurf definiert die Begriffe Langzeitbett und Kurzaufenthaltsbett. Langzeitbetten sind Betten, die für Personen bestimmt sind, für die es auf Dauer nicht mehr möglich ist, zu Hause zu wohnen. Kurzaufenthaltsbetten sind Betten, die in ein Pflegeheim integriert sind und Plätze für eine vorübergehende Aufnahme einer betagten Person bieten. Sie stellen eine Unterstützungsmassnahme für die betagte Person und ihr Umfeld dar und zielen darauf ab, dass die betagte Person wieder nach Hause zurückkehrt.

Der Begriff der Abteilung für Kurzaufenthalte (Ferienbetten) wird gestrichen. Diese werden gemäss der Terminologie des Bundesamts für Statistik neu als Kurzaufenthaltsbetten bezeichnet. So werden Verwechslungen mit Kantonen ausgeschlossen, in denen sich der Begriff der temporären Aufnahme auf die Tagesaufnahme bezieht. Es hat sich in der Praxis gezeigt, dass die Idee, die Betten für den Kurzaufenthalt in ein und dieselbe Abteilung einzufügen, nicht umsetzbar ist, da aufgrund des natürlicherweise stark schwankenden Belegungsgrades dieser Betten die Personaleinteilung eine Herausforderung darstellt.

6.2. Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause

Die Spitex- Organisationen erbringen Pflege- und Hilfeleistungen, damit die betagten Personen, die dies wünschen, so lange wie möglich zu Hause bleiben können.

Insbesondere die Sozialmedizinischen Zentren (SMZ) bieten diese Leistungen an. Der Gesetzesvorentwurf legt die wichtigsten Aufgaben fest, die die SMZ im Bereich der Langzeitpflege erfüllen müssen. Sie haben den Auftrag namentlich in folgenden Bereichen tätig zu sein: Prävention, Pflege und Hilfe zu Hause, kurative und palliative Therapie und Behandlung, Untersuchungen, sozialmedizinische Leistungen, Hilfe zur Bewältigung von alltäglichen Aufgaben, Teilnahme am sozialen Leben und Sicherheitsbegleitung zu Hause.

Andere Aufgaben der SMZ insbesondere aus dem Bereich der Sozialhilfe fallen nicht unter die Gesetzgebung über die Langzeitpflege.

6.3. Zugelassene Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

Die zugelassenen Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner im Sinne von Artikel 38 KVG erbringen Pflegeleistungen. Die Bedingungen für ihre Zulassung sind in Artikel 49 der eidgenössischen Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) festgelegt. Sie müssen im Besitz eines Krankenpflagediploms sein und ihre Tätigkeit während zwei Jahren bei einer zugelassenen Pflegefachfrau oder einem zugelassenen Pflegefachmann, in einem Spital oder

in einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause unter der Leitung einer zugelassenen Pflegefachfrau oder eines zugelassenen Pflegefachmannes ausgeübt haben.

6.4. Tages- oder Nachtstrukturen

Der Begriff der Tages- oder Nachtstruktur findet im Rahmen der Neuregelung der Pflegefinanzierung, die im Januar 2011 in Kraft tritt, Eingang ins KVG.

Der vorliegende Entwurf präzisiert diesen Begriff. Die Tages- oder Nachtstrukturen bieten den betagten Personen tagsüber oder nachts und gelegentlich oder regelmässig Pflegeleistungen und eine sozialmedizinische Betreuung an, damit diese zu Hause wohnen bleiben können und die Angehörigen entlastet werden. Es handelt sich um Strukturen, in denen Pflegeleistungen im Sinne des KVG erbracht werden.

Im Kanton Wallis gibt es bereits solche Strukturen, die gemeinhin "Tagesheime" genannt werden. Sie erbringen Pflegeleistungen und entsprechen oben genannter Definition. Die Betriebsbewilligung für eine Tagesstruktur wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Departement erteilt, sofern die gestellten Anforderungen erfüllt werden. Im Unterschied dazu bieten Tageszentren nur sozio-educative und präventive Leistungen.

6.5. Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung

Die Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung umfassen eine oder mehrere Wohnungen und befinden sich in der Nähe von Dienstleistungsstellen. Sie verfügen über eine an die betagte Bevölkerung angepasste Infrastruktur und Sicherheitsstandards. Es wird verhindert, dass die betagten Personen sich sozial isolieren. Gleichzeitig wird die Autonomie derjenigen gefördert, die keine durchgehende Betreuung benötigen.

Sie richten sich an Personen, deren Abhängigkeitsgrad keine Platzierung im Pflegeheim erfordert, aber deren Lebensbedingungen zu Hause nicht mehr genügend sicher sind (abgelegene Wohnung, soziale Isolation, architektonische Hindernisse usw.). Die Pflege und Hilfe in den sozialmedizinisch betreuten Wohnungen ist nicht rund um die Uhr gewährleistet. Wie in jedem Zuhause wird sie punktuell von einem Leistungserbringer erbracht, der eine Bewilligung besitzt.

Die Entwicklung solcher Wohnungen steht im Leistungsauftrag der SMZ. Vorliegender Vorentwurf sieht vor, dass die Bezeichnung "Wohnung mit sozialmedizinischer Betreuung" den Inhabern einer Anerkennung vorbehalten ist, die vom Departement dem das Gesundheitswesen angehört ausgestellt wird. Bei Wohnangeboten für die betagte Bevölkerung, ist es wichtig, dass Angebote mit einer echten sozialmedizinischen Betreuung (Vertrag mit einem SMZ, architektonische Anpassungen, ...), die den Anforderungen des Kantons entsprechen, klar gekennzeichnet werden und von anderen Angeboten unterschieden werden können.

6.6. Wartebetten der Spitäler

Die Wartebetten der Spitäler sind für die Patienten bestimmt, die nach einem Spitalaufenthalt auf einen Platz in einem Pflegeheim warten. Sie bilden einen Teil der Spitalplanung.

