



Vortrag

Datum RR-Sitzung:
Direktion: Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion
Geschäftsnummer: 2020.GSI.2171
Klassifizierung: Nicht klassifiziert

Verordnung über die sozialen Leistungsangebote

Inhaltsverzeichnis

1.	Ausgangslage	1
1.1	Pflegefinanzierung	2
1.2	Bewilligung und Aufsicht	2
2.	Grundzüge der Neuregelung	2
2.1	Pflegefinanzierung	2
2.2	Bewilligung und Aufsicht	5
2.3	Indirekte Änderung SHV	5
3.	Politische Vorstösse mit Relevanz für die Umsetzung	5
4.	Umsetzung, geplante Evaluation des Vollzugs	9
5.	Erläuterungen zu den Artikeln	9
6.	Verhältnis zu den Richtlinien der Regierungspolitik (Rechtsetzungsprogramm) und anderen wichtigen Planungen	48
7.	Finanzielle Auswirkungen	48
8.	Personelle und organisatorische Auswirkungen	49
9.	Auswirkungen auf die Gemeinden	49
10.	Auswirkungen auf die Volkswirtschaft	49
11.	Ergebnis der Konsultation	50

1. Ausgangslage

Die Verordnung über die sozialen Leistungsangebote (SLV) tritt zusammen mit dem Gesetz über die sozialen Leistungsangebote (SLG) vom 9. März 2021 in Kraft. Im ersten Kapitel werden zunächst der Zweck und der Geltungsbereich geregelt. Das zweite Kapitel enthält die Grundzüge der Finanzierung der sozialen Leistungsangebote (Art. 3 bis 32 SLV), einschliesslich der bisher in der Sozialhilfeverordnung¹ verankerten Bestimmungen über die Pflegekosten im stationären und im ambulanten Bereich². Letztere werden mit der SLV aufgehoben. Davon ausgenommen sind die Leistungsangebote für erwachsene Menschen mit einer Behinderung. Die Bereitstellung und Finanzierung dieser Leistungsangebote wird im

¹ Verordnung vom 24. Oktober 2001 über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfeverordnung, SHV; BSG 860.111)
² Vgl. Art. 25a bis 25d SHV

Gesetz über die Leistungen für Menschen mit Behinderungen (BLG) geregelt werden. Bis zum Inkrafttreten des BLG richtet sich die Finanzierung weiterhin nach SHG³ und SHV. Das dritte Kapitel enthält die Ausführungsnormen zu den Bewilligungen und zur Aufsicht (Art. 33 bis 74 SLV). Diese ersetzen die bisherige Heimverordnung⁴, welche mit Inkrafttreten der SLV aufgehoben wird. Da die Bewilligungspflicht für Spitex-Organisationen aus dem Gesundheitsgesetz⁵ in das SLG überführt wurde, ist auch die bisherige Ausführungsbestimmung nach Artikel 6a der Gesundheitsverordnung⁶ aufzuheben. Das vierte Kapitel der SLV regelt die Aus- und Weiterbildung im Bereich der nichtuniversitären Gesundheitsberufe (Art. 75 bis 83 SLV). Auch hier werden die bisher in der SHV verankerten Bestimmungen⁷ aufgehoben und neu in der SLV geregelt. Das fünfte Kapitel enthält die Ausführungsbestimmungen zum Lastenausgleich, das sechste konkretisiert Art, Umfang und Zeitpunkt der Datenlieferung und das siebte Kapitel enthält die Übergangs- und Schlussbestimmungen.

1.1 Pflegefinanzierung

Die bisher im SHG erlassenen Bestimmungen zu den Leistungsangeboten für erwachsene Menschen mit Pflegebedarf werden aufgrund der Neustrukturierung der institutionellen Sozialhilfe aufgehoben und in den neuen Erlass (SLG) überführt. Die SLV enthält die entsprechenden Ausführungsbestimmungen.

1.2 Bewilligung und Aufsicht

Mit den vorliegenden Bestimmungen über die Bewilligung und Aufsicht wird die aus dem Jahr 1996 stammende Heimverordnung abgelöst. Die Bewilligungsvoraussetzungen, das Verfahren auf Erteilen der Bewilligung sowie die Aufsicht über die Institutionen werden neu strukturiert. Dabei bleibt das materielle Recht in vielen Bereichen unverändert. Neu soll anlässlich der Erteilung einer Betriebsbewilligung für Heime und Spitex-Organisationen im Fachkonzept dargelegt werden, wie die bewilligungspflichtigen Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht werden. Neu ist zudem vorgesehen, der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion die Kompetenz zu übertragen, in verschiedenen Bereichen Direktionsverordnungen zu erlassen. Dabei handelt es sich überwiegend um schon seit längerer Zeit verwendete Vorgaben und Standards, die von den Institutionen zumindest teilweise seit Jahren eingehalten werden. Der Rechtssicherheit willen sollen die heute lediglich in Leitfäden und Checklisten verankerten Vorschriften, welche der Qualitätssicherung dienen, in Direktionsverordnungen verankert werden.

2. Grundzüge der Neuregelung

2.1 Pflegefinanzierung

Finanzierung der stationären Pflege

Im Bereich der Versorgungsplanung ist eine grundsätzliche Überarbeitung des Systems vorgesehen. Sie dient im Altersbereich dazu, über die Aufnahme einer Institution auf die Pflegeheimliste zu entscheiden. Für das neue System der Versorgungsplanung wird geprüft, ob aktuell die richtigen Parameter zur Bestimmung der Anzahl Pflegeheimplätze in einer bestimmten Region verwendet werden. Es ist durchaus möglich, dass zur Bestimmung des Bedarfs an Pflegeheimplätze nicht nur die Anzahl Personen über 80

³ Gesetz vom 11. Juni 2001 über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfegesetz, SHG; BSG 860.1)

⁴ Verordnung vom 18. September 1996 über die Betreuung und Pflege von Personen in Heimen und privaten Haushalten (Heimverordnung, HEV; BSG 862.51)

⁵ Gesundheitsgesetz vom 2. Dezember 1984 (GesG; BSG 811.01)

⁶ Verordnung vom 24. Oktober 2001 über die beruflichen Tätigkeiten im Gesundheitswesen (Gesundheitsverordnung, GesV; BSG 811.111)

⁷ Vgl. Art. 31a bis 31i SHV

Jahre, sondern weitere Parameter wie beispielsweise Anzahl Personen über 65 Jahre oder die Verfügbarkeit von ambulanten oder intermediären Angeboten herangezogen werden. Eine künftige Versorgungsplanung muss einfach und effizient in der Anwendung sein und soll eine deutliche Verbesserung des aktuellen Systems darstellen.

Die Festlegung der Versorgungsplanung ist notwendig, damit der Kanton ein Instrument zur Steuerung des Angebots hat. Dabei ist es wichtig, dass eine Heimbewilligung nicht automatisch die Aufnahme in die Versorgungsplanung zur Folge hat. Erfüllt eine Institution die Anforderungen an eine Heimbewilligung, kann sie darauf einen Anspruch geltend machen. Dieser Anspruch besteht auch, wenn es bereits mehr Angebote im Kanton Bern hat, als effektiv nachgefragt werden. Bei der Versorgungsplanung gilt es, nicht nur bei einem Unter-, sondern auch bei einem Überangebot steuernd einzugreifen, um einen ökonomischen Einsatz der Kantonsfinanzen sicherzustellen.

In ausgewählten Bereichen (Angebote für Menschen mit Demenz, Tagesstätten) wird geprüft, wie der Einsatz von Freiwilligen gefördert werden kann. In Pilotprojekten soll beispielsweise die verbesserte Koordination bei Freiwilligeneinsätzen oder Einsätze von Freiwilligen im Bereich der hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen erprobt werden.

Finanzierung der ambulanten Pflege in der Schweiz

Seit der Neuordnung der Pflegefinanzierung 2011 werden die Pflegekosten gemäss Artikel 25a Absatz 5 KVG⁸ auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), die Versicherten und die Restfinanzierer (Kantone und / oder Gemeinden) aufgeteilt. In Artikel 7 Absatz 2 KLV⁹ sind die Leistungen festgelegt, die gemäss KVG abgerechnet werden dürfen.

Dies sind Leistungen im Bereich der Abklärung, Beratung und Koordination (Leistungskategorie a), Leistungen im Bereich der Untersuchung und Behandlung (Leistungskategorie b) sowie der Grundpflege (Leistungskategorie c). Diese Pflegeleistungen werden auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht. Weiter legt Artikel 7a Absatz 1 KLV die Beiträge der OKP an die Kosten der jeweiligen ambulanten Pflegeleistungen a, b und c fest. Im ambulanten Pflegebereich (Hilfe und Pflege zu Hause) wird pro Leistungskategorie und Pflegestunde ein fixer Beitrag durch die OKP finanziert: Für die Leistungskategorie a sind dies im Jahr 2021 CHF 76.90, für die Leistungskategorie b CHF 63.00 und für die Leistungskategorie c CHF 52.60.

Der Anteil der versicherten Person ist auf maximal 20 Prozent des höchsten Beitrags der OKP an die Pflegeleistung festgelegt. Somit beträgt der Beitrag der versicherten Person an die Pflegeleistungen im ambulanten Bereich im Jahr 2021 maximal CHF 15.35 pro Tag. Der Kanton Bern verzichtet darauf, bei Personen unter 65 Jahren diese Kostenbeteiligung einzufordern. Das bedeutet, dass der Kanton diese Kosten zusätzlich zu seiner Restfinanzierung tragen muss. Bei Personen über 65 Jahren, die Anrecht auf Ergänzungsleistungen haben, kann die Kostenbeteiligung als Krankheits- und Behinderungskosten der Ergänzungsleistungen übernommen werden, wofür ebenfalls der Kanton aufkommt.

Die Kantone sind zuständig für die Regelung der Restfinanzierung (Art. 25a Abs. 5 KVG). Diese hat ergänzenden Charakter. Im Kanton Bern werden die Restkosten Pflege durch den Kanton finanziert.

Notwendigkeit einer Reform der Restkostenfinanzierung im Kanton Bern

Bei der Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung erarbeitete der Kanton Bern 2011 ein komplexes Abgeltungsmodell mit der Absicht, Transparenz bei der Erbringung der Pflegeleistungen herzustellen. Mehrere Anzeichen von seitherigen Fehlentwicklungen machten eine Evaluation der bisherigen Restfinanzierung in der ambulanten Pflege nötig. Die GSI hat deshalb im Frühjahr 2020 bei den Organisationen der ambulanten Pflege eine Vollerhebung durchgeführt und ergänzend Daten des Bundes analysiert.

⁸ Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10)

⁹ Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31)

Die Bilanz war ernüchternd: Die Analyse zeigte, dass die effektiven Kosten nicht transparent sind und die Vielzahl von über das Bundesrecht hinausgehenden Abgeltungen zu Quersubventionierungen und Fehl-anreizen führt. Dadurch wird die anvisierte Transparenz vermindert und die Steuerung erschwert. Der Fokus liegt zu wenig auf den Leistungen für die Klientinnen und Klienten. Die über das KVG hinausgehenden und sehr breit ausgerichteten Zusatzabgeltungen verunmöglichen zudem den Vergleich mit anderen Kantonen, wo mehrheitlich eine einfache, ergänzende Finanzierung der Leistungskategorien a, b und c erfolgt.

Das Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung (MOKKE¹⁰) des Bundesamts für Gesundheit fasst die OKP-Bruttoleistungen, also das Total der eingereichten Rechnungen für Leistungen im Rahmen der OKP vor Abzug von Selbstbehalten, vierteljährlich zusammen. Im Jahr 2019 liegen die Kosten der ambulanten Pflege pro versicherte Person im Kanton Bern um +29% über dem Schweizer Durchschnitt. Dies ist umso gravierender, als der stationäre Leistungskonsum im Kanton Bern den Schweizer Durchschnitt um +25% ebenfalls deutlich übersteigt. Folgt man der Logik "ambulant vor stationär", dann wäre ein höherer Wert in der ambulanten Pflege plausibel, wenn jener in der stationären Pflege tiefer läge. Das ist jedoch nicht der Fall.

Spitzenreiter ist der Kanton Bern auch bei den Erträgen. Der Ertrag der Spitex-Organisationen pro Klientin / Klient stieg im Kanton Bern von CHF 3'474 im Jahr 2010 auf CHF 7'125 im Jahr 2018. Das ist mehr als eine Verdoppelung. Dieses Resultat wirft umso mehr Fragen auf als der schweizerische Schnitt bei CHF 4'795 pro Klient oder Klientin liegt, also sehr deutlich unter dem Wert des Kantons Bern.

Weiter fällt bei der Anzahl der Leistungserbringenden im Kanton Bern gemäss Bundesamt für Statistik (BFS) ein starkes Wachstum auf: Diese ist von 2011 bis 2018 insgesamt um über 50 Prozent gestiegen, im Detail sind es bei den Freischaffenden 74%, bei den privaten Spitex-Organisationen 61% und bei den öffentlichen Spitex-Organisationen 6%. Bern hat mit 394 Anbietern schweizweit die höchste Versorgungsdichte (Zürich 341). Gleichzeitig sank aber die Zahl der von einem Leistungserbringer versorgten Personen von 124 auf 99. Es gibt folglich nicht mehr Leistungserbringer, weil es mehr Klienten und Klientinnen gäbe. Vielmehr spiegelt sich in diesen Zahlen eine ausgeprägte Fragmentierung von z.T. sehr kleinen Anbietern, was eine wirksame und wirtschaftliche Leistungserbringung stark erschwert.

Schliesslich liegt die durchschnittliche Zahl der Leistungsstunden pro Klient im Jahr 2018 laut BFS bei 68 Stunden, während der schweizerische Durchschnitt 54 Stunden erreicht, ohne dass dafür plausible Gründe wie z.B. eine höhere Krankheitsrate im Kanton Bern vorliegen würden.

Diese und weitere Faktoren lassen vielmehr vermuten, dass es sich bei der ambulanten Pflege um einen teilweise angebotsgetriebenen Markt handelt und die vom Kanton ausgerichtete Restfinanzierung nicht bloss effektive Kosten deckt, sondern gewinnbildend ist. Verschiedene Spitex-Organisationen weisen denn auch in ihren Jahresrechnungen hohe Gewinne aus (allein im Jahre 2019 rund CHF 10,2 Mio. Gewinn¹¹). Beides steht in Widerspruch zum Staatsbeitragsgesetz des Kantons Bern und zur schweizerischen Krankenversicherungsgesetzgebung. Mit Blick auf die demografische Entwicklung und den zu erwartenden Anstieg des künftigen Bedarfs an ambulanter Pflege sieht die GSI folglich dringenden Handlungsbedarf, um eine nachhaltige und bedarfsgerechte Finanzierung der ambulanten Pflege sicherstellen zu können.

Der Kanton Bern wird sein System in der ambulanten Pflege deshalb ab 1. Januar 2022 neu ausrichten. Die bestehenden Fehlanreize sollen korrigiert und Massnahmen etabliert werden, die langfristig kostendämpfend wirken. Das Ziel ist ein einfaches, korrekt und nachhaltig finanziertes Vorgehen. Vergütet werden gemäss Artikel 13a StBG¹² nur Kosten, die einem Betrieb bei der wirtschaftlichen und sparsamen Erbringung von qualitativ guten Leistungen entstehen. Das neue System der Restfinanzierung der ambulanten Pflege macht Anpassungen an den gesetzlichen Grundlagen nötig. Das SLG setzt dafür den Rahmen, welcher in der SLV konkretisiert wird.

¹⁰ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/monitoring-zur-krankenkassenkostenentwicklung.html>

¹¹ Öffentliche und private Spitex-Organisationen sowie Wohnen mit Dienstleistungen

¹² Staatsbeitragsgesetz vom 16. September 1992 (StBG; BSG 641.1)

2.2 Bewilligung und Aufsicht

Bei den vorliegenden Bestimmungen über die Betriebsbewilligungen und die Aufsicht im Bereich der sozialen Leistungsangebote handelt es sich nicht um eine grundlegende Neuregelung dieser Bereiche, vielmehr werden viele der bereits bisher geltenden Grundsätze im Bereich der Bewilligung und der Aufsicht neu formuliert und besser strukturiert.

Die Bestimmungen über die Bewilligung und die Aufsicht gliedern sich nun in folgende Abschnitte: Allgemeine Bestimmungen, Bewilligungspflicht, zuständige Behörden, Bewilligungsvoraussetzungen für Heime, private Haushalt und Spitex-Organisationen, Bewilligungsverfahren, betriebliche Pflichten und Aufsicht.

Neu werden drei Kategorien von Personal unterschieden: Institutionsleitung, Fachleitung und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, welche Unterstützungsleistungen erbringen. Die Institutionsleitung trägt die operative Gesamtverantwortung. Die Fachleitung trägt die zielgruppenspezifische pädagogische, agogische oder pflegerische (Pflegedienstleitung) Gesamtverantwortung. Diese Funktion kann nicht gleichzeitig von mehreren Personen ausgeübt werden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, welche Unterstützungsleistungen erbringen, sind diejenigen Personen mit festem Anstellungsgrad oder im Stundenlohn, welche die Bewohnerinnen und Bewohner direkt betreuen und/oder pflegen im Sinne von Artikel 50. Dazu gehört auch das Personal, welches zeitweise oder im Rahmen einer anderen Funktion (z.B. Hauswirtschaft, Küche, Haushandwerk, Landwirtschaft) Unterstützungsleistungen erbringt, nicht jedoch Vorpraktikanten und Personen, welche Freiwilligenarbeit leisten.

Mit dem Wechsel von der bisherigen Bewilligung der (klassischen) Heimleitung hin zur Unterscheidung zwischen Institutions- und Fachleitung wird der generellen Entwicklung, der Bedeutung der fachlichen Qualität und der unternehmerischen Freiheit Rechnung getragen. So muss die geschäftsführende Person nicht zwingend über eine zielgruppenspezifische, fachliche Ausbildung verfügen, was gerade bei grösseren und komplexeren Institutionen kaum zwingende Voraussetzung sein kann. Sie muss jedoch über die erforderliche Ausbildung und Erfahrung im Führungsbereich verfügen und – sofern sie nicht über eine zielgruppenspezifische Ausbildung verfügt – mittels einer qualifizierten Fachleitung die notwendige fachliche Qualität des Angebots gewährleisten.