Die Zahl der Wartebetten der Spitäler ist aufgrund der Schaffung neuer Pflegeheimbetten stark zurückgegangen. Derzeit gibt es ein bis zwei Wartebetten an folgenden Standorten des Spital Wallis: Brig, Siders, Martinach und St-Maurice.

7. Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden

Das Gesundheitsgesetz und das Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen definieren die Aufsichts- und Planungsaufgaben des Kantons. Die kommunalen Aufgaben im Bereich der Langzeitpflege werden in der bisherigen Gesundheitsgesetzgebung nicht erwähnt. Der vorliegende Gesetzesvorentwurf präzisiert die kantonalen und die kommunalen Aufgaben im Bereich der Langzeitpflege, ohne die derzeit gültige Praxis grundsätzlich zu ändern.

7.1. Kantonale Aufgaben

Bewilligungen

Das Departement, dem das Gesundheitswesen angehört, erteilt den Pflegeheimen, Spitex-Organisationen sowie Tages- oder Nachtstrukturen Betriebsbewilligungen. Es erteilt den im Sinne von Artikel 38 KVG zugelassenen Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern Bewilligungen für die Berufsausübung.

Die Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung sind gemäss Gesundheitsgesetz nicht der Bewilligungspflicht unterstellt, da sie keine Krankenanstalt oder -institution darstellen und Pflegeleistungen wie in jedem Zuhause von einem Erbringer mit Bewilligung erbracht werden. Hingegen kann ihnen das für das Gesundheitswesen zuständige Departement, wie bereits oben erwähnt, eine Anerkennung im Sinne des Gesetzes über die Langzeitpflege erteilen, um sie von Angeboten unterscheiden zu können, die den gestellten Anforderungen nicht entsprechen.

Planung

Gemäss Artikel 39 KVG müssen Pflegeheime um eine Bewilligung zu erhalten, analog zu den Spitälern, der kantonalen Planung entsprechen und auf der kantonalen Liste aufgeführt sein. Die Rechtsprechung auf Bundesebene (BGE 2009/48; C-5733/2007) präzisiert, dass der Kanton für die Pflegeversorgung des gesamten Kantonsgebiet verantwortlich ist, selbst wenn die Planung an die Gemeinden delegiert wird.

Der Staatsrat hat gemäss Artikel 3 des Gesetzes über die Krankenanstalten und -institutionen vom 12. Oktober 2006 (GKAI) die Aufgabe, die Gesundheitsplanung zu erstellen. In einem umfassenden Konzept müssen die Tätigkeiten der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen koordiniert werden. Darin eingeschlossen sind die Spitäler, die Pflegeheime, die SMZ, sonstige Krankenanstalten und -institutionen, die medizinischen Notfalldienste und die Partner im ambulanten Bereich.

Der vorliegende Gesetzesentwurf weist gemäss den Bestimmungen des KVG und des GKAI die Planungskompetenz dem Kanton zu. Nur durch Planung auf kantonaler Ebene kann ein einheitliches Angebot garantiert werden. Der Staatsrat ist beauftragt, die Planung der Langzeitpflege zu erstellen und die Gesundheitsregionen festzulegen.

Der Vorentwurf präzisiert, dass die Planung mit den gesetzlichen Zielen übereinstimmen muss. Für die Bevölkerung müssen in jeder Gesundheitsregion bedarfsgerechte, umfassende und koordinierte Langzeitpflegeleistungen angeboten werden.

Unter einem vollständigen Angebot versteht man die Gesamtheit der Leistungen, welche die Langzeitpflegekette bilden, nämlich die Pflege und Hilfe zu Hause (einschliesslich der Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung), die Tages- oder Nachtstrukturen, die Kurzaufenthalts- und Langzeitbetten sowie Präventionsmassnahmen. Die Bereitstellung dieser Leistungen muss koordiniert werden, so dass die richtige Leistung je nach Abhängigkeitsgrad der Person am richtigen Ort angeboten wird. Das Angebot muss in jeder Gesundheitsregion in genügendem Umfang verfügbar sein. In den Regionen müssen die Leistungen den Bedürfnissen angepasst und für alle zugänglich sein.

Kompetenzen des für das Gesundheitswesen zuständigen Departements

Wie bis anhin erhält das Departement, dem das Gesundheitswesen angehört, im Rahmen der vom Staatsrat festgelegten Planung die Kompetenz, über die Zuteilung neuer Pflegeheimbetten auf die verschiedenen Projekte zu entscheiden.

Damit für alle Bürgerinnen und Bürger der gleiche Zugang zu qualitativ hoch stehenden Pflegeleistungen gewährleistet ist, sieht der vorliegende Gesetzesentwurf vor, dass das Departement Zugangskriterien festlegt. Die Aufnahme in ein Pflegeheim hängt vom Pflege- und Betreuungsbedarf ab, unter Berücksichtigung der Unterstützungsmöglichkeiten durch das Umfeld. Das Departement legt den Anteil Kurzaufenthaltsbetten fest, die in jedem Pflegeheim verfügbar sein müssen.

Pflegeheime: kantonale Liste und Leistungsauftrag

Gemäss Artikel 39 KVG erstellt der Staatsrat eine kantonale Liste der Pflegeheime, die sich aus der Bedarfsplanung ergibt. Die auf der Liste stehenden Pflegeheime erhalten einen Leistungsauftrag. Dieser Auftrag gilt grundsätzlich gleichermassen für alle Pflegeheime.

Für die Aufnahme in die kantonale Liste gelten für die Pflegeheime die im GKAI festgelegten Bedingungen analog der Eintragung der Spitäler in die Spitalliste und der Erteilung des Leistungsauftrags. Dies entspricht dem KVG. Das Departement legt für die Pflegeheime Qualitätsnormen fest. In den leitenden Instanzen muss mindestens ein Vertreter der Standortgemeinde Einsitz nehmen und die Zugangskriterien sowie den Anteil Kurzaufenthaltsbetten müssen eingehalten werden.