Die Verantwortung für die fachliche Qualität der Pflege-, Betreuungs- oder Therapieleistungen liegt bei der Fachleitung. Die Bewilligungsvoraussetzungen für die Fachleitung entsprechen dem Verantwortungsbereich und den oftmals damit verbundenen fachlichen und/oder personellen Führungsaufgaben. Der qualitativen Verantwortung der Fachleitung kommt auch in aufsichtsrechtlichen Situationen oftmals eine grosse Bedeutung zu.

2.3 Indirekte Änderung SHV

Die via SLG vorgenommenen indirekten Änderungen des SHG führen zu Anpassungen der SHV insbesondere in den folgenden Bereichen: medizinische Notfallbehandlung, Referenzzinssatz bei Mietverhältnissen, Verzicht auf Errichtung eines Grundpfandes, Verwandtenunterstützung bei Vermögensverzicht. Zudem müssen diverse Anpassungen vorgenommen werden in den Bereichen individuelle Prämienverbilligung bei ausserkantonale zugezogenen Personen, eingeschränkte Sozialhilfe für Angehörige der EU- und EFTA-Staaten mit Kurzaufenthaltsbewilligung für ein befristetes, unterjähriges Arbeitsverhältnis und Sicherheitsleistungen bei Wohnungsmieten.

3. Politische Vorstösse mit Relevanz für die Umsetzung

Mit den neuen rechtlichen Bestimmungen werden Anliegen aus mehreren politischen Vorstössen geprüft und umgesetzt. Nachfolgend werden die Vorstösse sowie der aktuelle Stand der Bearbeitung kurz vorgestellt:

Motion 241-2017 Müller (2017.RRGR.666, zurückgezogen) *Gemeinnützige Spitex-Organisationen – Inhaltliche Klärung des staatlichen Versorgungsauftrags und wirtschaftliche Sicherung des ambulanten Pflegemodells.*

In seiner Antwort auf die danach zurückgezogene Motion weist der Regierungsrat darauf hin, dass Optimierungspotential bei der Finanzierung von Spitex-Leistungen besteht. Eine Anpassung des Systems müsse zu einer bedarfsgerechteren und leistungsorientierteren Abgeltung führen. Dabei solle auch geprüft werden, ob die Versorgungspflicht auf alle Vertragsnehmenden auszudehnen (von der Versorgungspflicht zur Versorgungssicherheit) ist. Dabei würden die heutigen Entschädigungen, welche im Rahmen der Versorgungspflicht abgegolten werden, auf die Abgeltung der Restfinanzierung und unabhängig vom Anbietenden umgelegt. Dies hätte zur Folge, dass für alle eine Aufnahme- und Leistungspflicht bestehen würde. Zudem würden fallbasierte Anreize geprüft, wie beispielsweise eine Abgeltung der effektiven Mobilitätskosten oder eine Entflechtung der Interessenslage bei der Abklärung.

Bei der Prüfung der Ausdehnung der Versorgungspflicht auf alle Vertragsnehmenden konnte festgestellt werden, dass im Kanton Bern grundsätzlich bereits ein Überangebot besteht. Deshalb rechtfertigt sich eine Ausdehnung der Versorgungspflicht nicht. Diese Ausdehnung hätte zur Folge, dass viele Organisationen ein zu teures Angebot aufbauen, das jederzeit die Versorgung übernehmen könnte, obschon dies gar nicht notwendig ist. In der SLV wird somit geregelt, dass die Versorgungspflicht und damit eine Verpflichtung zur Übernahme aller Leistungen nur in jenen Regionen vertraglich geregelt wird, wo dies die Versorgungslage tatsächlich erfordert. Somit wird die Abgeltung der Versorgungspflicht sowohl bedarfsgerecht als auch leistungsorientiert umgesetzt.

Motion 051-2018 Striffeler-Mürset (2018.RRGR.185, als Postulat punktweise angenommen): *Zukunft Gesundheit: Förderung einer starken ambulanten Versorgung.*

- *Die Kantonsbeiträge für freiberufliche Pflegefachpersonen entfallen.*
- *Für alle Spitex-Organisationen gilt die Aufnahmepflicht für neue Kunden (alle müssen Kurzeinsätze übernehmen, inkl. Einsätze mit langer Anfahrt).*

Die Prüfung des Punktes der als Postulat überwiesenen Motion, der eine Streichung der Kantonsbeiträge für freiberufliche Pflegefachpersonen fordert, hat gezeigt, dass dies aus bundesrechtlichen Gründen nicht möglich ist. Jeder zugelassene Leistungserbringende hat Anspruch auf eine Entschädigung der Leistung durch Leistungsempfangende, Krankenversicherung und Restkostenfinanzierung.

Auch die Ausdehnung der Versorgungspflicht auf alle Organisationen hat die GSI nach Prüfung verworfen. Die Organisationen für Wohnen mit Dienstleistung sind in ihrer Struktur nicht auf die Leistungserbringung in einer ganzen Region vorbereitet, eine Leistungserbringungspflicht für solche Organisationen erscheint daher nicht zielführend. Die Analyse des Angebots hat zudem gezeigt, dass im Kanton Bern im Vergleich mit dem Schweizer Angebot durchschnittlich eine deutliche Überversorgung herrscht. Daher ist auch die Ausdehnung der Aufnahmepflicht auf die übrigen Organisationen nicht sinnvoll. Die GSI unterstützt jedoch den Ansatz der gleichen Chancen und Risiken für die verschiedenen Leistungserbringenden. Daher können sich gemäss SLV künftig für die Abgeltung der Versorgungspflicht in den betroffenen Regionen sowohl die öffentlichen als auch die privaten Spitex-Organisationen bewerben.

Motion 284-2015 Amstutz (2015.RRGR.1111, Annahme als Postulat): *Regionale Zuteilung der Pflegeheimplätze neu regeln.*

- *innerhalb des Verwaltungskreises sind die verschiedenen regionalen Zuteilungen aufzulösen*

Die Prüfung hat gezeigt, dass die zentralen Anliegen der Motionärin bereits umgesetzt sind. Der Kanton ist jedoch nach wie vor gefordert, die stationäre Versorgung in allen Regionen bedarfsgerecht sicherzustellen. Eine Zuteilung von Pflegeheimplätzen bis auf die Stufe der Gemeinde ist deshalb notwendig, eine Auflösung der regionalen Zuteilung innerhalb eines Verwaltungskreises daher nicht möglich.

Die Analyse hat jedoch Mängel im aktuellen System der Zuordnung von Pflegeheimplätzen zu Regionen gezeigt. So sind für die Verteilung der Plätze aktuell nur die Anzahl der Personen über 80 Jahre aus-

schlaggebend. Die GSI beabsichtigt daher das System der Vergabe von Pflegeheimplätzen zu überarbeiten und auch weitere Faktoren zu berücksichtigen. Das kann zum Beispiel Angebot an Spitex-Dienstleistungen oder das intermediäre Angebot sein. Somit würde auch dem Trend zur koordinierten und integrierten Versorgung Rechnung getragen. Diese Erkenntnisse im entsprechenden Bericht des Regierungsrats wurden vom Grossen Rat in der Frühlingssession 2021 einstimmig zur Kenntnis genommen.

Motion 203-2019 Roulet Romy (2019.RRGR.251, angenommen): *Sensibilisierungs- und Informationskampagne: Tag der pflegenden Angehörigen am 30. Oktober.*

Zur Erfüllung der Motion Roulet Romy wurde im 2020 erstmals eine Veranstaltung zum Tag der pflegenden Angehörigen durchgeführt. Der Kanton Bern schloss sich dabei der Internetplattform <http://betreuende-angehoerige-tag.ch/> an. Aufgrund der positiven Evaluation der erstmaligen Durchführung wird durch die GSI ein Konzept zur regelmässigen Durchführung erarbeitet. Dieses Angebot ist als Informationsangebot für betreuende und pflegende Angehörige zu interpretieren und wird entsprechend in der SLV in der Ausführung zu Art. 26 SLG aufgenommen.

Motion 117-2016 Bachmann (2016.RRGR.595, Annahme als Postulat): *Vorauszahlungen bei Heimeintritten.*

Abklärungen haben ergeben, dass viele Heime in Härtefällen nicht auf ein Depot bestehen. Depots decken vor allem jene Ausstände, die entstehen, wenn Anmeldungen für die Ergänzungsleistungen (EL) verspätet gemacht werden, oder wenn Personen nach dem Heimeintritt, aber noch vor der Verfügung der EL versterben. Die EL-Gelder fliessen somit direkt in den Nachlass und können erst über die Nachlassregelung für die Begleichung der Heimrechnung verwendet werden. Mit der Revision des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (SR 831.30) ist es seit 2021 möglich, die EL direkt an das Heim abzutreten. Dies kann zumindest verhindern, dass die EL während dem Heimaufenthalt für etwas anderes als die vorgesehenen Heimkosten verwendet werden.

Zudem besteht die Möglichkeit, den Anteil der Wohnkosten der Heimrechnung über eine Kautionsversicherung abdecken zu lassen.

Aus diesen Gründen können die Heime künftig die Gefahr eines Verlustes durch entsprechende Vorgaben reduzieren. Die GSI geht daher davon aus, dass Heime zunehmend auf die Einforderung von Heimdepots verzichten können. Vor diesem Hintergrund sind Anpassungen von gesetzlichen Grundlagen nicht angezeigt. Die Schaffung eines Finanzierungsfonds hat der Regierungsrat bereits in der Antwort auf die Motion abgelehnt.

Der Grosse Rat hat dem Antrag auf Abschreibung dieser Motion in der Frühlingssession 2021 zugestimmt.

Motion 070-2019 Imboden (2019.RRGR.88, als Postulat punktweise angenommen): *Mitarbeitende in der Alterspflege und Kinderbetreuung verdienen mehr Lohn und mehr Respekt!*

- *Der Kanton erteilt im Sozialbereich, insbesondere in der Alterspflege und in der familienergänzenden Kinderbetreuung, nur noch Aufträge an Institutionen, die ihre Anstellungsbedingungen mittels Gesamtarbeitsverträgen mit den Sozialpartnern verhandelt und abgesichert haben, und berücksichtigt dies bei der Bemessung der Abgeltungen.*

Erste Abklärungen zu diesem Vorstoss haben gezeigt, dass die wortgetreue Umsetzung eine grosse Veränderung der aktuellen Situation zur Folge hätte. Nur die wenigsten Institutionen haben aktuell ihre Anstellungsbedingungen mittels Gesamtarbeitsverträgen mit den Sozialpartnern verhandelt. Der Regierungsrat empfahl jedoch diesen Punkt zur Annahme als Postulat, «um detaillierter klären zu können, wie der Kanton Bern mit den Institutionen im Alters- und Behindertenbereich auf geeignete Weise Minimalstandards im Sinne von branchenüblichen Arbeitsbedingungen erreichen kann [...]». Dem Antrag des Regierungsrats ist der Grosse Rat bei der Beratung des Vorstosses mit 95 zu 50 Stimmen gefolgt.

Nach Artikel 17 Absatz 2 Buchstabe b SLG ist beim Abschluss von Leistungsverträgen zusätzlich zu den Vorgaben gemäss der Staatsbeitragsgesetzgebung darauf zu achten, dass die Gesamtarbeitsverträge oder die orts- und branchenüblichen Arbeitsbedingungen eingehalten werden.

Im Bereich der Alterspflege ist vorgesehen, dass die Verbände der Leistungserbringer Auskunft zu den bereits ergriffenen Massnahmen zur Umsetzung von Minimalstandards im Sinne von branchenüblichen Arbeitsbedingungen geben. Ausgehend von dieser Bestandsaufnahme wird die Umsetzung weiterer Massnahmen innerhalb der GSI diskutiert und das weitere Vorgehen festgelegt.

Postulat 262-2014 Vanoni (2014.RRGR.1201): *Zeitvorsorge, ein innovatives Modell zur Förderung von unentgeltlichem Engagement in der Betagtenbetreuung – auch im Kanton Bern?*

- *Der Kanton soll die Einführung eines Modells zur Zeitvorsorge prüfen.*
- *Alternativ sind andere Möglichkeiten zur Stärkung von Freiwilligenarbeit und von unentgeltlichem Engagement in der Begleitung und Unterstützung älterer Menschen zu suchen und darzulegen.*

Im Bericht des Regierungsrates vom 18. März 2020 in Erfüllung des Postulats 262-2014 Vanoni (Zollikofer, Grüne) wird die Einführung eines Modells der Zeitvorsorge verworfen, es werden jedoch drei Ansätze zur Förderung der Freiwilligenarbeit aufgezeigt: Weiterentwicklung der angeleiteten Laienarbeit im Altersbereich, Einbezug von Personen des Integrationsbereichs für die Freiwilligenarbeit im Alter sowie Tag der pflegenden Angehörigen.

Bei der Weiterentwicklung der angeleiteten Laienarbeit steht z.B. der künftig verstärkte Einsatz von Freiwilligen im Bereich der hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen im Vordergrund. Es handelt sich diesbezüglich um Leistungen, für deren Erbringung eine bestimmte formelle Qualifikation nicht Voraussetzung ist. Eine Mischung von professionellen und freiwilligen Mitarbeitenden ermöglicht, dass zum einen komplexe Situationen adäquat beurteilt werden können, zum andern einfache Arbeiten nicht durch qualifizierte und damit teure Mitarbeitende erledigt werden müssen. Ein Einsatz von Freiwilligen ist auch im Bereich der Betreuung von demenzbetroffenen Menschen vorstellbar. Weiter wird geprüft, inwiefern die Koordination der Freiwilligen auch zusammen mit der Leistungscoordination zwischen Leistungserbringenden aufgenommen werden könnte.

Der Grosse Rat hat den Bericht in der Herbstsession 2020 zur Kenntnis genommen, in der Frühlingssession 2021 wurde der Vorstoss abgeschrieben. In fünf Planungserklärungen fordert der Grosse Rat unter anderem zusätzliche Anerkennung von Freiwilligenarbeit, die Verfügbarkeit von Freiwilligenarbeit im ganzen Kanton, ein verstärktes Engagement von Gemeinden, die Nicht-Konkurrenzierung von bezahlter Arbeit und die Berücksichtigung von nationalen Standards sowie im Integrationsbereich eine gute Anleitung und effektive Freiwilligkeit.

Motion 217-2020 Zybach (2020.RRGR.287): *"Hohe Qualität der spitalexternen Leistungen im ganzen Kanton"*

- *Beibehaltung der Finanzierung von Spezialleistungen (Kinderspitex, onkologische/palliative Pflege, Wundexpertise, psychiatrische Pflege) (Ziffer 1)*
- *Faire Entschädigung der Wegzeiten und Transportspesen für die Erbringer von spitalexternen Leistungen (Ziffer 2)*
- *Längere Dauer der Leistungsverträge (Planungssicherheit) (Ziffer 3)*

Die Ziffer 1 dieses Vorstosses wurde geprüft und verworfen. Die Spezialleistungen sind eindeutig ausserhalb des Regelungsbereichs der Finanzierung von Pflegeleistungen gemäss KVG. Aufgrund der Bestimmung in Art. 13a des StBG ist die weitere Finanzierung ausgeschlossen, da solche zusätzlichen Leistungen nicht als wirtschaftliche und sparsame Erbringung der Leistung interpretiert werden können.

Die Analysen der GSI zu Ziffer 2 haben gezeigt, dass die Wegentschädigungen teilweise nicht kostendeckend sind und mit anderen Abgeltungen sachfremd quersubventioniert werden. Andererseits wurde auch festgestellt, dass die Planung der Wege, das Einsatzmanagement sowie die Logistik Optimierungspotenzial haben. Der Kanton möchte deshalb die Einsätze so abgelden, dass sie kostendeckend sind, sofern sie effizient organisiert und durchgeführt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Wegentschädigung

im Bereich der Pflege zu Hause systeminhärent ist und grundsätzlich von allen Kostenträgern (Kunde, Krankenversicherer, Restkostenfinanzierer) über die Leistungen finanziert werden.

Nach Prüfung von Ziffer 3 hat die GSI beschlossen und in der SLV festgehalten, dass eine Leistungsperiode neu in der Regel vier Jahre (bisher: 1 Jahr) umfasst. Die so gewonnene Planungssicherheit für die Spitex-Organisationen ist wichtig, da gemäss SLV kein Anspruch auf einen Vertrag mit dem Kanton besteht.

4. Umsetzung, geplante Evaluation des Vollzugs

Die Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion wird nach Inkrafttreten des SLG und der Ausführungsverordnung SLV aufmerksam verfolgen, wie sich insbesondere die aktualisierten Bestimmungen im Bereich der stationären und ambulanten Pflegefinanzierung in der Praxis bewähren.

5. Erläuterungen zu den Artikeln

1. Allgemeine Bestimmungen

Artikel 1 (Zweck):

Die SLV bezweckt den Schutz der Personen mit alters-, behinderungs- oder suchtbedingtem Unterstützungsbedarf, die Leistungen beziehen, die nach der Verordnung bewilligungspflichtig sind. Sie bezweckt sodann die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung des Kantons mit sozialen Leistungsangeboten zu angemessenen Kosten sowie die Sicherstellung des beruflichen Nachwuchses in nichtuniversitären Gesundheitsberufen, indem Pflegeheime und Spitex-Organisationen verpflichtet werden, solche Personen auszubilden.

Artikel 2 (Geltungsbereich):

Buchstabe a: Die Verordnung legt zunächst die Grundsätze der Finanzierung fest für soziale Leistungsangebote für Menschen mit einem Betreuungs- und Pflegebedarf, für Angebote der Gesundheitsförderung und Suchthilfe und für Angebote der beruflichen und sozialen Integration.

Buchstabe b: Die Vorschriften der SLV gelten grundsätzlich für alle Leistungserbringer von sozialen Leistungsangeboten, die eine stationäre Betreuung von erwachsenen Personen mit einem Unterstützungsbedarf anbieten.

Damit fallen alle Heime sowie die privaten Haushalte mit einem Angebot nach den Artikeln 25 bis 36 SLG unter die Bewilligungspflicht. Die bewilligungspflichtigen Leistungsangebote für Kinder und Jugendliche werden in der FKJV geregelt.