Leistungsaufträge für die anderen Anstalten oder Institutionen der Langzeitpflege

Im Gegensatz zu den Spitälern und den Pflegeheimen müssen die zugelassenen Spitex-Organisationen, Tages- oder Nachtstrukturen und Pflegefachpersonen nicht in der kantonalen Planung anerkannt sein, um zulasten des KVG praktizieren zu können. Um einen Anspruch auf die Finanzierung nach KVG zu besitzen, müssen sie einzig eine Betriebsbewilligung gemäss Artikel 49 und Artikel 51 der eidgenössischen Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und den Bestimmungen der einschlägigen kantonalen Gesetzgebung einholen.

Der Staatsrat kann gemäss vorliegendem Vorentwurf den Spitex-Organisationen und insbesondere den SMZ Leistungsaufträge erteilen, um sicherzustellen, dass das gesamte Kantonsgebiet bedient wird. Auch für Tages- oder Nachtstrukturen sowie für andere Anstalten oder Institutionen kann ein Leistungsauftrag erteilt werden. Letzteres ist vorgesehen, um neuen Formen von Langzeitpflegeangeboten Rechnung zu tragen, die noch nicht existieren, die sich jedoch in Zukunft entwickeln können.

7.2. Aufgaben der Gemeinden

Umsetzung der Planung

Historisch gesehen war die Betreuung betagter Personen Aufgabe der Gemeinden. Die pflegebedürftigen betagten Personen wurden bis ins zwanzigste Jahrhundert in Alterssasylen betreut. Für diese Aufgabe waren die Bürgergemeinden zuständig. In der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts haben die Gemeinden im Rahmen der kantonalen Planung mit der Unterstützung durch Subventionen von Bund und Kanton die Pflegeheime und die SMZ geschaffen.

Mit dem Gesetzesvorentwurf wird die Linie der bürgernahen Gesundheitspolitik weitergeführt. Die Gemeinden übernehmen die Verantwortung bei der Umsetzung der vom Kanton festgelegten Planung der Langzeitpflege. Jede Gemeinde muss dafür sorgen, dass ihre Bewohnerinnen und Bewohner Zugang zu allen benötigten Langzeitpflegeleistungen haben (Pflege und Hilfe zu Hause einschliesslich der Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung, Tages- oder Nachtstrukturen, Langzeit- und Kurzaufenthaltsbetten im Pflegeheim) und dass jede Person jederzeit die Betreuung erhält, die ihren Bedürfnissen am besten entspricht.

Regionale Gesundheitskommissionen

Im Jahr 1996 wurden mittels Staatsratsbeschluss für jede Gesundheitsregion eine regionale Gesundheitskommissionen geschaffen, in denen die wichtigsten Akteure des Gesundheitswesens vertreten sind. Der Vorentwurf schlägt vor, sie als beratendes Organ des für das Gesundheitswesen zuständigen Departements im Gesetz zu verankern. Wie bis anhin besteht ihre Aufgabe darin:

- die Koordination zwischen dem Kanton und den Gemeinden sowie zwischen den Gemeinden in jeder Gesundheitsregion zu fördern;
- die Bereitstellung von Infrastrukturen und das Angebot von sozialmedizinischen Leistungen sicherzustellen, die den Bedürfnissen der Bevölkerung in jeder Gesundheitsregion angepasst sind;
- zu den verschiedenen Vorhaben für die Erweiterung oder den Bau von Pflegeheimen zuhanden des Departements dem das Gesundheitswesen angehört, eine Vormeinung abzugeben.

Die regionalen Gesundheitskommissionen vermitteln zwischen dem Kanton und den Gemeinden und koordinieren das Vorgehen auf Ebene der Gesundheitsregionen. Die Zusammensetzung, das Ernennungsverfahren und die Befugnisse der regionalen Gesundheitskommissionen werden vom Staatsrat auf dem Verordnungsweg festgelegt.

Anschluss der Gemeinden an die Pflegeheime und Spitex-Organisationen

Der Gesetzesvorentwurf über die Langzeitpflege sieht vor, dass sich jede Gemeinde einem oder mehreren Pflegeheimen anschliesst, die auf der kantonalen Liste des Staatsrates stehen, sowie einer oder mehreren als gemeinnützig anerkannten Spitex-Organisationen. Der Vorentwurf verlangt, dass sich jede Gemeinde mindestens an ein Pflegeheim und an eine Spitex-Organisation anschliesst.

Diese Bestimmungen sorgen dafür, dass für alle Patienten der Zugang zu den Langzeitpflegeleistungen ungeachtet ihrer Wohnsitzgemeinde gewährleistet ist und die Planung umgesetzt wird.

Den Gemeinden steht es frei, diese Anschlüsse allein vorzunehmen oder sich dafür zusammenzuschliessen. Die Modalitäten des Anschlusses werden von den Gemeinden in Absprache mit den regionalen Gesundheitskommissionen frei festgelegt. Sie können zum Beispiel mit den Leistungserbringern Vereinbarungen treffen oder sich in einem Verein zusammenschliessen. Zum heutigen Zeitpunkt sind alle Gemeinden an ein SMZ und ein Teil von ihnen an ein oder mehrere Pflegeheime angeschlossen.

Sollte sich eine Gemeinde weder an ein Pflegeheim noch an ein SMZ anschliessen, sieht der Vorentwurf eine Intervention des Staatsrates vor, um auf Vormeinung der regionalen Gesundheitskommission die Anschlussmodalitäten festzulegen.

8. Finanzielle Bestimmungen

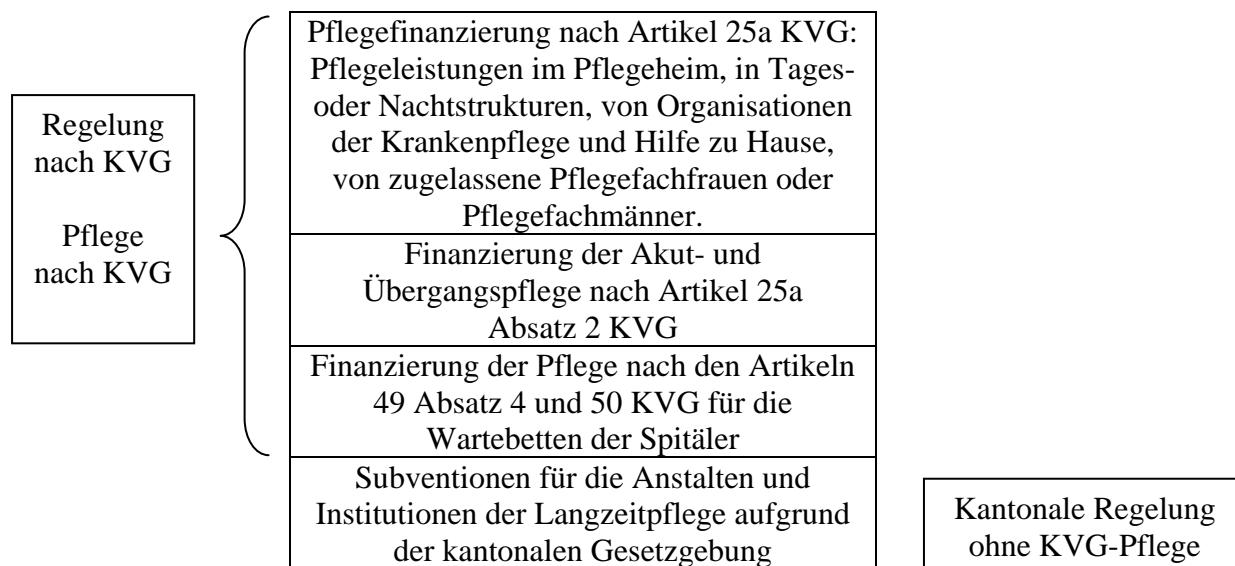
8.1. Die Finanzierungssysteme

Das KVG (Art. 25a) regelt die Finanzierung der Pflegeleistungen, die im Pflegeheim, in Tages- oder Nachtstrukturen sowie zu Hause von den Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und von zugelassenen Pflegefachfrauen oder Pflegefachmännern erbracht werden. Das KVG regelt ferner die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege (Art. 25a Abs. 2 KVG), sowie jene der Wartebetten der Spitäler (Art. 49 Abs. 4 und 50 KVG). Die Kantone sind beauftragt, die Ausführungsmodalitäten unter Einhaltung der Bestimmungen des Bundes festzulegen.

Die Finanzierung, die sich aus dem KVG ergibt, erstreckt sich lediglich auf die Pflegefinanzierung, die in einem genau festgelegten abschliessenden Leistungskatalog aufgeführt ist. Andere Leistungen wie Betreuung, Beherbergung, Mahlzeiten und Animation werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nicht übernommen. Die OKP übernimmt in den Pflegeheimen dieselben Leistungen wie bei einer ambulanten Behandlung oder der Pflege zu Hause. Daraus folgt, dass die in den Pflegeheimen erbrachten Pflegeleistungen zum ambulanten Sektor zählen.

Als Ergänzung müssen besondere Subventionen vorgesehen werden, um Leistungen zu finanzieren, die mit der Regelung nach KVG nicht oder nur ungenügend finanziert werden können. Diese spezifischen Subventionen beruhen einzig auf der kantonalen Gesetzgebung.

Die Verbindung zwischen der Finanzierungsregelung nach KVG und den spezifischen Subventionen, die auf der kantonalen Gesetzgebung beruhen, kann wie folgt schematisch dargestellt werden:



Der Vorentwurf des Gesetzes über die Langzeitpflege übernimmt und adaptiert die Bestimmungen des Dekrets über die Finanzierung der Langzeitpflege vom 5. Mai 2010, das die KVG-Regelung und die spezifischen, auf der kantonalen Gesetzgebung beruhenden Subventionen umfasst. Der Vorentwurf ist in Kapitel unterteilt, die den verschiedenen Finanzierungsregelungen entsprechen, nämlich:

- die Pflegefinanzierung nach Artikel 25a KVG;
- die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege nach Artikel 25a Absatz 2 KVG;
- die Finanzierung der Pflege nach Artikel 49 Absatz 4 und Artikel 50 KVG (Wartebetten der Spitäler);
- die Subventionen für die Anstalten und Institutionen der Langzeitpflege gemäss kantonalen Gesetzgebung.

8.2. Die Pflegefinanzierung nach Artikel 25a KVG

Die neuen Bestimmungen des KVG (Art. 25a) über die Pflegefinanzierung, die am 1. Januar 2011 in Kraft treten, sehen eine ausschliessliche Finanzierung der Langzeitpflege vor durch:

- die Krankenversicherer (Beitrag an die Pflege), die aufgrund der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) einen Beitrag an die Pflege leisten, der vom Bundesrat festgesetzt wird und der in der ganzen Schweiz einheitlich ist;
- die Versicherten (Beteiligung der Versicherten an den Pflegekosten), die dazu angehalten werden können, sich im Umfang von bis zu 20% des vom Bundesrat festgesetzten Höchstbeitrags zu beteiligen;
- die öffentliche Hand (Restbeitrag an die Pflege), nämlich der Kanton und/oder die Gemeinden, welche die Restfinanzierung begleichen, die nicht von der OKP übernommen wird.

Während der Pflegebeitrag, der von den Krankenversicherern bezahlt wird, vom Bundesrat festgelegt wird, bestimmt der Kanton die Beteiligung der Versicherten an den Pflegekosten und die Restbeiträge an die Pflege, die zulasten der öffentlichen Hand gehen.