Die Bewilligungspflicht von Spitex-Organisationen war bis anhin durch die Gesundheitsgesetzgebung geregelt und wird neu durch das SLG und die SLV normiert.

Buchstabe c: Die Verordnung regelt sodann die Massnahmen zur Sicherstellung der Ausbildungspflicht für die im Kanton Bern benötigten Fachkräfte.

2. Finanzierung der sozialen Leistungsangebote

2.1 Allgemeines

Artikel 3 (Gewährung von Beiträgen):

Dieser Artikel übernimmt sinngemäss Artikel 25 SHV.

Artikel 4 (Subsidiarität):

Der Wortlaut der bisherigen Verordnungsbestimmungen zur Subsidiarität soll möglichst übernommen werden (Art. 28 SHV). Wichtig ist, dass die Eigenmittel zwar grundsätzlich berücksichtigt werden (vgl. nachfolgend Art. 5 SLV), jedoch in angemessener Art und Weise: es soll nicht per se alles abgeschöpft werden, da dies auch die Innovation hemmen kann.

Artikel 5 (Anrechnung der Eigenmittel):

Absatz 1

Nach Artikel 8 Absatz 2 SLG sind bei der Bemessung der Beiträge an die Leistungserbringer sämtliche Erträge im Rahmen der Leistungserbringung angemessen anzurechnen. Nicht angerechnet werden insbesondere Spenden und Legate, welche zweckgebunden für andere Tätigkeiten ausgerichtet werden. Die Berücksichtigung von Erträgen und Eigenmitteln der Leistungserbringer bei der Beitragsgewährung ist eine Folge des Subsidiaritätsprinzips. Die Einschränkung auf Mittel „im Rahmen der Leistungserbringung“ soll sicherstellen, dass Subventionsempfänger, die aus einem anderen, klar abgegrenzten Tätigkeitsfeld Einnahmen generieren, diese nicht zur Reduktion des Staatsbeitrags verwenden müssen.

Absatz 2

Eigenmittel bzw. Erträge, die einem durch den Kanton finanzierten Leistungsbereich zuzuordnen sind, sind anzurechnen. Folgende Beispiele dienen zur Illustration:

- Rücklagen aus Überdeckungen / Schwankungsfonds
- Zweckgebundene Spenden und Zuwendungen, wenn sie einen klaren Bezug zum Gegenstand haben
- Verkäufe von Dienstleistungen oder Produkten der finanzierten Beschäftigungs- und Berufsintegrationsplätze
- Sachverkäufe (bspw. Verkauf der alten Liegenschaft) werden im Rahmen eines neuen Investitionsbeitrages angerechnet
- Beiträge und Gebühren der Leistungsempfänger und –empfängerinnen
- Mitgliederbeiträge
- vertragliche Aussenfinanzierungen eines Pilotprojekts oder Angebots (z.B. Mitfinanzierung der Schuldenberatung durch Kirchensteuer oder durch andere öffentliche Verwaltungen/Institutionen)
- Ertragsüberschüsse bei Platzierungen der Kinder von vertraglich finanzierten Suchtklientinnen
- anteilmässige Anrechnung von nicht ausgeschöpften Ertragsmöglichkeiten (z.B. nicht marktübliche Mietzinse, nicht realisierte KVG-Erträge)
- Gewinnverschiebungen oder Bevorteilungen durch übermässige Kostenbelastungen des finanzierten Bereichs (übermässige Löhne der Betriebsleitung, unverhältnismässiger Overheadkostenanteil)
- Ausgliederung oder Abspaltung von gewinnbringenden Betriebszweigen

Nicht zweckgebundene Eigenmittel bzw. Erträge werden angerechnet, sofern vorgängig nichts anders vereinbart worden ist. Dies sind beispielsweise

- nicht zweckgebundene Spenden und Zuwendungen (Legate)
- Immobilienerfolg
- Wertschriftenerfolg
- anteilmässige Anrechnung von nicht zweckgebundenem Sachvermögen (z.B. Rückstellungen)

Zweckgebundene Eigenmittel bzw. Erträge werden nicht angerechnet. Dies sind beispielsweise

- zweckgebundene Spenden und Zuwendungen (Legate), wenn sie keinerlei Bezug zur eingekauften Leistung haben
- Beiträge des Bundes z.B. für separate Berufsintegrationsplätze
- finanzielle Reserven für betriebsnotwendige Reinvestitionen oder Risikoabdeckung in abgetrennten Betriebszweigen

2.2 Betriebsbeiträge

Artikel 6 (Festsetzung der Beiträge):

Der Wortlaut der Regelungen gemäss Art. 27 SHV (bisher) soll weitgehend in die SLV übernommen werden. Die GSI soll jedoch eigenständig, die anrechenbaren Kosten definieren und Kostenobergrenzen festsetzen können. Um dem Grundsatz der Transparenz und Gleichbehandlung von Leistungserbringern gerecht zu werden, ist es nach Ansicht der Fachämter zentral, die Ermittlung bzw. Festlegung der Beitragshöhe oder Normkosten für die gesamte GSI verbindlich zu definieren

Artikel 7 (Finanzhilfen):

Nach Artikel 77 SLG kann die GSI zur Erreichung des Zwecks und der Ziele des SLG besondere Massnahmen treffen. Dazu kann sie Beiträge an Organisationen oder beauftragte Dritte gewähren.

Artikel 8 (Tarifizierung der Leistungen):

Die bisherigen SHV-Bestimmungen nach Artikel 29 zu Tarifen soll übernommen werden.

Tarifvorschriften, die die GSI erlassen kann, sind in Form einer Direktionsverordnung zu konkretisieren (analog bspw. Tarifregelungen 2021 für Klientinnen und Klienten in Wohnheimen/Pflegeheimen und Tagesstätten für erwachsene Personen mit einer Behinderung).

Artikel 9 (Rechnungsführung):

Absätze 1 und 2

Der bisherige Artikel 30 SHV soll ebenfalls übernommen werden. Die Rechnungslegungsstandards orientieren sich an Grösse und Art der Organisation. Die konkreten Vorschriften und Vorgaben für die Rechnungslegung für die Leistungserbringer (OR, HRM2 oder SWISS GAP FER) sind im Leistungsvertrag zu definieren. Als künftige Stossrichtung soll der Standard SWISS GAP FER angewendet werden.

Die Rechnungsreglung hat grundsätzlich gemäss den Regeln des Swiss GAAP FER zu erfolgen. Dies auch mit Blick auf direktionsübergreifende Lösungen (KFSG und VSG) und auch in Anbetracht dessen, dass Leistungserbringer mit verschiedenen Direktionen Bewilligungen resp. Leistungsverträge abschliessen.

Swiss GAAP FER definiert zudem, was kleine und grosse Organisationen sind. Kleine Organisationen wenden mindestens die Fachempfehlungen von Swiss GAAP FER 21, das Rahmenkonzept sowie die Kern-FER (Swiss GAAP FER 1 bis 6) an, wobei die Erstellung eines Leistungsberichts und einer Geldflussrechnung fakultativ sind. Grosse beitragsberechtigte Organisationen wenden Swiss GAAP FER 21 sowie das gesamte übrige Swiss GAAP FER Regelwerk an.

Ausnahmen vom Swiss GAAP FER Standard müssen möglich sein und sind im Leistungsvertrag zu regeln (z.B. HRM2 bei Gemeinden usw.), sofern Leistungsverträge abgeschlossen werden. Zudem soll bei Kleinstbeiträgen, die mittels Beitragsgewährung gesprochen werden, auch künftig ein Projektbudget resp. eine Projektabrechnung möglich sein.

Es ist eine Kostenrechnung zu führen, sofern Leistungserbringer mehrere Angebote oder Standorte führen. Zudem müssen Empfängerinnen und Empfänger von Staatsbeiträgen mindestens eine eingeschränkte Revision durchführen.

Absatz 3

Die Einhaltung der Vorschriften über die Rechnungslegung und Kostenrechnung gehört für Heime und Spitex-Organisationen zu den betrieblichen Pflichten (vgl. Art. 97 Abs. 1 SLG). Die entsprechenden Artikel 68 und 69 gehen Artikel 9 vor.

2.3 Investitionsbeiträge, Bürgschaften und Darlehen

2.3.1 Ausnahmenbewilligung

Artikel 10

Da Investitionsbeiträge, Bürgschaften und Darlehen nur noch in Ausnahmefällen gewährt werden können, rechtfertigt es sich, gestützt auf Artikel 130 Absatz 2 SLG die Ausgabenbewilligung auf Stufe Direktion GSI zu delegieren.

2.3.2 Ausnahmen für Investitionsbeiträge (Art. 19 Abs. 3 SLG)

Artikel 11

Infrastrukturpauschalen (IP) sind als Betriebsbeiträge zu verstehen. Wesentlich ist hier die Abgrenzung zu den Investitionsbeiträgen nach Art. 19 SLG, wonach Institutionen, die IP beziehen, nur in absoluten Ausnahmefällen zusätzlich Investitionsbeiträge erhalten können (siehe dazu Ausführungen zu Art. 19 SLG). Bereits an dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass die Finanzierung von Vorhaben mittels Staatsbeiträgen entlang folgender Priorität erfolgen soll: in erster Linie Finanzierung über Infrastrukturpauschale, in zweiter Priorität über Darlehen / Bürgschaften und in dritter Priorität über einen zusätzlichen Investitionsbeitrag. Darlehen und Investitionsbetrag sind dabei nur im äussersten Notfall anzuwenden. Die Finanzierung hat über die Infrastrukturpauschale zu erfolgen.

Die zusätzliche Gewährung von Darlehen/Bürgschaften resp. Investitionsbeiträgen kommt nur dann in Betracht, wenn der Kanton feststellt, dass die Versorgungssicherheit gefährdet ist, bzw. ein Versorgungsengpass befürchtet werden muss. Institutionen müssen dafür sorgen, dass sie zur Finanzierung ihrer Investitionen sämtliche anderen Optionen (wie bspw. private Kreditaufnahme) ausschöpfen.

Bei der Einführung der IP im Alters- und Langzeitbereich wäre gemäss RRB 2195 vom 23. Dezember 2009 die GSI beauftragt worden, zusammen mit der FIN und der BVD Richtlinien für die künftige Ausrichtung von Investitionsbeiträgen für besondere Fälle festzulegen, welche nicht über die IP abgedeckt sind. Diese Richtlinien wurden nicht ausgearbeitet, aber im genannten RRB wurde als Beispiel die "Nachrüstungen aufgrund gesetzlicher Vorschriften im Sanierungsfall" genannt. Im Vortrag zum RRB betreffend Verzicht auf Rückforderung von ausgerichteten Investitionsbeiträge per 31. Dezember 2010 im Rahmen des Finanzierungssystemwechsels bei Pflegeheimen wurde zudem als Kriterium die Versorgungssicherheit erwähnt.

Investitionsbeiträge dürfen zudem nur aktiviert werden, sofern eine bedingte Rückerstattungspflicht besteht (aktuell im Behindertenbereich z.B. 25 Jahre). Die Abschreibungsdauer richtet sich nach der Dauer dieser Rückerstattungspflicht. Ansonsten müssen sie als Betriebsbeiträge zulasten der Erfolgsrechnung erfasst werden.

2.3.2 Besondere Bestimmungen für Darlehen

Grundsätzlich sind Bürgschaften und Darlehen mit Art. 20 SLG vorgesehen. Bürgschaften und Darlehen waren im SHG nicht vorgesehen. Darlehen und Bürgschaften sollte nur in Ausnahmesituationen (z.B. Corona) gesprochen werden. Es ist nicht Aufgabe des Kantons, Bauvorhaben via Darlehen resp. Bürgschaften zu finanzieren. Diese sollte in der Regel über Bankinstitute erfolgen, welche auch die Finanzierbarkeit besser prüfen können. Falls die Finanzierung so nicht realisierbar ist, deutet dies auf eine schlechte Bonität hin. Auch gilt es zu beachten, dass für die Ausrichtung von Darlehen und Bürgschaften die ordentlichen Ausgabenbefugnisse massgebend sind.

Zusammengefasst sollen die Instrumente Darlehen oder Bürgschaften nur sehr zurückhaltend zur Anwendung kommen und insbesondere nur dann in Betracht gezogen werden, wenn sie im Sinne einer Überbrückungsfinanzierung die Liquidität der Institution sichern sollen, insb. bei Systemumstellungen und/oder Versorgungsrelevanz.

Artikel 12 (Zinssatz):

Absatz 1: Der Basiszinssatz richtet sich nach der Höhe des Referenzzinssatzes des Bundesamtes für Wohnungswesen, wie er im Zeitpunkt der Darlehensverfügung gilt. Der Referenzzinssatz des Bundesamtes für Wohnungswesen findet bereits heute bei ähnlichen Sachverhalten Anwendung, beispielsweise bei der Rückzahlung von Investitionsbeiträgen im Heimbereich.

Absatz 2: Der Zinssatz wird in der Regel mit einem Zuschlag von 0.25 Prozent pro Jahr erhöht. Ein höherer Zinssatz ist immer Ausdruck eines höher beurteilten Risikos. Der Darlehensgeber (vorliegend der Kanton) verlangt einen höheren Zins, weil er sein Geld länger zu unabänderlichen Konditionen zur Verfügung stellt (und damit das Risiko trägt, dass er vielleicht schon kurze Zeit später aufgrund veränderter Marktlage ein besseres Darlehensgeschäft hätte abschliessen können). Er kann aber auch einen höheren Zins verlangen, weil der Darlehensnehmer selber ein Risiko darstellt, wenn dieser beispielsweise einen schlechten Geschäftsgang ausweist. Der Kanton verlangt dagegen einen tieferen Zins, wenn das Darlehen beispielsweise hypothekarisch oder durch einen Schuldbrief gesichert ist (vgl. Absatz 3). Unter normalen Verhältnissen gilt die Zinssatzerhöhung von 0.25 Prozent pro Jahr.

Absatz 3: Insbesondere bei Bauvorhaben ist davon auszugehen, dass eine hypothekarische Sicherung des Darlehens erfolgen kann und somit der Zinssatz angemessen reduziert werden kann.

Artikel 13 (Laufzeit):

Absatz 1: Die Laufzeit eines gewährten Darlehens wird in der Verfügung festgelegt. Ein Darlehen wird in der Regel für die Dauer von maximal 10 Jahren gewährt. Massgebend sind die konkreten Verhältnisse des Einzelfalles, beispielsweise die finanziellen Verhältnisse, der Verwendungszweck des Darlehens oder die voraussichtliche Nutzungsdauer bei Investitionen, die über das Darlehen finanziert werden (vgl. auch Absatz 2).

Absatz 2: Von der grundsätzlichen Laufzeitdauer müssen begründete, individuelle Abweichungen möglich sein. Insbesondere bei Bauvorhaben soll die Laufdauer dem Projekt entsprechen und kann daher mehr als zehn Jahre betragen.

Artikel 14 (Rückerstattung):

Absatz 1: Die Verfügung regelt, wie die Rückerstattung zu erfolgen hat. Ungeplante Amortisationen bzw. frei wählbare Rückzahlungsraten fallen ausser Betracht. Wählbare Rückzahlungsraten wären der Planbarkeit in der Staatsrechnung abträglich. Aus diesem Grund wird für die gesamte Laufdauer die jährliche Rückzahlung im Voraus festgelegt. Es ist aber zulässig, die Raten nicht während der ganzen Laufzeit gleich hoch festzulegen, also beispielsweise in den ersten drei Jahren die Rate X und in den folgenden Jahren die Rate Y in der Verfügung zu verankern.

Absatz 2: Die Rückzahlungsplanung wird im Zusammenhang mit jedem einzelnen Darlehen neu festgelegt. Dabei sind insbesondere die finanziellen Möglichkeiten des Darlehensnehmers als auch das dem Darlehen zu Grunde liegende Projekt massgebend.

Absatz 3: Vorzeitige Rückzahlungen des gesamten Darlehens oder der jährlichen Rate sind zulässig.

Sie entlasten die Investitionsrechnung des Kantons und können das Verlustrisiko für den Kanton reduzieren. Weiter haben sie einen positiven Effekt auf die Liquidität des Kantons und den Finanzierungsaufwand von Spitälern und Kanton.

2.4 Ambulante und stationäre Pflegefinanzierung

2.4.1 Grundsatz

Artikel 15

Artikel 15 bestimmt ganz allgemein, wer die Leistungsangebote nach Artikel 25 SLG in Anspruch nehmen kann (Abs. 1). Zudem legt er fest, nach welchen Kriterien der Pflegebedarf zu bestimmen ist (Abs. 2). In Absatz 3 wird schliesslich der zuständigen Stelle der GSI die Befugnis eingeräumt, nebst den KVG-Restkosten weitere Leistungen mittels Leistungsverträgen zu finanzieren.

2.4.2 Pflegekosten im stationären Bereich

Artikel 16 (Beitrag des Kantons):

Artikel 16 regelt die Finanzierung der Pflegekosten, welche nicht von anderen Sozialversicherungen übernommen werden. Im Krankenversicherungsbereich wird damit die Restkostenfinanzierung nach Artikel 25a Absatz 5 KVG umgesetzt (Abs. 1). Die Tageshöchstansätze pro KLV-Pflegestufe im stationären Bereich werden in einer Direktionsverordnung, welche von der GSI zu erlassen ist, anhand von Normkosten festgelegt (Abs. 2). Bei der Inanspruchnahme von stationären Pflegeleistungen eines ausserkantonalen Leistungserbringers kommt die seit 1. Januar 2019 in Kraft stehende Bestimmung von Artikel 25a Absatz 5 KVG zur Anwendung. Danach begründet der Aufenthalt in einem (ausserkantonalen) Pflegeheim keine neue Zuständigkeit, und der Wohnkanton übernimmt die Restfinanzierung nach den Regeln des Standortkantons des Leistungserbringers. Die Voraussetzung, dass der zu pflegenden Person kein Pflegeheimplatz in geografischer Nähe in ihrem Wohnkanton zur Verfügung gestellt werden kann und nur diesfalls ein Anspruch auf die Vergütung der Restkosten des ausserkantonalen Leistungserbringers besteht, setzt der Kanton Bern z.Zt. nicht um, damit die Niederlassungsfreiheit der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger möglichst unbeschränkt gewährleistet werden kann.