Beteiligung der Versicherten an den Pflegekosten

Unter der alten bundesrechtlichen Regelung der Pflegefinanzierung schloss der Tarifschutz die Beteiligung der Patienten an den Pflegekosten aus. Die neuen Bestimmungen des Bundes sehen vor, dass die Pflegekosten im Umfang von bis zu 20% des maximalen, vom Bundesrat festgelegten OKP- Beitrages auf die versicherte Person abgewälzt werden können, also höchstens 21.60 Franken pro Tag für die Pflegeheime und 15.95 Franken pro Tag für die Pflege zu Hause. Um den Zugang zu den Pflegeleistungen unabhängig von den finanziellen Mitteln jedes Einzelnen zu garantieren, wurde die Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung von Massnahmen begleitet, welche die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) und die AHV-Ergänzungsleistungen betreffen. So wurde eine AHV-Entschädigung für Hilflosigkeit leichten Grades eingeführt und die Bedingungen für den Erhalt von Ergänzungsleistungen zur AHV wurden gelockert.

Der Kanton Wallis hat keineswegs die Absicht, die kantonalen Beiträge zum Nachteil der betagten Personen zu reduzieren. Deshalb hat der Staatsrat in seiner Verordnung über die Finanzierung der Langzeitpflege vom 1. September 2010 auf eine Beteiligung der Versicherten während der Gültigkeitsdauer des Dekrets über die Finanzierung der Langzeitpflege vom 5. Mai 2010 verzichtet. Dieses gilt ab dem 1. Januar 2011 bis zum Inkrafttreten des Gesetzes über die Langzeitpflege, jedoch maximal bis am 31. Dezember 2013.

Der jetzige Zustand der Kantonsfinanzen erlaubte es, auf die Beteiligung der Versicherten zu verzichten. In Anbetracht der demographischen Entwicklung wird die öffentliche Hand indessen die Finanzierung der Restbeiträge an die Pflege nicht allein tragen können. Deshalb sieht der vorliegende Vorentwurf eine Beteiligung der Versicherten in den Pflegeheimen und den Wartebetten in den Spitälern von 10% des vom Bundesrat festgesetzten OKP-Höchstbeitrages vor, mit einer auf 5'000 Franken festgesetzten Jahreslimite. Diese Lösung wurde gewählt, um den Beitrag der öffentlichen Hand auf Dauer festzulegen, der zudem für die Versicherten eine erträgliche Belastung darstellt. Es ist wichtig daran zu erinnern, dass die Ergänzungsleistungen für Versicherte, die nicht über die nötigen Mittel für eine Beteiligung an den Pflegekosten verfügen, entsprechend angepasst werden. Des Weiteren kann der Staatsrat auf eine Beteiligung der Versicherten, die Sozialhilfe empfangen, verzichten.

Aufgrund der jetzigen Zahlen beträgt der Jahreshöchstbetrag, den eine Beteiligung des Versicherten an den Pflegekosten im Pflegeheim in der Höhe von 10% darstellen würde, 3'942 Franken. Die Begrenzung auf 5'000 Franken garantiert den Versicherten, dass ihr Beitrag nicht darüber hinausgeht, selbst wenn der Bundesrat die OKP- Beiträge nicht vollumfänglich an die Kostenentwicklung anpasst.

Der Gesetzesvorentwurf sieht keine Beteiligung der Versicherten an der Pflege vor, die von anderen Erbringern geleistet wird. Damit soll verhindert werden, dass Personen aus finanziellen Gründen auf Leistungen verzichten, welche die Weiterführung des Lebens zu Hause ermöglichen. Dies entspricht den einschlägigen Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).

Restbeitrag an die Pflege

Analog dem Dekret vom 5. Mai 2010 sieht der Gesetzesvorentwurf vor, dass die öffentliche Hand den Restbeitrag an die Pflege finanziert. Der Staatsrat kann die fakturierbaren Pflegekosten nach Anhörung der Erbringer von Pflegeleistungen bestimmen.

8.3. Die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege nach Artikel 25a Absatz 2 KVG

Artikel 25a Absatz 2 KVG sieht eine besondere Finanzierung für die Akut- und Übergangspflege vor. Es handelt sich um Pflegeleistungen, die im Anschluss an einen Spitalaufenthalt notwendig sind und von einem Arzt des Spitals verordnet werden. Sie können von einem Pflegeheim, von Spitex-Organisationen oder von zugelassenen Pflegefachfrauen oder -männern erbracht werden.

Die Akut- und Übergangspflegeleistungen werden während höchstens zwei Wochen gemäss der Regelung der Spitalfinanzierung vergütet. Die Versicherer und die Leistungserbringer vereinbaren dazu Pauschalen. Der Anteil zulasten der öffentlichen Hand wird dem KVG entsprechend bestimmt (Art. 49a und die Übergangsbestimmungen der Änderungen vom 21. Dezember 2007 über die Spitalfinanzierung).

8.4. Die Pflegefinanzierung nach Artikel 49 Absatz 4 und Artikel 50 KVG (Wartebetten der Spitäler)

Die Finanzierung der Wartebetten der Spitäler ist in Artikel 49 Absatz 4 und Artikel 50 KVG geregelt. Nach diesen Bestimmungen erfolgt die Vergütung aufgrund der Tarife, die in den Pflegeheimen Anwendung finden, sofern keine medizinische Indikation für einen Spitalaufenthalt mehr vorliegt. Der Vorentwurf für ein Gesetz über die Langzeitpflege präzisiert, dass die Beiträge an die Wartebetten der Spitäler vom Staatsrat je nach Pflegestufe festgelegt werden. Diese Beiträge gehen zulasten des Kantons.

8.5. Subventionen für die Anstalten und Institutionen der Langzeitpflege aufgrund der kantonalen Gesetzgebung

Das Dekret über die Langzeitpflege vom 5. Mai 2010 präzisiert und verankert die bereits gültigen Bestimmungen über die Subventionen, die sich einzig aus der kantonalen Gesetzgebung ergeben. Die Bestimmungen dieses Dekrets wurden im Wesentlichen in den Vorentwurf für ein Gesetz über die Langzeitpflege übernommen und angepasst, um sie langfristig in die kantonale Gesetzgebung einzufügen.

Allgemeines

Der Staatsrat kann zusätzlich zum Restbeitrag an die Pflege nach KVG, Subventionen für die berücksichtigten Betriebs- und Investitionsausgaben der verschiedenen Anstalten und Institutionen gewähren (Pflegeheime, Tages- oder Nachtstrukturen, Spitex-Organisationen, sonstige Einrichtungen).

Diese Subventionen umfassen insbesondere:

- die Entwicklung und den Betrieb der Kurzaufenthaltsbetten in den Pflegeheimen,

- die Entwicklung und den Betrieb von Tages- oder Nachtstrukturen,
- die Stärkung und Entwicklung der Palliativpflege,
- die Weiterbildung des Pflegepersonals,
- den Bestand an qualifiziertem Personal,
- die Umsetzung der bestehenden oder zu schaffenden Instrumente für die Pflegequalität und die Patientensicherheit,
- die Entwicklung und Stärkung der Koordination zwischen den verschiedenen Pflegestrukturen.

Bedingungen

Wie schon das Dekret macht der Vorentwurf die Gewährung der erwähnten Subventionen von der Einhaltung besonderer Bedingungen abhängig, insbesondere von der Anerkennung der Gemeinnützigkeit. Die Bedingungen für die Anerkennung der Gemeinnützigkeit sind im Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen (GKAI) festgelegt, das sich derzeit in Revision befindet. Anerkannt werden können Krankenanstalten und -institutionen, die insbesondere die kantonale Gesundheitsplanung einhalten und nicht gewinnorientiert sind.

Es sind weitere spezifische Bedingungen vorgesehen. Sie betreffen die Einhaltung der verschiedenen Bestimmungen über die Pflegequalität (insbesondere den Bestand an qualifiziertem Pflegepersonal), die Verwaltung der Finanzen und die Verwendung der Rechnungsergebnisse. Ausserdem hängt die Gewährung von Subventionen ab:

- von der Einhaltung der Kriterien für den Zugang aller Patienten zu angemessenen Pflegeleistungen von hoher Qualität,
- von der Einhaltung des Anteils an Kurzaufenthaltsbetten, die in jedem Pflegeheim bereitgestellt werden müssen,
- von der Pflicht zum Beitritt zu den kantonalen Dachorganisationen und der Einhaltung ihrer Statuten.

Betriebssubventionen

Gemäss vorliegendem Vorentwurf hat der Staatsrat die Möglichkeit, Subventionen der öffentlichen Hand an die Pflegeheime, Tages- oder Nachtstrukturen mit gemeinnützigem Charakter zu gewähren. Wie bereits heute übernimmt die öffentliche Hand den betriebsbedingten Ausgabenüberschuss der Organisationen der Pflege und Hilfe zu Hause, namentlich der SMZ.

Wenn die Kosten von Leistungen, die die Spitex-Organisationen mit gemeinnützigem Charakter zulasten anderer Sozialversicherungen erbringen, von diesen nicht voll gedeckt werden, kann der Staatsrat den Umfang beschliessen, mit dem die Differenz von der öffentlichen Hand übernommen wird.

Es ist vorgesehen, dass die Betriebskosten der regionalen Gesundheitskommissionen übernommen werden.

Investitionssubventionen

Der Kanton kann den als gemeinnützig anerkannten Pflegeheimen und Tages- oder Nachtstrukturen Investitionssubventionen gewähren. Diese Subventionen betragen 20% der berücksichtigten Investitionsausgaben. Sie können im Verhältnis der Subventionen erhöht werden, die von den Gemeinden aus freien Stücken gewährt werden. Die gesamte Subvention des Kantons darf 30% der berücksichtigten Investitionsausgaben nicht übersteigen.

Für die Spitex-Organisationen mit gemeinnützigem Charakter sind keine Investitionssubventionen vorgesehen, weil der Überschuss der berücksichtigten Betriebsausgaben von der öffentlichen Hand übernommen wird, welche die mit den Investitionen verbundenen Ausgaben einschliessen.

Nicht unter die Pflege im Sinne des KVG fallende und nicht subventionierte Ausgaben der Pflegeheime

Die Ausgaben der Pflegeheime, die nicht unter die Pflege im Sinne des KVG fallen, gehen nach Abzug der Betriebssubventionen zulasten der Versicherten. Dabei handelt es sich um Beherbergung, Mahlzeiten, Animation und Abschreibungen.

Der Gesetzesvorentwurf sieht vor, dass der Betrag, der dem Versicherten in Rechnung gestellt wird, zwischen dem Pflegeheim und der Wohnsitzgemeinde des Versicherten festgesetzt wird. Dieser Betrag kann sich je nach Beteiligungsgrad der Wohnsitzgemeinde des Versicherten an den Ausgaben des Pflegeheims ändern, insbesondere für den mit den Investitionen verbundenen Aufwand. Anstatt dem Versicherten einen Zusatz zum Tarif anzulasten, kann sich die Wohnsitzgemeinde dafür entscheiden, diesen Beitrag zu übernehmen.

Im Falle einer Nichteinigung sieht der Gesetzesvorentwurf vor, dass der Staatsrat die Modalitäten der Berechnung des Zusatzes festlegt, wobei er sich insbesondere auf die folgenden Kriterien abstützt:

- a) die Investitionen, die von den Gemeinden in der Vergangenheit getätigt wurden;
- b) die angebotenen Leistungen, namentlich die Anzahl der Pflegeheimtage von Personen, die in der betreffenden Gemeinde wohnhaft sind;
- c) der vorab geleistete Beitrag der Standortgemeinde sowie der Gemeinden, die einen bedeutenden wirtschaftlichen Vorteil aus dem Pflegeheim erzielen.

Diese Bestimmungen wollen das Aufnahmeproblem lösen, das manchmal bei Personen entsteht, die in Gemeinden wohnhaft sind, die nicht zur Finanzierung des betreffenden Pflegeheims beigetragen haben (siehe Punkt 4.4). Damit erfolgt die Aufnahme ins Pflegeheim einzig aufgrund des Gesundheitszustandes der Patientin oder des Patienten und den Unterstützungsmöglichkeiten seines Umfelds. Personen aus Gemeinden, die in der Vergangenheit zur Finanzierung des Baus eines Pflegeheims beigetragen haben, sollen nicht mehr zum Nachteil anderer Patienten bevorzugt werden.