Artikel 17 (Datenlieferung):

Damit das Gesundheitsamt die Rechnungen kontrollieren kann, haben die Heime die aufgeführten Angaben zu machen. Die ausgewiesenen Pflegekosten der jeweiligen Pflegestufen können zudem für die Versorgungsplanung herangezogen werden (Bedarfsermittlung).

Artikel 18 (Kostenbeteiligung der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger):

Die Kostenbeteiligung der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger an den stationären Pflegekosten entspricht dem bundesrechtlich zulässigen Maximum. Dieses beläuft sich auf 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages gemäss Artikel 7a Absatz 3 KLV. Für die Pflege im Pflegeheim beträgt dieser Beitrag ab Pflegestufe 3 aktuell 23.00 Franken pro Aufenthaltstag.

Artikel 19 (Auswahl der Leistungserbringer und Versorgungsplanung):

Dieser Artikel ist neu und bildet die Grundlage für die Erstellung einer Versorgungsplanung im stationären Pflegebereich. In der Versorgungsplanung werden die Versorgungsziele festgelegt und die Massnahmen und Wege aufgezeigt, die zu diesen Zielen führen sollen. Die Planung weist das erforderliche Leistungsangebot für den Kanton Bern aus und hält fest, in welchen Strukturen bzw. durch welche Leistungserbringer diese Leistungen erbracht werden sollen. Sie berücksichtigt dabei die bundesrechtlichen Vorgaben, namentlich die einheitlichen Planungskriterien des KVG. Wichtiger Bestandteil der Versorgungsplanung sind zudem die Prognosen bezüglich der voraussichtlichen Kosten. Die Versorgungsplanung bildet die Grundlage für die Erarbeitung der Pflegeheimliste nach Artikel 39 Absatz 3 KVG.

Die aktuell bestehende Versorgungsplanung berücksichtigt einzig die Anzahl Personen über 80 Jahre. Zurzeit bleibt unbeachtet, wie sich die Anzahl Personen zwischen 65 und 80 entwickelt oder wie stark ausgebaut ambulante und intermediäre Leistungsangebote sind, deren Verfügbarkeit das autonome Le-

ben zu Hause begünstigt. Die neue Regelung fordert daher ein strukturiertes Vorgehen bei der Versorgungsplanung und legt fest, auf welche Grundlagen, Daten und Entwicklungen sie zu stützen ist. Des Weiteren wird bestimmt, dass die Versorgungsplanung der stationären Pflege mit vor- und nachgelagerten Bereichen sowie mit inner- und ausserkantonalen Leistungsangeboten zu koordinieren ist. Die Versorgung der Bevölkerung mit stationären Pflegeleistungen wird mit der Bereitstellung von Pflegeheimplätzen, welche den Leistungserbringern auf der Pflegeheimliste zugeteilt werden, sichergestellt. Die Erstellung der Pflegeheimliste hat nach den Kriterien der Krankenversicherungsgesetzgebung zu erfolgen (Art. 39 Abs. 3 KVG). Die GSI wird ermächtigt, diese Kriterien zu konkretisieren.

Artikel 20 (Pflegeheimliste):

Gemäss Amt für Sozialversicherungen (ASV) ist es notwendig, dass analog zur Pflegeheimliste die Listen der weiteren Heim-Kategorien mit unterschiedlichen EL-Obergrenzen publiziert werden. Dies erlaubt der Ausgleichskasse des Kantons Bern (AKB) die Überprüfung der Tarifaufweise, wie es heute bereits bei der Kategorie der übrigen Heime gemacht wird. Das Gesundheitsamt veröffentlicht deshalb die Pflegeheimliste in einem allgemein zugänglichen Medium (z.B. Internet) und gibt die EL-Obergrenzen der Heime auf der Pflegeheimliste und der übrigen Heime bekannt.

2.4.3 Pflegekosten im ambulanten Bereich

2.4.3.1 Versorgungssicherheit

Die Verfassung des Kantons Bern¹³ verpflichtet den Kanton in Artikel 41 zu einer ausreichenden und wirtschaftlich tragbaren medizinischen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung. Dabei hat der Kanton durch Planung und ein zweckmässiges Finanzierungssystem den wirksamen und wirtschaftlichen Einsatz der öffentlichen Mittel zu sichern.

Artikel 21 (Perimeter):

Absatz 1

Im aktuellen System ist der Kanton Bern im Bereich der ambulanten Pflege in 48 Versorgungspereimeter eingeteilt. Das sind tendenziell zu viele Perimeter. Es ist wichtig, die Perimeter künftig so auszugestalten, dass die Leistungserbringung wirtschaftlich erfolgen kann. Bei der Neuausrichtung des Systems der ambulanten Pflege stellt die zuständige Stelle der GSI zunächst auf diese 48 Versorgungspereimeter ab. Je nach den gewonnenen Erfahrungswerten sind jedoch andere künftige Gliederungen möglich.

Absatz 2

Bei der Einteilung in Perimeter berücksichtigt das Gesundheitsamt insbesondere die Kriterien geographische Lage, Sprache, Erreichbarkeit, Bevölkerung, Patientenströme und Wirtschaftlichkeit in Bezug auf die Leistungserbringung.

Artikel 22 (Beurteilung der Versorgungslage pro Perimeter):

Die Beurteilung der Versorgungslage pro Perimeter erfolgt in der Regel anhand der Kennzahlen der Angebotsdichte und der Versorgungsdichte. Die gewählten Kennzahlen werden auf Basis der Daten des Bundesamtes für Statistik (BFS) erstellt und periodisch aktualisiert¹⁴.

¹³ Verfassung des Kantons Bern vom 6. Juni 1993 (KV; BSG 101.1)

¹⁴ https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/hilfe-pflege-hause.html#par_text

Artikel 23 (Ausreichende Versorgung):

Absatz 1

Ein Versorgungssperimeter im Kanton Bern ist ausreichend versorgt wenn die Kennzahl «Angebotsdichte» kleiner oder gleich dem Schweizer Mittelwert ist und wenn die Kennzahl «Versorgungsdichte» grösser oder gleich dem Schweizer Mittelwert ist. Die Prüfung der Versorgungslage erfolgt damit zweistufig.

Absatz 2

Ist nur eine der Kennzahlen erfüllt, erfolgt eine fallweise Betrachtung und Entscheidung durch das Gesundheitsamt. Zudem können auch spezifische Situationen vorliegen, die zu einer Abweichung von dieser Regel führen können, z.B. veränderte Berechnungsformeln des Bundesamts für Statistik. Denkbar ist auch, dass in einem Perimeter zusätzliche Faktoren eine entscheidende Rolle spielen. Der Kanton möchte die Versorgungslage einfach und gestützt auf verfügbare Daten einschätzen. Es ist ihm aber auch ein Anliegen, in einem begründeten Fall davon abweichen zu können, um die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

2.4.3.2 Leistungserbringer und Leistungsverträge mit versorgungsrelevanten Leistungserbringern

Artikel 24 (Grundsatz)

Die als Postulat überwiesene Ziffer 5 der Motion 051-2018 Striffeler-Mürset "Zukunft Gesundheit: Förderung einer starken ambulanten Versorgung" beauftragt die Regierung zu prüfen, ob Kantonsbeiträge für freiberufliche Pflegefachpersonen entfallen können. Dies ist nicht der Fall. Das bundesgesetzlich geregelte System der Pflegefinanzierung sieht freischaffende Pflegefachpersonen sogar ausdrücklich als mögliche Dienstleister vor, sofern sie über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen. Damit haben sie Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherer, der Klienten und Klientinnen und auf die Restfinanzierung des Kantons. Es ist nicht möglich, die freischaffenden Pflegefachpersonen ganz von der Restfinanzierung des Kantons auszuschliessen. Dieser Anspruch bezieht sich jedoch ausschliesslich auf das bundesrechtlich Geforderte.

Artikel 25 (Leistungsverträge mit versorgungsrelevanten Leistungserbringern):

Absätze 1 bis 3

Wenn ein Kanton zusätzliche Leistungen in der ambulanten Pflege und damit verbundene Kosten abgilt, ist er im Rahmen der kantonalen Rechtsgrundlagen frei, bei wem er diese Leistungen einkauft oder nicht. Der Kanton Bern wählt im neuen System diesen Weg. Er wird alle Anbieter in zwei Kategorien einteilen, nämlich in eine Kategorie, die versorgungsrelevant ist, und in eine Kategorie, die nicht versorgungsrelevant ist. Gegenwärtig erbringt die öffentliche Spitex 74% der Pflegestunden, die private Spitex 14%. Diese zwei Gruppen (nicht die einzelnen Anbieter) bilden künftig die Kategorie der versorgungsrelevanten Anbieter. Diese Öffnung für die privaten Anbieter ist auch deshalb folgerichtig, weil die meisten so genannten öffentlich-gemeinnützigen Organisationen de facto ebenfalls private Rechtspersönlichkeiten sind (Aktiengesellschaften, Vereine, Gesellschaften mit beschränkter Haftung usw.).

Die übrigen Anbieter - die freischaffenden Pflegefachpersonen sowie Organisationen, die ambulante Pflege im Rahmen des Wohnens mit Dienstleistungen anbieten - gelten künftig als nicht versorgungsrelevant. Diese Zweiteilung ermöglicht es dem Kanton, die Höhe der Restfinanzierung zu differenzieren.

Gegenwärtig kann der Kanton nicht wirksam steuern, mit wem er für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung Verträge abschliesst und mit wem nicht. Dies hat u.a. zu einer Überversorgung geführt. Da zudem die Verträge allein auf Grund der hohen Zahl der Leistungserbringer (fast 400) nicht mit den einzelnen Akteuren verhandelt werden konnten, litten die Passgenauigkeit der Aufgaben und Pflichten sowie das Controlling.

Im neuen System wird der Kanton deshalb nur noch für jene Perimeter Verträge abschliessen, in denen und soweit dies für die Versorgungssicherheit nötig ist. Sofern in einem Perimeter die Versorgung durch

den freien Markt gesichert ist, wird der Kanton keine Verträge mit Anbietern abschliessen. Mögliche Vertragspartner für die Versorgungssicherheit können sowohl öffentlich-gemeinnützige als auch private Organisationen sein. Es besteht jedoch für keinen Anbieter ein Anspruch auf einen Vertrag mit dem Kanton.

Bei den vertraglich vereinbarten Zielen kann es sich um Ziele im Kontext der Aufgabenerfüllung oder um Entwicklungsziele für die Organisation handeln.

Absatz 4

Buchstabe a: Bei den potenziellen Vertragspartnern wird die zuständige Stelle der GSI prüfen, ob die Organisation genügend Kapazität hat, um das nötige Leistungsvolumen zu erbringen. Die Kräfte sollen gebündelt sowie Kooperationsformen und Fusionen angeregt werden, um der gegenwärtigen Fragmentierung der Anbieter entgegenzuwirken.

Buchstabe b: Da das Hauptziel eines Vertrags das Sichern der Versorgung ist, ist die Erfahrung mit der Versorgungspflicht ein wichtiges Kriterium.

Buchstabe c: Gemäss Staatsbeitragsgesetz sind subventionierte Leistungen wirtschaftlich zu erbringen. Dies ist aktuell nicht immer gesichert. Die Auswertungen der GSI zeigen z.B., dass bei einigen Organisationen ein Missverhältnis besteht zwischen dem bundesgesetzlich geforderten Anforderungsprofil je Leistungsart und den in diesen Bereichen eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. So werden z.B. diplomierte Pflegefachpersonen deutlich zu oft für die Grundpflege eingesetzt, für die sie überqualifiziert sind. Da sich die Tarife nach dem geforderten Profil und nicht nach der ausführenden Person richten, entsteht zwangsläufig ein Kostenproblem. Auch Themen wie das Einsatzmanagement, die Digitalisierung oder der Overhead spielen bei der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung eine Rolle. Es ist dem Kanton ein Anliegen, dass die Leistungen in erster Linie den Klienten und Klientinnen zugute kommen. Bei der Produktivität stützt sich die Beurteilung auf den kantonalen Stellenplan für die Pflege in stationären Einrichtungen mit 1'666 Stunden als Basis. Diese Zahl resultiert, indem vom Jahresarbeitspensum einer Vollzeitstelle (2'184 Stunden) folgende "unproduktive" Zeiten in Abzug gebracht werden: 5 Wochen Ferien, Feiertage, Weiterbildung, sonstige Absenzen und Pausenzeiten.

Buchstabe d: Alle Leistungserbringer mit Vertrag haben gestützt auf Art. 17 Art. Abs. 3 des Gesetzes über die sozialen Leistungsangebote (SLG) anzustreben, Sozialhilfebezüglerinnen und Sozialhilfebezügern, Personen mit Migrationshintergrund und Menschen mit Behinderungen angemessen in ihren betrieblichen Abläufen zu berücksichtigen, insbesondere als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sowie Ausbildungs- und Praktikumsplätze zur Verfügung zu stellen.

Die Spitex-Organisationen sind zudem verpflichtet, sich an der praktischen Aus- und Weiterbildung in den nichtuniversitären Gesundheitsberufen zu beteiligen, wie es die Art. 80 ff. SLG vorsehen.

Buchstabe e: Die Gesundheitsstrategie des Kantons Bern sieht eine Entwicklung in Richtung von integrierten Versorgungsnetzwerken ausdrücklich vor. Die Anbieter der ambulanten Pflege spielen dabei eine wichtige Rolle.

Artikel 26 (Vertragsdauer und Folgen bei Überversorgung):

Gemäss der als Postulat überwiesenen Ziffer 3 der Motion 217-2020 Zybach "Hohe Qualität der spitalexternen Leistungen im ganzen Kanton" hat die GSI geprüft, ob die Verträge über eine längere Vertragsperiode (aktuell ein Jahr) abgeschlossen werden können. Neu umfasst eine Leistungsperiode in der Regel vier Jahre. Dies gibt den Organisationen mehr Planungssicherheit, was umso wichtiger ist, als kein Anspruch auf einen Vertrag mit dem Kanton besteht. Gleichzeitig wird die zuständige Stelle der GSI entlastet: Die neuen Verträge differenzieren nach dem spezifischen Bedarf eines Versorgungssperimeters und nach Organisation. Zudem wird das Controlling verstärkt und optimiert. Die daraus resultierenden personellen Mehraufwände der zuständigen Stelle der GSI werden durch einen Wechsel der Vertragsperiode von einem auf vier Jahre aufgefangen (kostenneutrale Systemumstellung).

Artikel 27 (Pflichten der Leistungsvertragspartner):

Die in Ziffer 2 als Postulat überwiesene Motion 051-2018 Striffeler-Mürset "Zukunft Gesundheit: Förderung einer starken ambulanten Versorgung" erteilt dem Regierungsrat den Prüfauftrag, eine Aufnahmepflicht für alle Spitex-Organisationen vorzusehen. Bundesgesetzlich ist eine solche Pflicht nicht gefordert. Der Kanton kann diese Pflicht aber aus Gründen der Versorgungssicherheit vorsehen.

Gegenwärtig haben nur die öffentlichen Anbieter eine Aufnahmepflicht. Sie werden dafür vom Kanton entschädigt. Die privaten Spitex-Organisationen, die freischaffenden Pflegefachpersonen und die Organisationen des Wohnens mit Dienstleistungen haben diese Pflicht nicht. Der Kanton bewertet eine Öffnung der Aufnahmepflicht auf private Spitex-Organisationen grundsätzlich positiv, weil so der Wettbewerb angeregt wird und eine grössere Kostenwahrheit resultiert. Eine Ausweitung der Aufnahmepflicht auf die Organisationen des Wohnens mit Dienstleistungen und der freischaffenden Pflegefachpersonen erachtet die GSI jedoch für nicht mit den strukturellen Gegebenheiten dieser Leistungserbringer vereinbar und für die Versorgung nicht notwendig.

Da die Aufnahmepflicht an zusätzliche finanzielle Mittel geknüpft ist und zurzeit eine Überversorgung vorliegt, möchte die GSI jedoch nicht eine Aufnahmepflicht für alle öffentlich-gemeinnützigen und für alle privaten Spitex-Organisationen vorschreiben. Damit würde ein alter Fehlanreiz durch einen neuen Fehlanreiz ersetzt und das System unnötig verteuert. Die Aufnahmepflicht besteht deshalb künftig für jene öffentlich-gemeinnützigen oder privaten Organisationen, mit denen die zuständige Stelle der GSI einen Vertrag für die Versorgungssicherheit abgeschlossen hat. Für alle anderen Organisationen besteht die Pflicht nicht und sie werden dafür auch nicht entschädigt.

Artikel 28 (Information der Bevölkerung):

Verletzt ein Leistungsvertragspartner die Aufnahme- und Leistungspflicht zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit, ist dies dem Gesundheitsamt zu melden und wird von diesem veröffentlicht. Der fehlbare Leistungsvertragspartner verletzt seine vertraglichen Pflichten und hat die Folgen bei Vertragsverletzung zu gewärtigen. Je nach Ausmass und Häufigkeit kann das zur sofortigen Beendigung des Leistungsvertrages führen.

2.4.3.3 Finanzierung

Artikel 29 (Restkostenfinanzierung):

Die Umstellung auf das neue System der Versorgungssicherheit in der ambulanten Pflege erfolgt kostenneutral. Die Neuausrichtung der ambulanten Pflege ist keine Sparübung. Es geht darum, das System einfacher, effizienter und mit den anderen Kantonen vergleichbarer auszugestalten (Benchmark). Die finanzielle Situation des Kantons gestattet jedoch auch keine zusätzlichen Mittel. Der Systemwechsel wird deshalb kostenneutral erfolgen. Wo es für die Versorgungssicherheit der Bevölkerung nicht nötig ist, wird sich die Restfinanzierung des Kantons auf das zwingend durch das Bundesrecht vorgegebene Mass beschränken. Die damit frei werdenden Mittel werden zu Gunsten der Vertragspartner im ambulanten Bereich umverteilt, die die Versorgungssicherheit garantieren.

Mit Ziffer 2 der Motion 217-2020 Zybach "Hohe Qualität der spitalexternen Leistungen im ganzen Kanton Bern!" ist der Regierungsrat beauftragt, die Entschädigungen für die Mobilität zu prüfen. Die Wegzeiten und Transportspesen der spitalexternen Leistungen sollen gemäss Aufwand fair entschädigt werden und die Heterogenität des Kantons Bern bezüglich Geografie / Topografie, Demografie usw. sei zu berücksichtigen.

Die Analysen der GSI haben gezeigt, dass die Wegentschädigungen teilweise nicht kostendeckend sind und mit anderen Abgeltungen sachfremd quersubventioniert werden. Andererseits wurde auch festgestellt, dass die Planung der Wege, das Einsatzmanagement sowie die Logistik Optimierungspotenzial haben. Der Kanton möchte deshalb die Einsätze so abgelden, dass sie kostendeckend sind, sofern sie effizient organisiert und durchgeführt werden.

Weiter ist zu beachten, dass Art. 7a Absatz 1 KLV nicht nur die Höhe der von den Krankenversicherern zu bezahlenden Tarife festlegt, sondern diese Entschädigung als "Beitrag an die Kosten der Leistungen nach Art. 7 Absatz 2" definiert. Die Bundesgesetzgebung teilt diese Kosten nicht weiter unter den Finanzierern auf. Es gibt auf Ebene Bund keine spezifischen Kostenteile, die nur von den Versicherern oder nur von den Klientinnen und Klienten oder nur vom Kanton übernommen werden müssten. Vielmehr bezieht sich Art. 7 Absatz 2 der KLV auf die insgesamt anfallenden Kosten, für die die drei Finanzierer gemeinsam aufzukommen haben.

In der ambulanten Pflege sind die Wege für die Leistungserbringer systeminhärent, die ambulante Pflege definiert sich ja als Pflege zu Hause. Es ist folglich nicht schlüssig, dass einzig der Kanton für die Wegkosten aufkommt. Vielmehr beteiligen sich alle Finanzierer an allen bundesgesetzlich vorgeschriebenen Kosten je zum Teil und der Kanton übernimmt sowohl bei den Pflegekosten im engeren Sinn als auch bei weiteren Kosten wie Koordination oder Weg nur seinen Anteil daran.

Anbieter ohne Vertrag mit der zuständigen Stelle der GSI haben zudem im Rahmen ihrer unternehmerischen Freiheit die Wahl, welche Aufträge mit welchen damit verbundenen Wegen sie übernehmen wollen oder nicht. Der Kanton wird folglich bei der Berechnung der Normkosten für diese Anbieter die Wege in der Höhe seines Anteils als einer von drei Finanzierern einrechnen.

Die Normkosten werden in einer Direktionsverordnung festgelegt. Sie differenzieren einerseits nach der Kostenstruktur, die mit der Kategorie der Leistungserbringer einhergeht, andererseits nach der Leistungsart (vgl. Art. 7 Abs. 2 KLV). Unter Leistungserbringerkategorie sind die vier Kategorien A bis D nach bisheriger Praxis zu verstehen: «öffentliche» bzw. gemeinwirtschaftliche Spitex-Organisationen (A), «private» bzw. erwerbswirtschaftliche Spitex-Organisationen (B), freiberufliche Pflegefachpersonen (C) und Pflegeheime, welche ambulante Pflege im Rahmen des Wohnens mit Dienstleistung anbieten (D).

Artikel 30 (Weitere Abgeltungen)

Die versorgungsrelevanten Leistungserbringer, die einen Vertrag mit der zuständigen Stelle der GSI abgeschlossen haben, dürfen Klienten und Klientinnen nicht abweisen und müssen im betreffenden Perimeter alle Pflegeleistungen gemäss Artikel 7 Absatz 2 KLV anbieten. Das bedeutet, dass sie auch Einsätze mit wirtschaftlich unattraktiven Wegen übernehmen müssen. Um diesen Zusatzaufwand auszugleichen, wird ihre Entschädigung für die Wegzeit und die Transportspesen höher normiert werden als die entsprechende Entschädigung der Anbieter ohne Vertrag.

Bei der Festlegung der neuen Wegentschädigungen wird die Heterogenität des Kantons Bern bezüglich Geografie / Topografie und Demografie berücksichtigt. Als Grundlage der Berechnung wird der Kanton auf geeignete verfügbare Daten abstellen. Dies kann z.B. der GEO-Koeffizient sein. Dieser basiert auf der Anzahl Gemeinde-, Privat- und Kantonsstrassenkilometer, dividiert durch die Anzahl der Einwohner und Einwohnerinnen im Versorgungspereimeter.

Artikel 31 (Kostenbeteiligung der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger)

Das Bundesrecht sieht vor, dass die Kostenbeteiligung von Klienten und Klientinnen maximal 20 Prozent des höchsten Beitrags der Krankenversicherer an die Pflegeleistungen betragen dürfen. Dies sind in der ambulanten Pflege aktuell maximal CHF 15.35 pro Tag. Der Kanton Bern verzichtet momentan bei allen Personen unter 65 Jahren auf diese Kostenbeteiligung, was bedeutet, dass der Kanton selber diese finanzieren muss. Es handelt sich dabei nicht um die Restfinanzierung nach KVG, sondern um eine zusätzliche Leistung des Kantons für die Bevölkerung.

Personen über 65 Jahre sind wie im geltenden Recht weiterhin zur Kostenbeteiligung verpflichtet. Die GSI hat die Grenze so gesetzt, weil ein Teil dieser Gruppe in guten wirtschaftlichen Verhältnissen lebt und der andere Teil durch die AHV-Rente Zugang zu den Ergänzungsleistungen hat. Die Ergänzungsleistungen für die Kostenbeteiligung der ambulanten Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen

finanziert der Kanton (vgl. Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen (ELG) Artikel 14 Absatz 1 Buchstaben b und b bis¹⁵).

2.4.3.4 Datenlieferung

Artikel 32

Die Datenlieferungen sind erforderlich, damit das Gesundheitsamt die Versorgungslage periodisch beurteilen und bei Bedarf darauf reagieren kann.

3. Bewilligung und Aufsicht

3.1 Allgemeine Bestimmungen

Artikel 33 (Schutz der Personen mit Unterstützungsbedarf):

Die nachfolgenden Bestimmungen über die Bewilligung und Aufsicht dienen dazu, die Qualität der bewilligungspflichtigen Leistung sicherzustellen, damit das übergeordnete Ziel – der Schutz der Gesundheit und das Wohl derjenigen Personen, die aufgrund eines Pflege-, Betreuungs- oder Unterstützungsbedarfs ein soziales Leistungsangebot in Anspruch nehmen müssen, gewahrt werden.

Artikel 34 (Begriffe):

Absatz 1

Die Heime sind als stationäre Einrichtungen abzugrenzen von teilstationären Angeboten wie Tagesstätten oder Werkstätten sowie von ambulanten Dienstleistungen wie beispielsweise Spitex und Beratungsdienste. Ihr Merkmal ist die Übernachtung, also die Unterkunft. Dazu kommt der Unterstützungsbedarf der aufgenommenen Personen. Die räumliche Organisation der Heime kann höchst unterschiedlich sein und sowohl ganze Gebäude, Gebäudeteile als auch einzelne Wohnungen in grösseren Gebäuden oder Kombinationen davon umfassen. Die Räumlichkeiten können zudem mehrere Standorte (im Kanton Bern) umfassen.

Absatz 2

Unter privaten Haushalten sind ausschliesslich Wohnsituationen zu verstehen, in welchen der Bewilligungsinhaber bzw. die Bewilligungsinhaberin familienähnlich und „unter einem Dach“ mit den aufgenommenen Personen mit Unterstützungsbedarf zusammenwohnen. Falls das familienähnliche, „tägliche“ und gemeinsame Zusammenleben mit dem Bewilligungsinhaber bzw. der Bewilligungsinhaberin gewährleistet ist, kann eine aufgenommene Person auch in einem Nebengebäude auf dem gleichen Areal wohnen (z.B. in einem Stöckli).

Absatz 3

Je nach Zielgruppe, Alter und Bedarf der aufgenommenen Personen, Leistungserbringer und Konzept unterscheiden sich Art und Schwerpunkt der Unterstützungsleistungen. Die verschiedenen Unterstützungsleistungen sind schwer klar begrifflich voneinander abgrenzbar, weshalb sich eine nicht abschliessende Aufzählung mit den wesentlichsten Formen anbietet. Die in der Aufzählung enthaltenen Leistungsformen decken zudem den möglichen Bedarf im Lebensbereich Wohnen fachlich sehr umfassend ab.

Absatz 4

Spitex-Organisationen fördern, unterstützen und ermöglichen mit ihren Dienstleistungen das Wohnen und Leben zuhause für Personen aller Altersgruppen, die einen entsprechende Unterstützungs- oder Pflegebedarf aufweisen. Die pflegebedürftigen Personen leben in ihrem eigenen Haushalt (Buchstaben a und b), in einem Heim im Behinderten- oder Suchtbereich (Bst. c) oder in einem privaten Haushalt nach

¹⁵ Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 6. Oktober 2006, vom 6. Oktober 2006, ELG; BSG 831.30

Absatz 2 (Bst. d) und werden innerhalb dieses Haushaltes oder Heims mit externen Pflegeleistungen versorgt durch Fachpersonen, die bei der Spitex-Organisation beschäftigt sind.

3.2 Bewilligungspflicht

Artikel 35:

Die Unterstützungsleistung muss dauerhaft gewährt werden. Nicht unter die Bewilligungspflicht fallen Heime, wenn ihr Angebot ausschliesslich Kurzaufenthalte bis zu drei Monaten umfasst (z.B. Kurhäuser). Im Gegensatz zu Wohnheimen verbleiben die betroffenen Personen in diesen Institutionen nur für kurze Zeit, weshalb weniger hohe Anforderungen sowohl an die Infrastruktur als auch an die Betreuung gestellt werden müssen. Die Pflege wird in diesen Angeboten über die Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex) erbracht und entsprechend bewilligt. Zu diesen Angeboten gehören beispielsweise reine Ferienheime oder Frauenhäuser. Ebenfalls keiner Bewilligung bedürfen Institutionen, wenn die aufgenommenen Personen nur in einem geringen Mass Unterstützungsleistungen erhalten. Diese Personen haben ein hohes Mass an Selbstständigkeit, weshalb sowohl die Anforderungen an die Infrastruktur als auch an das Betreuungspersonal wesentlich tiefer sind. Zu diesen Angeboten gehören beispielsweise ein begleitetes Wohnen, Notschlafstellen oder Obdachlosenheime.

3.3 Zuständige Behörden

Artikel 36 (Amt für Integration und Soziales):

Bei Leistungserbringern, welche Unterkunft und Unterstützungsleistungen anbieten für volljährige Personen mit behinderungs- oder suchtbedingtem Bedarf ist das Amt für Integration und Soziales der GSI zuständige Bewilligungsbehörde. Damit ist es auch zuständig für die Aufsicht über diese Institutionen und entsprechend für die Anordnung von Massnahmen gegen Inhaberinnen und Inhaber einer Bewilligung.

Artikel 37 (Gesundheitsamt):

Bei Leistungserbringern, welche Unterkunft und Unterstützungsleistungen anbieten für Personen mit pflegebedingtem Bedarf, ist das Gesundheitsamt der GSI zuständige Bewilligungsbehörde. Damit ist es auch zuständig für die Aufsicht über diese Institutionen und entsprechend für die Anordnung von Massnahmen gegen Inhaberinnen und Inhaber einer Bewilligung.

Artikel 38 (Gemeinden):

Bei privaten Haushalten ist die Standortgemeinde zuständige Bewilligungsbehörde mit Ausnahme von privaten Haushalten für Personen mit suchtbedingtem Bedarf, für welche das Amt für Integration und Soziales zuständig ist (vgl. Art. 36 Abs. 1). Damit ist die Standortgemeinde auch zuständig für die Aufsicht über die privaten Haushalte und entsprechend für die Anordnung von Massnahmen gegen Inhaberinnen und Inhaber einer Bewilligung.

Die Weiterführung der kommunalen Zuständigkeit drängt sich insbesondere deshalb auf, weil die Gemeinden eine viel grössere Nähe zu diesen Haushalten aufweisen. Zudem handelt es sich um kleine, familienähnliche Angebote, welche nicht mit professionellen Institutionen gleichzusetzen sind.

3.4 Bewilligungsvoraussetzungen für Heime, private Haushalte und Spitex-Organisationen

3.4.1 Gewährleistung einer fachgerechten Unterstützung

Artikel 39 (Fachkonzept):

Absatz 1

Buchstabe a: Das Heim weist in seinem Fachkonzept aus, wie der gesundheitliche und betreuerische Bedarf an Unterstützungsleistungen systematisch erhoben und im Rahmen einer individuellen Bedarfsplanung sichergestellt wird.

Buchstabe b: Die Institution hält schriftlich fest, wie die für die Pflege, Betreuung und Therapie der jeweiligen aufgenommenen Personengruppe erforderlichen Unterstützungsleistungen ausgestaltet und dargeboten werden. Diese Vorgaben zielen darauf ab, die Qualität der Unterstützungsleistungen zu sichern und den Prozess der Leistungserbringung zu steuern. Dazu sind handlungsleitende Beschreibungen notwendig, an denen sich die Mitarbeiter orientieren können und die Unterstützungsleistungen einheitlich, zielgerichtet, effizient und effektiv durchgeführt werden.

In Heimen für Menschen mit altersbedingtem Pflege- und Betreuungsbedarf umfasst die konzeptionelle Beschreibung der Kernprozesse im Minimum folgende Themen: Prävention gesundheitlicher Risiken (Stürze, Dekubiti, Mangelernährung), freiheitsbeschränkende Massnahmen, Symptommanagement (Schmerzen), Palliative Pflege und Begleitung im Sterbeprozess sowie der Umgang mit und die Lebensgestaltung von kognitiv eingeschränkten Personen (Demenz).

In Heimen für Menschen mit behinderungs- oder suchtbedingtem Bedarf umfasst die konzeptionelle Beschreibung der Kernprozesse Betreuung und Pflege im Minimum folgende Themen:

- Die Teilhabe am sozialen Leben; zum Beispiel die nachweisliche Unterstützung der Pflege eines Hobbies und von Freizeitaktivitäten.
- Schutz vor Missbrauch (körperlich, psychisch, sexuell, finanziell), Gewalt und Vernachlässigung.
- Freiheitsbeschränkende Massnahmen
- Die Möglichkeit zur freien Gestaltung von Beziehungen (Kontakt mit Familie, Freunden, Mitbewohnende)
- Sexualität als Bedürfnis und Recht eines jeden Menschen
- Regelmässige Prüfung, ob für die Bewohnenden das aktuelle Wohnangebot und/oder Arbeits- oder Beschäftigungsangebot noch passen oder ein Veränderungswunsch vorhanden ist
- Teilnahme an Weiterbildungen gemäss UN-BRK
- Prävention gesundheitlicher Risiken (z. Bsp. Diabetes, übertragbare Krankheiten).

Buchstabe c: Im Fachkonzept ist die wirksame und wirtschaftliche Leistungserbringung darzulegen. Aus der Kombination von fachlicher (wirksamer) und finanzieller (wirtschaftlicher) Leistungserbringung resultiert Effizienz. Dieses Kriterium ermöglicht dem Kanton die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung zu angemessenen Kosten (vgl. Art. 1 Abs. 1 Bst. b).

Buchstabe d: Zu einer umfassenden ärztlichen Versorgung gehört neben regelmässigen Konsultationen auch die Organisation der Notfallversorgung rund um die Uhr sowie die Regelung der Zusammenarbeit zwischen dem Heim, den Bewohnenden und deren Angehörigen respektive gesetzlichen Vertretungen und der/des zuständigen Heimärztin/Heimarztes. Die ärztliche Versorgung wird gemäss den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen/der Bewohner oder deren gesetzlichen Vertretungen angeboten. Die Institution hat im Rahmen der pharmazeutischen Versorgung sicherzustellen, dass Räumlichkeiten, Ausrüstungen, Bewirtschaftungsprozesse und die Anwendung von Arzneimitteln den gesetzlichen Grundlagen und den Regeln der guten Abgabepaxis entsprechen. Die entsprechenden Strukturen, Prozesse und Verantwortlichkeiten sind in einem Konzept festzuhalten.

Buchstabe e: Den Bewohnenden stehen den Lebensphasen und dem Bedarf entsprechende Aktivitäten und Beschäftigungen zur Alltags- und Lebensgestaltung zur Verfügung. Die Institution bietet ihren Bewohnenden Angebote in Form von Einzel- und Gruppenaktivitäten an. Das Angebot beinhaltet abwechselungsweise körperliche, geistige und soziale Elemente und spricht verschiedene Sinne der Wahrnehmung an. Die Institution ermöglicht den Bewohnenden die Teilhabe am familiären, sozialen, spirituellen und öffentlichen Leben. Für Bewohnende im Erwerbsalter ist zusätzlich eine Tagesstruktur im Sinne von Arbeit zu organisieren. Die Tagesstruktur kann heimintern oder extern stattfinden. Weiter sind die Bewohnenden in der Gestaltung und Planung der Freizeit und der Ferien aktiv zu unterstützen.

Buchstabe f: Persönliche Daten der Bewohnenden werden mit der nötigen Sorgfalt und unter Einhaltung des Datenschutzes verwaltet. Es ist insbesondere sicherzustellen, dass nur berechtigte Personen Zugriff auf die Dokumentation haben. Für alle Bewohnenden wird je eine Verlaufsdokumentation geführt, die Einträge sind mit Datum und Unterschrift der zur Ausführung berechtigten Personen zu versehen. Nebst den Stammdaten der Bewohnenden wird in der Verlaufsdokumentation die Pflege, Betreuung und/oder

Therapie mittels Zielen geplant und systematisch ausgewertet. Es werden, wenn nötig Überwachungstätigkeiten (z. Bsp. während der Nacht, Gewicht, Diät) festgehalten. Gespräche über die Planung und die Zielerreichung zum Beispiel mit Angehörigen oder gesetzlichen Vertretungen, werden abgelegt. Weiter sind ärztliche Verordnungen und die Liste mit den aktuellen Arzneimitteln abzulegen. Die freiheitsbeschränkenden Massnahmen sind ebenfalls dokumentiert. Das Heim legt fest, in welcher Form und Regelmässigkeit Beobachtungen in der Verlaufsdocumentation festgehalten werden. Biographische Angaben sowie persönliche, soziale, kulturelle, spirituelle und religiöse Gewohnheiten und Bedürfnisse der Bewohnenden sind dokumentiert. Entscheidungen von Bewohnenden sind in der Dokumentation festgehalten und werden in der Betreuung resp. Pflege berücksichtigt.