Andere Anstalten oder Institutionen der Langzeitpflege

Der Gesetzesvorentwurf erteilt dem Staatsrat die Kompetenz, anderen Anstalten und Institutionen der Langzeitpflege Subventionen für die Betriebs- und Investitionsausgaben zu

gewähren. Mit dieser Bestimmung können wie bereits erwähnt neue Formen der Langzeitpflegeangebote unterstützt werden, die derzeit noch nicht existieren und sich in Zukunft entwickeln können.

8.6. Aufteilung der Finanzierung zwischen dem Kanton und den Gemeinden

Angesichts der in Punkt 4 dargelegten Probleme, insbesondere der suboptimalen Kompetenz- und Finanzierungsaufteilung, des Mangels an Unterstützungsleistungen für das Weiterführen des Lebens zu Hause und der ungleichen Angebotsentwicklung in den verschiedenen Regionen, sieht der Gesetzesvorentwurf eine neue Aufteilung der Finanzierung zwischen dem Kanton und den Gemeinden vor.

Diese Leistungen bilden die Langzeitpflegekette. Um ein gewisses Gleichgewicht unter all diesen Leistungen zu gewährleisten, ist es wichtig, dass die Aufteilung der Finanzierung zwischen dem Kanton und den Gemeinden alle Leistungstypen umfasst und auf einem einheitlichen Satz beruht. Damit wird vermieden, dass der Kanton oder die Gemeinden einzig aus finanziellen Gründen den einen Betreuungstyp gegenüber einem anderen bevorzugen.

Derzeit tragen die Gemeinden zur Finanzierung der SMZ (37.5% des Ausgabenüberschusses der berücksichtigten Betriebsausgaben) und der Tages- oder Nachtstrukturen (37% der Tagespauschale) bei. Sie sind nicht verpflichtet sich an der Finanzierung der Pflegeheime zu beteiligen.

Es ist also wichtig, dass:

- die Gemeinden zur Finanzierung aller Leistungen der Langzeitpflege beitragen, inklusive der Pflegeheime;
- der Aufteilungsschlüssel für die Finanzierung zwischen dem Kanton und den Gemeinden für alle Leistungstypen gleich ist.

Der Gesetzesvorentwurf schlägt einen Aufteilungssatz von 85% zulasten des Kantons und von 15% zulasten der Gemeinden vor, der auf die Leistungen angewendet wird, die gemäss den verschiedenen, oben beschriebenen Regelungen von der öffentlichen Hand finanziert werden. Die nachstehende Tabelle stellt diese Aufteilung dar:

	Restbeitrag an die Pflege, Art. 25a KVG	Akut- und Übergangspflege, Art. 25a Abs. 2 KVG	Wartebetten der Spitäler, Art. 49 Abs. 4 und 50 KVG	Subventionen aufgrund der kantonalen Gesetzgebung	
				Betrieb	Investitionen
Pflegeheim	Kanton 85% Gem.de 15%	Kanton 85% Gem.de 15%		Kanton 85% Gem.de 15%	Kanton (Gem.de freiw.)
Spitex-Organisationen	Kanton 85% Gem.de 15%	Kanton 85% Gem.de 15%		Kanton 85% Gem.de 15%	
Zugelassene Pflegefachpers.	Kanton 85% Gem.de 15%	Kanton 85% Gem.de 15%			
Tages-/Nachtstrukturen	Kanton 85% Gem.de 15%			Kanton 85% Gem.de 15%	Kanton (Gem.de freiw.)
Spitäler			Kanton		
Regionale Kommissionen				Kanton	
Sonstige				Kanton	Kanton

Basierend auf den Daten 2011 und unter Berücksichtigung einer Beteiligung der Versicherten an den Pflegekosten in den Pflegeheimen in der Höhe von 10% würde die Anwendung dieser Aufteilungssätze eine zusätzliche Belastung von rund 1.2 Millionen Franken für die Gemeinden ausmachen. Dies bei einem Total von mehr als 14 Millionen Franken, die die Gemeinden für die Langzeitpflege aufwenden. Bei dieser Berechnung wurden die Investitionssubventionen nicht berücksichtigt. Dieser zusätzliche Aufwand für die Gemeinden wird durch die Übernahme der Finanzierung der Schulzahnpflege durch den Kanton ausgeglichen. Die finanziellen Auswirkungen für den Kanton und die Gemeinden werden im Rahmen des Projekts NFA II ausgearbeitet.

Was die Aufteilung zwischen den Gemeinden betrifft, so sieht der Vorentwurf des Gesetzes vor, diese aufgrund des Wohnsitzes des Versicherten festzulegen. Dieser Begriff kann in den Ausführungsbestimmungen, in Absprache mit den Gemeinden, genauer festgelegt werden. Der Gesetzesvorentwurf ermöglicht es den Gemeinden andere Kriterien festzulegen.

8.7. Finanzielle Hilfe für pflegende Angehörige

Neben den Strukturen für zeitweilige Aufenthalte sollen die betreuenden Angehörigen auch finanziell unterstützt werden. Derzeit kann gemäss dem Reglement über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (RKEL) für Personen, die Ergänzungsleistungen und eine Hilflosenentschädigung für eine mittlere oder schwere Hilflosigkeit beziehen, eine finanzielle Hilfe beantragt werden. Artikel 16 dieses Reglements sieht eine Vergütung der Kosten für Pflege und Hilfeleistungen zu Hause vor, die von Familienmitgliedern erbracht werden, falls diese Familienmitglieder nicht in die Berechnung der Ergänzungsleistungen eingeschlossen sind und falls sie eine länger dauernde, wesentliche Erwerbseinbusse erleiden.

Würde eine Verallgemeinerung dieser Praxis über die Bezüger von Ergänzungsleistungen hinaus im Gesetz über die Langzeitpflege verankert, könnte dies kostspielige Folgen nach sich ziehen. Es sollte eine Alternative in Form eines Steuerabzugs gefunden werden. So können alle betroffenen Personen ohne grossen Verwaltungsaufwand erreicht werden. Diese Frage ist jedoch nicht Teil des vorliegenden Gesetzesvorentwurfs, sondern wird derzeit im Rahmen eines Postulats analysiert³.