Absätze 2 und 3

Die Fachkonzepte für private Haushalte und Spitex-Organisationen müssen nicht alle in Absatz 1 aufgeführten Elemente enthalten.

Absatz 4

Die aktuellen Anforderungen zum Erhalt einer Betriebsbewilligung und an die Betriebsführung sollen auf Stufe Direktionsverordnung verankert werden. Die Verankerung dieser Anforderungen in einer Direktionsverordnung erhöht einerseits die Rechtsverbindlichkeit der Vorgaben; andererseits bleibt deren fachlich und versorgungspolitische Weiterentwicklung flexibel.

Artikel 40 (Ärztliche Betreuung):

Absatz 1

Eine fachgerechte Unterstützung der Bewohnenden schliesst die heimärztliche Versorgung ein. Diese ist durch die Heime durch eine vertraglich geregelte Zusammenarbeit mit einer Ärztin/einem Arzt sicherzustellen, wobei die freie Arztwahl für Bewohnende zu gewährleisten ist.

Absatz 2

Die Heime regeln Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der Heimärztin/des Heimarztes in Bezug auf die ordentliche und notfallmässige medizinische Versorgung im Heim. Die/der vertraglich verpflichtete Heimärztin/Heimarzt verfügt über eine Bewilligung zur Berufsausübung als Ärztin/Arzt im Kanton Bern.

Artikel 41 (Pharmazeutische Versorgung):

Absatz 1

Heime können nach Artikel 32 Absatz 1 Buchstabe b GesG¹⁶ eine eigene Privatapotheke führen, wenn sie zur Erfüllung ihres Auftrags darauf angewiesen sind und wenn die fachliche Verantwortung bei einer Apothekerin oder einem Apotheker oder bei einer Ärztin oder einem Arzt mit Berufsausübungsbewilligung liegt.

Absätze 2 und 3

Zuständig für die Erteilung einer entsprechenden Bewilligung ist der pharmazeutische Dienst des Gesundheitsamtes der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion.

Der pharmazeutische Dienst erlässt Richtlinien, in denen die Anforderungen an die pharmazeutische Versorgung der Privatapotheken eines Heimes in Bezug auf Qualitätssicherungssysteme, Personal, Räumlichkeiten, Ausrüstung, Kontrollen, Dokumentation, Retouren/Entsorgungen, Beanstandungen, Selbstinspektionen sowie der Umgang mit kontrollierten Substanzen (Betäubungsmittel) beschrieben werden.

¹⁶ Gesundheitsgesetz vom 2. Dezember 1984 (GesG; BSG 811.01)

Artikel 42 (Verwaltung von Arzneimitteln für aufgenommene Personen):

Absatz 1

Heime, welche keine Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke besitzen, übertragen die Verantwortung für die patientenspezifische Arzneimittelversorgung vor Ort einer dafür explizit als verantwortlich bezeichneten Fachperson.

Absatz 2

Zudem haben sie durch eine vertraglich geregelte Zusammenarbeit mit einer Medizinalperson (Apothekerin/Apotheker oder Ärztin/Arzt) die Aufsicht und Kontrolle über die pharmazeutische Versorgung im Heim sicherzustellen. Die vertraglich verpflichtete Medizinalperson verfügt über eine Bewilligung zur Berufsausübung als Apothekerin/Apotheker oder als Ärztin/Arzt im Kanton Bern.

Absatz 3

Die Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion fordert bereits jetzt von teilweise (Alters- und Pflegeheime) Heimen ohne Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke das jährliche Ausfüllen einer "Checkliste zum Umgang mit Arzneimittel". Darin müssen Anforderungen in Bezug auf Qualitätssicherungssysteme, Personal, Räumlichkeiten, Ausrüstung, Kontrollen, Dokumentation, Retouren/Entsorgungen, Beanstandungen und Selbstinspektionen selbstdeklariert werden.

3.4.2 Bedarfsgerechte Infrastruktur

Artikel 43 (Allgemeines):

Absatz 1

Voraussetzungen für den Erhalt einer Bewilligung sind im Hinblick auf die Zielgruppe und den Zweck des Angebots eine geeignete Lage, ein geeignetes Raumangebot sowie eine zur Umsetzung des Konzepts geeignete Einrichtung und Nutzung der Räumlichkeiten. Entsprechend müssen die Grundrisspläne der Innenräume, der Umgebungsplan sowie die Raumnutzungskonzepte vorliegen.

Ein Notrufsystem rund um die Uhr und während 7 Tagen die Woche ist zielgruppenspezifisch installiert.

Absatz 2

Voraussetzungen für den Erhalt einer Bewilligung durch die Gemeinde sind im Hinblick auf die Bewohnerinnen und Bewohner ein geeignetes Raumangebot sowie eine zur Umsetzung des Konzepts geeignete Einrichtung und Nutzung der Räumlichkeiten. Entsprechend müssen die Grundrisspläne der Innenräume und der Umgebungsplan vorliegen.

Da für private Haushalte keine weiteren Anforderungen auf Direktionsstufe erlassen werden, ist bei der Prüfung vor Ort sicherzustellen, dass ein Einzelzimmer mit einer Mindestfläche von 10m² angeboten wird, welches dem Ausbaustandard der übrigen Liegenschaft entspricht. Die Fläche von 10 m² ist eine bekannte Grösse, welche bisher die Untergrenze für Raumgrössen darstellt und im Erwachsenenbereich akzeptiert ist. Weiter ist die Wahrung der Privatsphäre der Bewohnenden, insbesondere auch im Bereich der sanitären Einrichtungen, sicherzustellen.

Absatz 3

Sofern Spitex-Organisationen an ihrem Standort Leistungen erbringen (z.B. Wundversorgungen, Gespräche mit Klientinnen/Klienten etc.) haben Räumlichkeiten und Einrichtungen den hygienischen und technischen Anforderungen zu entsprechen, damit eine fachgerechte Versorgung und die Vertraulichkeit gewährleistet ist.

Absatz 4

Spitex-Organisationen haben sicherzustellen, dass die massgebenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Patientendaten eingehalten werden und diese vor dem Zugriff von Unbefugten jederzeit geschützt sind. Dies betrifft insbesondere auch den Schutz der Klientendossiers bei den häuslichen Einsätzen.

Sofern eine Spitex-Organisation am Standort Medikamente lagert und bewirtschaftet, hat sie sicherzustellen, dass Räumlichkeiten, Ausrüstungen, Bewirtschaftungsprozesse und die Anwendung von Arzneimitteln den gesetzlichen Grundlagen und den Regeln der guten Abgabepaxis entsprechen. Die entsprechenden Strukturen, Prozesse und Verantwortlichkeiten sind in einem Konzept festzuhalten.

Artikel 44 (Individuelle und gemeinsame Räume):

Alle Bewohnenden verfügen in der Regel über ein Einzelzimmer, welches ihrem Bedarf und der konzeptionellen Ausrichtung des Heims entspricht. Die Privatsphäre von Menschen in Heimen soll gewährt sein, daher ist ein Einzelzimmer anzubieten. In Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen können Wohneinheiten für eintretende Paare angeboten werden. In Heimen für Menschen mit einer Behinderung oder Suchterkrankungen dürfen 2 Personen zusammen in einem Zimmer wohnen – allerdings ist ihnen jeweils ein zweites Zimmer zur Verfügung zu stellen. Damit sind Rückzugsmöglichkeiten gewährt und eine allfällige Auflösung einer Wohngemeinschaft kann räumlich jederzeit gewährleistet werden.

Nebst individuellem Raum sowie den sanitären Anlagen müssen den Bewohnerinnen und Bewohnern auch genügend gemeinsam genutzte, zielgruppengerechte und konzeptionell geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stehen, insbesondere Aufenthalts- und Essraum sowie Räume zur Freizeitgestaltung. In Heimen ohne Betriebsküchen stellt auch die Küche ein wichtiger Aufenthalts- und Begegnungsort dar.

Die Vorgaben an die Raumgrössen sind Teil der Raumprogramme gemäss Artikel 45.

Artikel 45 (Raumgrössen in Heimen):

Die jeweiligen Regelungen auf Direktionsstufe für Heime für erwachsene Menschen gewährleistet die notwendige Flexibilität zu Anpassung entsprechend der fachlichen und versorgungspolitischen Entwicklungen. Die bisher gängige individuelle Minimalfläche von 10 m² hat sich als wenig praktikabel über den gesamten Versorgungsbereich erwiesen, daher wird auf eine Nennung eines für alle Bereiche geltenden Mindestmasses im Individualbereich für den Heimbereich verzichtet. Entsprechende Vorgaben werden im versorgungsbereichs-spezifischen Richtraumprogramm erlassen. Dieses kann zudem weitergehende Vorgaben enthalten (z.B. Einhaltung der Norm SIA 500). Bei bestehenden bereits als Heim bewilligte Liegenschaften sowie in Mietverhältnissen kann die zuständige Behörde aufgrund der Zielgruppe und der Konzepte Ausnahmen bewilligen, welche mit Auflagen verbunden sein können. Ausnahmen sind insbesondere dann vorgesehen, wenn die Infrastruktur dem Bedarf der Zielgruppe gerecht wird und Auflagen unnötige Folgekosten auslösen würden. Keine Ausnahmen sind vorgesehen, wenn eine bestehende Liegenschaft vom Leistungserbringer erworben wird, um neu als bewilligungspflichtige Institution geführt zu werden.

Die versorgungsbereichs-spezifischen Richtraumprogramme halten das jeweils notwendige Minimum fest und gehen bezüglich Differenzierungsgrad teilweise deutlich weniger weit als die bisherigen Richtraumprogramme wie beispielsweise die in der Heimverordnung genannten Richtlinien der Invalidenversicherung für Heimbauten.

Artikel 46 (Sicherheitsanforderungen):

Um sicherzustellen, dass Gebäude die aktuellsten Anforderungen an den Brandschutz erfüllen, wird dazu ein Mitbericht eingeholt. Gemäss der Publikation der Gebäudeversicherung ist diese für die Expertisen für Bauten ab 20 Plätzen zuständig. In den Gemeinden sind sogenannte Feueraufseher für die Erfüllung der geltenden Brandschutzvorschriften bei Bauten für die Beherbergung und Pflege von bis zu 19 Personen zuständig. Die Kosten für den Mitbericht gehen zu Lasten der Gesuchstellenden.

3.4.3 Anforderung an Leitung und personelle Ressourcen

Artikel 47 (Leitung):

Absatz 1

In Heimen und Spitex-Organisationen kann die Institutionsleitung auch die Fachleitung wahrnehmen und zwar unabhängig von der Grösse der Institution/Organisation.

Buchstabe a: Die für die Leitung des Heims oder der Spitex-Organisation verantwortliche Person muss, um für ihre Aufgabe hinreichend qualifiziert zu sein, über eine berufliche Grundausbildung verfügen. Über die zielgruppenspezifische Ausbildung muss sie nur verfügen, wenn sie auch die fachliche Leitung innehat. Falls die Institutionsleitung nicht zugleich die Fachleitung inne hat und damit über die entsprechende fachliche Qualifikation verfügt, muss sie über ein fachspezifisches Grundwissen zur Zielgruppe und der entsprechenden Leistungen verfügen oder sich dieses nach Stellenantritt aneignen.

Buchstabe b: Zur Wahrnehmung der Führungsverantwortung muss die für die Leitung des Heims oder der Spitex-Organisation verantwortliche Person über die erforderliche Führungserfahrung oder Aus-/Weiterbildung verfügen. Liegt die erforderliche Aus- bzw. Weiterbildung bei Stellenantritt nicht vor, muss mit dieser innerhalb zwei Jahren nach Stellenantritt begonnen werden. Bei mindestens 10 Jahren Führungserfahrung kann auf die Führungsaus- bzw. Weiterbildung verzichtet werden.

Artikel 48 (Fachleitung):

Die Fachleitung muss, um für ihre Aufgabe qualifiziert zu sein, über eine zielgruppenspezifische Ausbildung auf Tertiärstufe sowie fachspezifische Berufserfahrung verfügen. Die anerkannten Ausbildungen sind in der Regel festgelegt in den Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) oder in interkantonalen Vereinbarungen. Für die Fachleitung in Heimen für Menschen mit behinderungs- oder suchtbedingtem Bedarf ist eine Aus- oder Weiterbildung in den Bereichen Betriebswirtschaft und Führung oder eine entsprechende Berufserfahrung in diesen Bereichen nicht notwendig, ausser wenn die Person, die die Fachleitung inne hat auch die Heimleitung übernimmt. Eine ausreichende Berufserfahrung liegt vor, wenn die Fachleitung nach der Ausbildung zwei Jahre Berufserfahrung bei einem Vollzeitpensum vorweisen kann. Bei einem Teilzeitpensum gemäss Beschäftigungsgrad entsprechend länger.

Artikel 49 (Besondere Anforderungen an Fachleitung in Pflegeheimen und Spitex-Organisationen):

Absatz 1

Buchstabe a: In Pflegeheimen und Spitex-Organisationen muss die Fachleitung über eine Berufsausübungsbewilligung als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann verfügen: Einerseits werden in diesen Einrichtungen Tätigkeiten in eigener fachlicher Verantwortung ausgeübt, welche nach dem Bundesgesetz vom 30. September 2016 über die Gesundheitsberufe (Gesundheitsberufegesetz, GesBG; SR 811.21) bewilligungspflichtig sind. Andererseits rechnen diese Einrichtungen Leistungen mit den Krankenversicherern ab und müssen dafür die spezifischen Vorgaben der Krankenversicherungsgesetzgebung erfüllen. Dazu gehört auch die Berufsausübungsbewilligung der Fachleitung, hier der Pflegedienstleitung.

Buchstabe b: Die Fachleitung in Pflegeheimen und bei Spitex-Organisationen trägt die zielgruppenspezifische Verantwortung für die fachgerechte Erbringung der Unterstützungsleistungen und hat damit eine fachliche, oft auch damit verbunden eine personelle Führung inne. Um für diese Aufgabe qualifiziert zu sein, muss die Fachleitung über eine Führungs- und Organisationsausbildung verfügen. Verfügt sie bei Stellenantritt nicht über die erforderliche Aus- bzw. Weiterbildung, muss mit dieser innerhalb zwei Jahren begonnen werden.

Artikel 50 (Personal):

Das Heim oder die Spitex-Organisation verfügt über ausreichend Personalressourcen und Fachpersonen mit den erforderlichen beruflichen Kompetenzen, um den pflegerischen, betreuenden und therapeutischen Unterstützungsbedarf der Bewohnenden/Klientinnen fachgerecht zu decken.

Auch Mitarbeitende, welche nicht zum Betreuungs- und Pflegepersonal zählen, welche jedoch gelegentlich oder häufig Kontakt zu den Bewohnenden/Klientinnen haben (z.B. Personal in den Bereichen Reinigung, Hotellerie oder Administration) haben mit den aufgenommenen Personen einen angemessenen Umgang zu pflegen und sind dafür mittels Weiterbildung zielgruppenspezifisch zu sensibilisieren (bspw. im Umgang mit Menschen mit einer Behinderung oder mit Demenz).

Artikel 51 (Vorgaben zum Stellenplan und zu den beruflichen Kompetenzen in Heimen und Spitex-Organisationen):

Absatz 1

Zur Sicherstellung der unter Artikel 50 aufgeführten Vorgaben, kann die GSI Mindestanteile an diplomiertem Pflegepersonal und an Pflegepersonal mit EFZ am gesamten Personaletat festlegen. Damit werden die quantitativen (Stellenprozenten) und qualitativen (berufliche Kompetenzen) Voraussetzungen für eine fachgerechte Pflege und Betreuung in Heimen und in der Hilfe und Pflege zuhause beschrieben, welche insbesondere in Krisenzeiten (Pandemien) für die Sicherstellung der physischen und psychischen Gesundheit der Bewohnenden/Klienten unabdingbar ist.

Absatz 2

In Heimen für erwachsene Personen mit einem behinderten- oder suchtbedingten Betreuungs- und Pflegebedarf können auch Personen als Fachpersonen gelten, die noch keine anerkannte Fachausbildung abgeschlossen haben, aber eine Verpflichtung zur Nachholbildung abgeschlossen haben und nach Einschätzung der Fachleitung als qualifiziert eingestuft werden. Diese Einschätzung ist zu dokumentieren. Daraus muss insbesondere hervorgehen, dass dies betreffende Person damit einverstanden ist. Als Folge davon sollen als qualifiziert eingestufte Personen den gleichen Lohn erhalten wie Personen mit anerkannter Fachausbildung.

Artikel 52 (Vertrauenswürdigkeit):

An die Vertrauenswürdigkeit einer Institutionsleitung oder der Inhaberin oder des Inhabers der Betriebsbewilligung als privater Haushalt werden hohe Anforderungen gestellt; ob eine Person vertrauenswürdig ist, ergibt sich nicht nur aus dem Vorliegen einer Straftat, sondern umfasst allgemein das Verhalten gegenüber den betreuten Personen und gegenüber den Behörden.

Der Privat- und Sonderprivatauszug aller angestellten Mitarbeitenden muss durch die Institutionsleitung oder der Inhaberin oder des Inhabers der Betriebsbewilligung als privater Haushalt bei der Anstellung sowie spätestens alle fünf Jahre eingefordert werden. Darunter fallen auch die Zivildienstleistende.

Der Privat- und Sonderprivatauszug der Institutionsleitung und der Fachleitung muss durch die Trägerschaft bei Anstellung sowie spätestens alle fünf Jahre eingefordert werden.

Die Beurteilung von Einträgen in den Privat- und Sonderprivatauszügen liegt im Ermessen der Trägerschaft (respektive bei privaten Haushalten im Ermessen der zuständigen Bewilligungsbehörde, vgl. Abs. 2 Bst. b). Bei Mitarbeitenden aus dem Ausland ist ein mindestens äquivalenter Nachweis zu verlangen.

3.4.4 Betriebskonzept

Artikel 53 (Allgemeines):

Absatz 1

Buchstabe a: Das Heim beschreibt in seinem Betriebskonzept welche Personen aufgenommen und welche Pflege-, Betreuungs- und/oder Therapieleistungen angeboten werden. Das Leistungsangebot und die Ausrichtung der Institution muss auf die Bewohnenden abgestimmt sein und eine fach- und bedarfsgerechte Pflege, Betreuung und Therapie sicherstellen. Dabei sind insbesondere auch die Infrastruktur, Einrichtungen sowie die personellen und fachlichen Ressourcen zu berücksichtigen.

Die konzeptionelle Beschreibung des Leistungsangebots umfasst mindestens folgende Inhalte: die Zielgruppe, den Aufenthalt (insbesondere Dauer, Grösse und Zusammensetzung der Wohnformen, Mobilität), die Verpflegung, die Aufenthaltsgestaltung (z.B. Aktivitäten, Aktivierung, Freizeit, Ferien, Bildung) sowie die Berufsfindung (sofern zielgruppenrelevant).

Buchstabe b: Im Betriebskonzept ist festzuhalten, wie der Betrieb über die verschiedenen Hierarchiestufen hinweg geführt wird, damit die betrieblichen Ziele erreicht werden. In den Führungsgrundsätzen ist insbesondere zu beschreiben, wie der Umgang mit Mitarbeitenden, Bewohnenden und externen Partnern

gestaltet wird. Aus dem Betriebskonzept geht auch hervor, welche Führungsebenen bestehen und welche Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen den jeweiligen Funktionen zukommen. Damit wird ersichtlich, wie die Führungspersonen und Mitarbeitenden in den betrieblichen Kernprozess Pflege, Betreuung und Therapie eingebunden sind und dieser gestaltet wird. Die strategischen und die operativen Aufgaben der Leitung sind so detailliert beschrieben, dass eine klare Abgrenzung der Aufgaben voneinander vorgenommen werden kann. Zu den Aufgabenbeschreibungen liegen Verantwortlichkeiten, Kompetenzen und Entscheidungsbefugnisse schriftlich vor und eine Zuordnung ist eindeutig möglich.

Buchstabe c: Die konzeptionelle Beschreibung der Kriterien für die Aufnahme und den Austritt umfasst mindestens folgende Inhalte: Aufnahmekriterien (inkl. Abgrenzung der Personengruppen, welche nicht aufgenommen werden können) und Aufnahmeverfahren sowie Austrittskriterien, Austrittsverfahren und Anschlusslösungen. Ist die Bewohnerin bzw. der Bewohner auf eine Anschlusslösung angewiesen, so muss das Heim bei Bedarf angemessene Unterstützung leisten bei der Suche und bei einem Übertritt.

Buchstabe d: Die konzeptionelle Beschreibung zum Umgang mit Notfällen und Krisen umfasst mindestens folgende Inhalte: die Prävention, das Notfalldispositiv sowie die Notfallkommunikation.

Buchstabe e: Die konzeptionelle Beschreibung der Gestaltung der internen und externen Kommunikation umfasst mindestens folgende Inhalte: den Informationsfluss zu Bewohnenden, Angehörigen bzw. gesetzliche Vertretungen, zu Bezugspersonen und zum Mitarbeitenden sowie die Öffentlichkeitsarbeit.

Buchstabe f: Damit sich Bewohnerinnen und Bewohner bzw. deren nahestehenden Personen und das Personal bei Bedarf an eine Vermittlungsstelle wenden können, welche in keinem Abhängigkeitsverhältnis zum Heim steht, ist eine entsprechende externe und von der Inhaberin oder vom Inhaber der Betriebsbewilligung sowie von den Leitungspersonen unabhängige Stelle im Betriebskonzept anzugeben und den Bewohnenden zielgruppengerecht zu vermitteln. Die Heime sind grundsätzlich frei, welche Person, Stelle oder Institution sie bezeichnen. Dringend empfohlen wird, dass – falls diese nicht als einzige Stelle gewählt wird – zumindest auf die Stiftung Bernische Ombudsstelle für Alters-, Betreuungs- und Heimfragen hingewiesen wird. Zudem ist auf die zuständige Aufsichtsbehörde, an welche aufsichtsrechtliche Anzeigen gerichtet werden können, hinzuweisen.

Buchstabe g: Das Betriebskonzept enthält die konzeptuellen Grundlagen für die systematische Überprüfung, Sicherung und Weiterentwicklung der Leistungserbringung im gesamten Betrieb. Dazu gehören Strukturen (Verantwortliche und deren Aufgaben), Prozesse (Qualitätskontrollen und Verbesserungen) sowie angestrebte Ergebnisse (z.B. bezüglich Lebensqualität der Bewohnenden, Zufriedenheit von Mitarbeitenden und externen Partnern etc.).

Buchstabe h: Die konzeptionelle Beschreibung der institutionellen Zusammenarbeit mit Anspruchsgruppen und Partnern umfasst beispielsweise Angehörige, Institutionen, medizinischen Kliniken, Verbände, Zuweiser oder Fachstellen.

Buchstabe i: Das Heim beschreibt, wie den Bewohnenden eine selbstbestimmte Lebensführung innerhalb der Institution ermöglicht wird. Diese bezieht sich, neben der Gestaltung des persönlichen Alltags, auch auf die Selbstbestimmung in medizinischen, pflegerischen, betreuenden und therapeutischen Fragen. Das Heim zeigt auf, wie die Möglichkeiten der Selbstbestimmung im institutionellen Rahmen ausgeschöpft und den Bewohnenden gewährt wird, sofern diese entscheidungsfähig sind. Dazu gehört auch der Einbezug von Bezugspersonen, Angehörigen und/oder gesetzlichen Vertretungen. Die Mitarbeitenden der Institution respektieren die Würde jeder Bewohnerin und jedes Bewohners, ungeachtet deren/dessen physischen, psychischen, sozialen und kognitiven Zustandes. Die Betreuung, Pflege und medizinische Versorgung berücksichtigt die individuelle, einzigartige Persönlichkeit der Bewohnenden und deren autonomen Willen und richtet sich nach deren Wünschen, Bedürfnissen und Entscheidungen. Die Bewohnenden (oder deren vertretungsberechtigten Personen) bestimmen über ihre Betreuung, Pflege und medizinische Versorgung und erhalten die dazu notwendigen Informationen.

Buchstabe k: Angehörige und vertretungsberechtigten Personen sind regelmässig über Begebenheiten, Gestaltung und Ablauf des Aufenthaltes der jeweiligen Bewohnenden zu informieren und in Entscheidungsprozesse zu involvieren. Insbesondere betrifft dies die Vorbereitung des Eintrittes und die ersten

Monate des Aufenthaltes. Danach sind Statusveränderungen der Bewohnenden und entsprechende Anpassungen in der Pflege, Betreuung und Therapie sowie betriebliche Veränderungen mit Auswirkungen auf das Leistungsangebot oder die Alltagsgestaltung proaktiv und frühzeitig zu kommunizieren.

Buchstabe l

Zum Schutz der Bewohnenden und Mitarbeitenden gehören neben den gesetzlichen Anforderungen an Infrastruktur und Einrichtungen, die Einhaltung von Hygienemassnahmen (Prävention Infektionskrankheiten, Verhinderung der Keimübertragung), der Schutz vor Unfällen innerhalb der Einrichtung und in der dazu gehörigen Umgebung sowie die Prävention von Gewaltereignissen (durch Bewohnende, Mitarbeitende und/oder Externe).

Absatz 2

Buchstabe a: Im Konzept wird ausgeführt, welche pflegerischen, betreuerischen oder therapeutischen Leistungen von den Bewilligungsinhabern selber oder allenfalls deren Angestellten oder durch Externe erbracht werden. Dabei dürfen nur Leistungen angeboten werden, für die eine ausreichende berufliche Qualifikation vorliegt. Falls Behandlungspflege indiziert ist, muss deklariert werden, wer diese bei Bedarf erbringt; die Bewilligungsinhaber, deren Angestellten oder eine Spitex-Organisation.

Buchstabe b: Aktuell müssen private Haushalte im Suchtbereich mit einer Platzierungsorganisation zusammenarbeiten (im Suchtbereich bewilligt die GSI die privaten Haushalte). Da die Platzierungsorganisationen in privaten Haushalten zur Qualitätssicherung und Professionalisierung beitragen, wird diese Zusammenarbeit weiterhin verlangt.

Bei den von den Gemeinden bewilligten Haushalten gibt es keine Pflicht zur Zusammenarbeit mit einer Familienplatzorganisation. Wenn ein privater Haushalt sich für die Zusammenarbeit mit einer Platzierungsorganisation entscheidet, können definierte und vertraglich geregelte Leistungen durch die Platzierungsorganisation erbracht werden; zum Beispiel Rechnungsstellung, Supervisionen, Standortgespräche oder Weiterbildungen für private Haushalte.

Artikel 54 (Betreuungsverträge):

Der Aufenthalt in einem Heim muss bzgl. der Absprachen sowie der gegenseitigen Rechte und Pflichten vertraglich vereinbart sein. Den Betreuungsvertrag schliesst entweder die betroffene Person selbst oder bei entsprechender Einschränkung der Handlungsfähigkeit deren gesetzliche Vertretung ab.

Buchstabe a: Die vom Heim erbrachten und vertraglich vereinbarten Leistungen umfassen nebst der Betreuung, Pflege und/oder Therapie auch die Verpflegung, das Zimmer, die Modalitäten zu Besuchern sowie allfällige weitere Dienstleistungen.

Buchstabe b: Die finanziellen Verpflichtungen der Bewohnerinnen und Bewohner sowie Art und Zeitpunkt der Rechnungsstellung müssen im Betreuungsvertrag geregelt sein.

Buchstabe c: Der Betreuungsvertrag muss die Vertragsdauer, die Kündigungsfristen sowie mögliche Gründe für eine Kündigung festhalten.

Buchstabe d: Der Betreuungsvertrag muss den internen Beschwerdeweg und die entsprechenden Zuständigkeiten festhalten.

Buchstabe e: Die aufgenommenen Personen sind selbstverständlich grundsätzlich frei, bei wem sie ihre Arzneimittel beziehen wollen. Werden die Arzneimittel jedoch von einer zentralen Stelle im Heim bestellt und verwaltet, erleichtert es die Abläufe enorm, wenn die Person bereit ist, sich vertraglich zum Bezug aller Arzneimittel durch das Heim zu verpflichten

Buchstabe f: Der Bewohner bzw. die Bewohnerin muss im Zusammenhang mit dem Abschluss des Betreuungsvertrages über die relevanten konzeptionellen und organisatorischen Grundlagen des Heims informiert sein. Der Betreuungsvertrag weist deshalb auf alle relevanten Dokumente hin, welche standardmässig oder auf Wunsch hin als Ergänzung zum Betreuungsvertrag abgegeben werden.

Buchstabe g: Zur Information der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. der gesetzlichen Vertretung, an welche externe Stelle gemäss Artikel 53 Absatz 1 Buchstabe f (Ombudsstelle) sie sich bei Bedarf wenden können, ist diese im Betreuungsvertrag mit Name, Anschrift und Telefonnummer anzugeben.

Buchstabe h: Alle relevanten Rechte und Pflichten sind im Betreuungsvertrag festgehalten, beispielsweise welche Modalitäten beim Betreten des Wohnendenzimmers gelten oder das im Konzept ausgeführte Abgeben von Urinproben in Suchtinstitutionen.

3.4.5 Abdeckung Betriebsrisiko

Artikel 55:

Betriebliche Risiken müssen hinreichend durch eine Betriebshaftpflichtversicherung abgedeckt werden. Die Deckungssumme ergibt sich aus den spezifischen Betriebsrisiken und kann nicht allgemein festgelegt werden.

3.5 Bewilligungsverfahren

Artikel 56 (Gesuch):

Das Gesuch um Erteilung einer Betriebsbewilligung ist mit dem von der GSI zur Verfügung gestellten Formular zu beantragen. Das Formular umfasst bei Heimen auch die von der GSI erlassenen Ausführungsbestimmungen und erleichtert dem Gesuchsteller bzw. der Gesuchstellerin sowie der zuständigen Behörde die Überprüfung der Einhaltung der Bewilligungsvoraussetzungen.

Artikel 57 (Erforderliche Beilagen):

Zusammen mit dem ausgefüllten Formular müssen alle erforderlichen Unterlagen und Dokumentationen eingereicht werden.

Artikel 58 (Überprüfung der Bewilligungsvoraussetzungen vor Ort):

Vor der erstmaligen Erteilung einer Betriebsbewilligung führt die Behörde zur Beurteilung, ob die Anforderungen an die Infrastruktur erfüllt sind, eine Besichtigung vor Ort durch. Damit können die Pläne und Unterlagen vor Ort überprüft werden. Nicht zwingend erforderlich ist eine Besichtigung vor Ort, wenn eine bestehende Bewilligung aufgrund veränderter Verhältnisse angepasst oder neu erteilt wird (bspw. bei Wechsel der Trägerschaft). Selbstverständlich kann die zuständige Behörde aber auch in solchen Fällen eine Besichtigung vor Ort durchführen.

Artikel 59 (Beizug von Dritten):

Wenn es für die Beurteilung eines Gesuchs erforderlich ist, kann die zuständige Behörde Dritte (z.B. behinderungsspezifische Fachorganisationen) für die Prüfung der Erfüllung der Bewilligungsvoraussetzungen beiziehen.

Artikel 60 (Bewilligungserteilung):

Absatz 1

Unter bestimmten Gegebenheiten kann es sachgerecht sein, eine Bewilligung statt zu verweigern nur teilweise zu erteilen. Mittels Auflagen ist alsdann zu regeln, welche Massnahmen zu ergreifen sind, damit die Bewilligungsvoraussetzungen weiterhin erfüllt sind.

Absatz 2

Spitex-Organisationen, die ihren Betrieb an mehreren Orten führen, müssen die Bewilligungsvoraussetzungen an allen diesen Standorten erfüllen. Der Grund liegt darin, dass die gesundheitspolizeilichen Anforderungen, die mit der Bewilligungspflicht kontrolliert werden, an allen Betriebsstandorten in gleicher Weise wichtig sind. Das Gesundheitsamt prüft sämtliche Standorte des Leistungserbringers, stellt aber letztlich nur eine Betriebsbewilligung für alle Standorte zusammen aus. Erfüllt ein Standort im Lauf der

Zeit die Bewilligungsvoraussetzungen nicht mehr, wird die Betriebsbewilligung für diesen Standort entzogen bzw. die bestehende Bewilligung angepasst auf diejenigen Standorte, die die Bewilligungsvoraussetzungen weiterhin erfüllen. Sind bezogen auf einen Standort Einschränkungen der Betriebsbewilligung (Befristung, Auflagen) erforderlich, formuliert dies das Gesundheitsamt in der Betriebsbewilligung entsprechend detailliert, d.h. bezogen auf den Standort.

Absatz 3

Private Haushalte sind familienähnliche Gemeinschaften und entsprechend ist der Inhaber bzw. die Inhaberin der Betriebsbewilligung stets eine natürliche Person, welche mit den aufgenommenen Personen mit Unterstützungsbedarf zusammenwohnt. Inhaber oder Inhaberin der Betriebsbewilligung können auch zwei Personen sein, welche beide mit den aufgenommenen Personen mit Unterstützungsbedarf zusammenwohnen.

3.6 Betriebliche Pflichten

3.6.1 In Heimen

Artikel 61 (Aufgaben der Inhaberin oder des Inhabers der Betriebsbewilligung):

Buchstabe a: Um festzustellen, ob das psychische und physische Wohlergehen der Bewohnenden jederzeit gewährleistet ist, sind regelmässig für das Angebot und die Zielgruppe geeignete Messinstrumente einzusetzen, mit welchen eben diese Punkte geprüft werden. Ebenso ist periodisch mit geeigneten Instrumenten zu beurteilen und festzuhalten, ob die Würde ungeachtet des physischen, psychischen, sozialen oder kognitiven Zustandes respektiert wird. Hierbei ist den verschiedenen Zielgruppen Rechnung zu tragen und geeignete Formen der Kommunikation zu wählen, z. Bsp. bei Menschen mit erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen oder Menschen mit einer Demenzerkrankung. Die Resultate sind in geeigneter Form im Bewohnendendossier festzuhalten, damit sie den Fachpersonen zugänglich sind, welche die Planung der Betreuungs- und Pflegeleistungen verantworten und umsetzen. Wenn es Hinweise darauf gibt, dass das Wohlergehen oder die Würde nicht mehr gewährleistet sein könnten, sind umgehend die nötigen Massnahmen auf strategischer und/oder operativer Ebene zur Verbesserung zu ergreifen.

Buchstabe b: Damit Unterstützungsleistungen jederzeit gewährleistet werden können, ist das Festlegen von geeigneten Stellvertretungslösungen auf allen Hierarchieebenen notwendig. Um die Leistung auf den Bedarf und den Zustand der Bewohnerinnen und der Bewohner abzustimmen, sind diese für die Verlaufsdocumentation, (vgl. Art. 39 Abs. 1 Bst. f) detailliert zu erfragen. Wenn erfragen nicht möglich ist, müssen die Informationen anderweitig erhoben werden, z. Bsp. mittels Gesprächen mit Angehörigen.

Die Inhaber und Inhaberinnen einer Bewilligung haben sich über die geltenden gesetzlichen Regelungen umfassend zu informieren und sind verpflichtet, periodisch zu überprüfen, ob geltende Vorschriften verändert wurden und es Anpassungen im Betrieb bedarf.

Buchstabe c: Die Inhaber und Inhaberinnen einer Bewilligung führen eine Unterhaltsplanung für betriebs-eigene Liegenschaften. Sie machen sich periodisch vor Ort ein Bild des Zustandes der Liegenschaften und leiten, wenn nötig so rasch als möglich, Instandhaltungsarbeiten oder Sanierungen ein. Wenn die Räumlichkeiten gemietet sind, ist der Zustand ebenfalls regelmässig zu überprüfen und allfällige Mängel der Vermieterschaft umgehend zu melden und zu überprüfen, dass eine Behebung oder Verbesserung eingeleitet wird.