9. Koordination zwischen den Institutionen

Die Koordination zwischen den Institutionen der Langzeitpflege beruht derzeit auf den regionalen Gesundheitskommissionen, der kantonalen Verbindungsstruktur zwischen den Institutionen (KVSZI) und den Dachorganisationen. Ihre Verankerung im Gesetz stärkt deren Legitimität und legt die Aufgaben genauer fest.

³ Postulat 1.063 der PLR-Fraktion, durch die Grossräte Charles-Albert Gillioz (Suppleant) und Gilbert Monney (Suppleant) betreffend Unterstützung der nichtfachlichen Pflegepersonen als wichtiges Element zum Verbleib zu Hause (17.12.2009)

9.1. Koordination zwischen den Pflegeleistungserbringern

Der Gesetzesvorentwurf sieht die Einrichtung einer kantonalen Koordinationsinstanz vor, in welcher der Kanton, das Spital Wallis und die Dachorganisation der als gemeinnützig anerkannten Pflegeheime und die Dachorganisation der als gemeinnützig anerkannten Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause vertreten sind. Zu diesem Zweck wird ein Verein gegründet. Er hat die Aufgabe, die Information und die Begleitung der Patienten zwischen den Pflegeinstitutionen sicherzustellen, wobei er die Kontinuität der Betreuung gewährleistet. Dazu stützt er sich insbesondere auf die Kriterien des für das Gesundheitswesen zuständigen Departements, die den gleichberechtigten Zugang aller Patienten zu angemessenen Pflegeleistungen von hoher Qualität sicherstellen.

Die Koordination zwischen den Pflegeleistungserbringern wird derzeit von der kantonalen Verbindungsstruktur zwischen den Institutionen wahrgenommen, die somit gestärkt und im Gesetz verankert wird. Die Koordinationsaufgaben werden wie bis anhin von den Verbindungspflegefachpersonen in jeder Gesundheitsregion erfüllt. Diese arbeiten unter der Verantwortung von zwei Koordinatorinnen, die die Harmonisierung der Praxis gewährleisten. Diese Struktur ist derzeit administrativ der Walliser Vereinigung der SMZ angegliedert und wird einen eigenen rechtlichen Status in Form eines Vereins erhalten.

9.2. Dachorganisationen

Im Hinblick auf die Harmonisierung der Rolle der Pflegeleistungserbringer wurden zwei kantonale Dachorganisationen als bevorzugte Ansprechpartner des für das Gesundheitswesen zuständigen Departements in den Gesetzesvorentwurf aufgenommen:

- eine kantonale Dachorganisation für die als gemeinnützig anerkannten Pflegeheime;
- eine kantonale Dachorganisation für die als gemeinnützig anerkannten Spitex-Organisationen.

Dadurch wird die Stellung der beiden bestehenden Dachorganisationen gestärkt, nämlich der Vereinigung Walliser Alters- und Pflegeheime (VWAP) und der Walliser Vereinigung der sozialmedizinischen Zentren.

Gemäss Vorentwurf müssen die als gemeinnützig anerkannten Pflegeheime und Spitex-Organisationen der jeweiligen Vereinigung beitreten. Das für das Gesundheitswesen zuständige Departement ist mit beratender Funktion in den Dachorganisationen vertreten.

Das für das Gesundheitswesen zuständige Departement kann den Dachorganisationen Aufträge erteilen, zum Beispiel in Bezug auf das Gesundheitsinformationssystem, die Ausbildung des Personals oder sonstige spezielle Einzelaufgaben. Diese Aufträge werden vollständig durch den Kanton finanziert.

Die anderen Kompetenzen dieser Dachorganisationen, insbesondere die Pflichten ihrer Mitglieder, sind frei in den Statuten der Vereine festzulegen. Diese Statuten müssen jedoch dem für das Gesundheitswesen zuständigen Departement zur Genehmigung vorgelegt werden.

10. Schlussfolgerungen

Der Vorentwurf für ein Gesetz über die Langzeitpflege will den Kanton Wallis mit einer modernen Gesetzgebung im Bereich der Langzeitpflege ausstatten, die:

- dem Bundesrecht entspricht;
- die Bestimmungen festlegt, die für die Langzeitpflegeleistungserbringer, in Ergänzung zum Gesundheitsgesetz und zum Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen, gelten;
- die Aufteilung der Aufgaben und der Finanzierung zwischen dem Kanton und den Gemeinden präzisiert und revidiert, um die gesamten Leistungen der Langzeitpflegekette einheitlich zu finanzieren und eine angepasste Entwicklung all dieser Leistungen zu garantieren;
- die Beteiligung der Versicherten an den Pflegekosten gemäss Bundesgesetzgebung festlegt;
- in erster Linie ermöglicht, dass die betagten Personen so lange wie möglich zu Hause bleiben können;
- die Einrichtung eines umfassenden und qualitativ hoch stehenden Angebots fördert, das den Bedürfnissen der betagten Personen in jeder Region angepasst ist;
- den gleichberechtigten Zugang zu diesem Angebot fördert;
- sämtliche Langzeitpflegeleistungserbringer und anderen sozialmedizinischen Strukturen bezeichnet, zu deren Entwicklung sich der Kanton verpflichtet;
- die Koordinationsinstanzen zwischen den Leistungserbringern stärken.

Das Department für Finanzen, Institutionen und Gesundheit hat das Ziel, mit der Vernehmlassung dieses Vorentwurfs, dass der Kanton Wallis erstmals über eine spezifische Gesetzgebung im Bereich der Langzeitpflege verfügt. Die Annahme dieses Gesetzes optimiert das Walliser Gesundheitssystem, damit es die Bedürfnisse, die durch das Altern der Bevölkerung entstehen, möglichst gut erfüllen kann.