Buchstabe d: Es obliegt den strategisch verantwortlichen Personen, die Leitung zu beaufsichtigen und zu führen. Die Inhaber und Inhaberinnen einer Bewilligung stellen mit regelmässigen Kontrollen sicher, dass der Betrieb gemäss dem geltenden Fachkonzept und Betriebskonzept geführt wird.

Buchstabe e: Die Inhaber und Inhaberinnen einer Bewilligung setzen sich in Kenntnis über die geltenden Anforderungen an Leitungspersonen hinsichtlich Ausbildung und Führungserfahrung und stellen sicher, dass diese bei zur Wahl stehenden Führungspersonen erfüllt werden. Die Anforderungen sind in den Artikeln 48 und 49 festgelegt.

Buchstabe f: Die Inhaber und Inhaberinnen einer Bewilligung sind verantwortlich, dass Aufgaben und Funktionen gemäss der im Betriebskonzept beschriebenen Aufbau- und Ablauforganisation (vgl. Art. 54 Abs. 1 Bst. b) wahrgenommen werden.

Buchstabe g: Die Inhaber und Inhaberinnen einer Bewilligung betreiben ein geeignetes Qualitätsmanagement (QM). Die Qualität der Pflege und Betreuung wird anhand von regelmässigen Kontrollen überprüft. Es werden nachweislich Massnahmen zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung ergriffen. Für das Erbringen der deklarierten Leistung stehen die erforderlichen personellen Ressourcen und fachlichen Kompetenzen zur Verfügung. Weiter werden nachweisbar Massnahmen zur Vermeidung von unerwünschten und kritischen Ereignissen ergriffen. Prozesse zur Beseitigung von Mängel werden so rasch als möglich eingeleitet.

Buchstabe h: Die vorhandenen personellen und finanziellen Ressourcen werden zielgerichtet eingesetzt, so dass sich keine Unter- oder Überversorgung ergibt und der Betrieb langfristig gesichert werden kann.

Buchstabe i: Die finanziellen Vorgaben der GSI für den Suchtbereich und die Pflegeheime werden auf der Internetseite der GSI publiziert. Die jeweiligen Vorgaben sind inhaltlich und fristgerecht einzuhalten. Die finanzielle Betriebsführung der Heime für Menschen mit Behinderungen wird erst durch das BLG geregelt.

Buchstabe k: Die Inhaber und Inhaberinnen einer Bewilligung sind verantwortlich, dass konzeptionelle Grundlagen periodisch – spätestens alle 5 Jahre – überprüft und aktualisiert werden und durch das strategische Organ genehmigt werden. Damit soll auch sichergestellt werden, dass sich ändernde Anforderungen und/oder veränderte oder neue gesetzliche Grundlagen Eingang in die Konzepte der Heime finden. Das Datum der letzten Überprüfung muss auf den dem jeweiligen Konzept oder Dokument ersichtlich sein.

Artikel 62 (Aufgaben der Heimleitung):

Die Heimleitung muss sich bei der Führung des Heimes an die übergeordneten gesetzlichen Grundlagen halten und ist dafür verantwortlich, dass die im Artikel 50 beschriebenen Anforderungen an das (Fach-)Personal eingehalten werden.

Buchstabe a: Die Heimleitung führt den Betrieb gemäss dem Auftrag der Bewilligungsinhaber und den Vorgaben des Betriebskonzeptes und ist verantwortlich, dass die im Qualitätsmanagement beschriebenen Prozesse ordnungsgemäss ablaufen und die qualitativen und quantitativen Ziele erreicht, im definierten Zeitraum regelmässig überprüft und entsprechende Massnahmen zur Behebung von Abweichungen getroffen werden.

Buchstabe b: Die Heimleitung gewährleistet, dass bei Notfällen zu jedem Zeitpunkt innert kürzester Zeit eine Betreuungsperson vor Ort und eine entscheidungsberechtigte Person muss zu jedem Zeitpunkt erreichbar ist.

Buchstabe c: Die Heimleitung ist dafür verantwortlich, dass die Mitarbeitenden ihren Fähigkeiten und Kompetenzen entsprechend eingesetzt werden. Mitarbeitende dürfen nur Aufgaben erfüllen, für welche sie über die erforderlichen beruflichen Kompetenzen verfügen.

Artikel 63 (Aufgaben der Fachleitung):

Absatz 1

Die Fachleitung ist dafür verantwortlich, dass der individuelle Bedarf der Bewohnerinnen und Bewohnern regelmässig erhoben und wenn nötig angepasst wird. Zudem muss die Fachleitung das Fachpersonal entsprechend anleiten, dass diese bedarfsgerechten Unterstützungsleistungen erbracht werden.

Absatz 2

Buchstabe a: Die Fachleitung stellt sicher, dass bei Eintritt und in regelmässigen Abständen eine individuelle Bedarfsabklärung der Bewohnerinnen und Bewohner sichergestellt ist. Diese Bedarfserhebung muss ordnungsgemäss dokumentiert und den Mitarbeitenden, welche die entsprechenden Informationen

für ihre Arbeit benötigen, zugänglich gemacht werden. In die Bedarfsabklärung müssen alle für die einzelne Bewohnerin oder den einzelnen Bewohner relevanten Prozesse der Pflege, Betreuung und Therapie einbezogen werden.

Buchstabe b: Die Selbstbestimmung der Bewohnenden muss im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten in den Prozessen der Pflege, Betreuung und Therapie durch die Fachleitung sichergestellt werden. Die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner werden in regelmässigen Abständen erhoben und wenn möglich bei der Ausgestaltung der Prozesse miteinbezogen.

Buchstabe c: Die für die entsprechende Zielgruppe notwendige Pflege und Betreuung ist zu jedem Zeitpunkt durch die Fachleitung sicherzustellen.

Buchstabe d: Die durchgeführten Aktivitäten und Massnahmen müssen sich am Bedarf in den Prozessen der Pflege, Betreuung und Therapie orientieren. Die Zweckmässigkeit und Effektivität der durchgeführten Massnahmen muss regelmässig überprüft werden und gegebenenfalls zu einer Anpassung der Aktivitäten und Massnahmen führen. Für diesen Prozess ist die Fachleitung verantwortlich.

In privaten Haushalten

Artikel 64:

Buchstabe a: Das Wohlergehen der Bewohnenden ist regelmässig mit einer für die Zielgruppe geeigneten Methode zu erheben, zum Beispiel mittels Gesprächen oder Befragungen. Ebenso ist regelmässig zu beurteilen und festzuhalten, dass die Würde ungeachtet des physischen, psychischen, sozialen oder kognitiven Zustandes respektiert wird. Hierbei ist den verschiedenen Zielgruppen Rechnung zu tragen und geeignete Formen der Kommunikation zu wählen, z. Bsp. bei Menschen mit starken kognitiven Beeinträchtigungen. Wenn die Aufsichtsbehörde (Gemeinde) feststellt, dass das Wohlergehen oder die Würde nicht mehr gewährleistet sein könnte, sind umgehend die nötigen Massnahmen zur Verbesserung zu ergreifen.

Buchstabe b: Damit Unterstützungsleistungen jederzeit gewährleistet werden können, ist das Festlegen von geeigneten Stellvertretungslösungen notwendig. Um die Leistung auf den Bedarf und den Zustand der Bewohnerinnen und der Bewohner abzustimmen, sind diese detailliert zu erfragen. Wenn erfragen nicht möglich ist, müssen die Informationen anderweitig erhoben werden, z. Bsp. mittels Gesprächen mit Angehörigen.

Buchstabe c: Die Inhaber und Inhaberinnen einer Bewilligung stellen sicher, dass die Räumlichkeiten, wo sich Bewohnerinnen und Bewohner aufhalten, in gutem Zustand, beheizt und funktionstüchtig sind. Allfällige Reparaturen sind rasch vorzunehmen.

Buchstabe d: Das Fach- und Betriebskonzept entspricht dem Bedarf der aufgenommenen Personen und ist regelmässig hinsichtlich seiner Wirksamkeit und Umsetzung zu überprüfen.

Buchstabe e: Die Inhaber und Inhaberinnen einer Bewilligung überprüfen die Qualität der Pflege und Betreuung mittels regelmässigen Kontrollen. Es werden nachweislich Massnahmen zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung ergriffen. Für das Erbringen der deklarierten Leistung stehen die erforderlichen personellen Ressourcen und fachlichen Kompetenzen zur Verfügung. Weiter werden nachweisbar Massnahmen zur Vermeidung von unerwünschten und kritischen Ereignissen ergriffen. Prozesse zur Beseitigung von Mängeln werden so rasch als möglich eingeleitet.

Buchstabe f: Die vorhandenen personellen und finanziellen Ressourcen werden zielgerichtet eingesetzt, so dass sich keine Unter- oder Überversorgung ergibt und der Betrieb langfristig gesichert werden kann; d.h. die erbrachten Betreuungs- und Pflegeleistungen müssen transparent gemacht werden und plausibel sein. Die erbrachten Leistungen sind auf Anfrage der Behörde (z. Bsp. GSI oder Ausgleichskasse) auszuweisen. Dabei muss nachvollziehbar sein, in welchem Zusammenhang die Leistungen mit dem Tarif stehen.

Buchstabe g: Die Inhaber und Inhaberinnen einer Bewilligung sind verantwortlich, dass konzeptionelle Grundlagen periodisch – spätestens alle 5 Jahre – überprüft und aktualisiert werden. Damit soll auch sichergestellt werden, dass sich ändernde Anforderungen und/oder veränderte oder neue gesetzliche Grundlagen Eingang in die Konzepte finden. Das Datum der letzten Überprüfung muss auf den dem jeweiligen Konzept oder Dokument ersichtlich sein.

3.6.3 In Spitex-Organisationen

Artikel 65 (Aufgaben der Inhaberin oder des Inhabers der Betriebsbewilligung):

Buchstabe a: Die Spitex-Organisation beaufsichtigt ihre Mitarbeitenden und stellt sicher, dass die Leistungserbringung im häuslichen Umfeld wertschätzend und respektvoll erfolgt. Um dies zu überprüfen, sind regelmässige Evaluationen der Zufriedenheit mit der Leistungserbringung durchzuführen (z.B. anonyme Befragungen während oder nach Abschluss des Leistungsbezuges). Die Inhaber und Inhaberinnen einer Bewilligung ermöglichen es den Leistungsempfängenden, deren Bezugspersonen, Angehörigen und vertretungsberechtigten Personen, sich jederzeit formlos über einen unangemessenen Umgang und eine unangemessene Pflege und Betreuung zu beschweren. Die dazu notwendigen Strukturen und Prozesse sind in den betrieblichen Alltag integriert und nachweisbar.

Die Leistungsempfängenden (oder deren vertretungsberechtigten Personen) bestimmen über ihre Betreuung, Pflege und medizinische Versorgung und erhalten nachweislich (Dokumentation) die dazu notwendigen Informationen.

Buchstabe b: Die Betreuung, Pflege und medizinische Versorgung berücksichtigt die individuelle, einzigartige Persönlichkeit der Leistungsempfängenden und deren autonomen Willen und richtet sich nach deren Wünschen, Bedürfnissen und Entscheidungen, soweit dies im betrieblichen Rahmen ermöglicht werden kann. Die Unterstützungsleistungen basieren auf einer individuellen, dokumentierten Bedarfsabklärung und werden dem Zustand der Leistungsempfängenden angepasst.

Buchstabe c: Falls Leistungen am Standort erbracht werden, müssen die entsprechenden Räumlichkeiten und Einrichtungen jederzeit den hygienischen und fachlichen Anforderungen für eine sichere Leistungserbringung genügen und die Gewährleistung der Privatsphäre sicherstellen. Die Inhaber und Inhaberinnen einer Bewilligung führen eine Unterhaltsplanung für betriebseigene Liegenschaften. Sie machen sich periodisch vor Ort ein Bild des Zustandes der Liegenschaften und leiten, wenn nötig so rasch als möglich Instandhaltungsarbeiten oder Sanierungen ein. Wenn die Räumlichkeiten gemietet sind, ist der Zustand ebenfalls regelmässig zu überprüfen und allfällige Mängel der Vermieterschaft umgehend zu melden und zu überprüfen, dass eine Behebung oder Verbesserung eingeleitet wird.

Buchstabe d: Es obliegt den strategisch verantwortlichen Personen, die Leitung der Organisation zu beaufsichtigen und zu führen. Die Inhaber und Inhaberinnen einer Bewilligung stellen mit mitregelmässigen Kontrollen sicher, dass der Betrieb gemäss dem geltenden Fachkonzept und Betriebskonzept geführt wird.

Buchstabe e: Die Leistungspersonen übernehmen die im Betriebskonzept und der Stellenbeschreibung festgehaltenen funktionspezifischen Aufgaben und verantworten ihren Zuständigkeitsbereich. Die fachliche Verantwortung wird durch eine Pflegefachperson mit Berufsausübungsbewilligung wahrgenommen und ist nicht delegiert.

Buchstabe f: Die Spitex-Organisation betreibt ein geeignetes Qualitätsmanagement (QM). Die Qualität der Pflege und Betreuung wird anhand von regelmässigen Kontrollen überprüft. Es werden nachweislich Massnahmen zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung ergriffen. Für das Erbringen der deklarierten Leistung stehen die erforderlichen personellen Ressourcen und fachlichen Kompetenzen zur Verfügung. Weiter werden nachweisbar Massnahmen zur Vermeidung von unerwünschten und kritischen Ereignissen ergriffen. Prozesse zur Beseitigung von Mängeln werden so rasch als möglich eingeleitet.

Buchstabe g: Die vorhandenen personellen und finanziellen Ressourcen werden zielgerichtet eingesetzt, so dass sich keine Unter- oder Überversorgung ergibt und der Betrieb langfristig gesichert werden kann.

Buchstabe h: Die finanziellen Vorgaben der GSI werden inhaltlich und fristgerecht eingehalten.

Buchstabe i: Die Inhaber und Inhaberinnen einer Bewilligung sind verantwortlich, dass konzeptionelle Grundlagen periodisch – spätestens alle 5 Jahre – überprüft und aktualisiert werden und durch das strategische Organ genehmigt werden. Damit soll auch sichergestellt werden, dass sich ändernde Anforderungen und/oder veränderte oder neue gesetzliche Grundlagen Eingang in die Konzepte der Organisationen finden. Das Datum der letzten Überprüfung muss auf den dem jeweiligen Konzept oder Dokument ersichtlich sein.

Artikel 66 (Aufgaben der Spitex-Leitung):

Absatz 1

Die Leitung der Spitex-Organisation hält die gesetzliche Vorgaben sowie die Bestimmungen der Leistungsverträge ein und stellt sicher, dass die Organisation über die für die Leistungserbringung notwendigen fachlichen und personellen Ressourcen verfügt.

Absatz 2

Buchstabe a: Die Geschäftsleitung führt den Betrieb gemäss dem Auftrag der Bewilligungsinhaber und den Vorgaben des Betriebskonzeptes und ist verantwortlich, dass die im Qualitätsmanagement beschriebenen Prozesse ordnungsgemäss ablaufen und die qualitativen und quantitativen Ziele erreicht, im definierten Zeitraum regelmässig überprüft und entsprechende Massnahmen zur Behebung von Abweichungen getroffen werden.

Buchstabe b: Die Geschäftsleitung stellt die Versorgung von Leistungsempfängenden in medizinische Notfällen sicher, unabhängig von Wochentag und Tageszeit.

Buchstabe c: Die Geschäftsleitung ist dafür verantwortlich, dass die Mitarbeitenden ihren Fähigkeiten und Kompetenzen entsprechend eingesetzt werden. Mitarbeitende dürfen nur Aufgaben erfüllen, für welche sie über die erforderlichen beruflichen Kompetenzen verfügen.

Artikel 67 (Aufgaben der Fachleitung):

Absatz 1

Die Fachleitung ist dafür verantwortlich, dass der individuelle Bedarf der Bewohnerinnen und Bewohnern regelmässig erhoben und wenn nötig angepasst wird. Zudem muss die Fachleitung das Fachpersonal entsprechend anleiten, dass diese bedarfsgerechten Unterstützungsleistungen erbracht werden.

Absatz 2

Buchstabe a: Die Fachleitung stellt sicher, dass vor Beginn der Leistungserbringung eine individuelle Bedarfsabklärung durch eine qualifizierte Fachperson stattfindet. Diese Bedarfserhebung ist zu dokumentieren und den Mitarbeitenden, welche die entsprechenden Informationen für ihre Arbeit benötigen, zugänglich zu machen.

Buchstabe b: Die Fachleitung stellt sicher, dass den Leistungsempfängenden im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten Selbstbestimmung in der Ausgestaltung der Pflege und Betreuung eingeräumt wird. Die Wünsche und Bedürfnisse der Leistungsempfängenden werden in regelmässigen Abständen erhoben und wenn möglich bei der Ausgestaltung der Prozesse miteinbezogen.

Buchstabe c: Die Fachleitung stellt die Versorgung der Leistungsempfängenden zu den vereinbarten Zeiten, unabhängig von Wochentag und Tageszeit und stellt die Versorgung in pflegerischen Notfällen (z.B. Erneuerung von Verbänden, Symptommanagement etc.) sicher.

Buchstabe d: Die durchgeführten Massnahmen entsprechen dem eruierten Bedarf und sind zielgerichtet. Die Zweckmässigkeit und Effektivität der durchgeführten Massnahmen wird regelmässig überprüft und gegebenenfalls angepasst. Für diesen Prozess ist die Fachleitung verantwortlich.

3.6.4 Rechnungslegung und Kostenrechnung

Artikel 68 (Rechnungslegung und Kostenrechnung in Heimen):

Absatz 1

Heime sind zur Rechnungslegung nach den Regeln des Swiss GAAP FER verpflichtet. Begründete Ausnahmen vom Swiss-GAAP-FER-Standard können im Leistungsvertrag vereinbart werden (z.B. HRM2 bei Gemeinden usw.).

Absätze 2 und 3

Die Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104) fordert von den Pflegeheimen bereits heute, dass u.a. eine Kosten- und Leistungsrechnung zu führen ist (vgl. Art. 11 VKL). Die Evaluation der Finanzierung der stationären Pflege durch die GSI zeigt, dass mehrere und auch sehr grosse Pflegeheime dieser Vorgabe nicht nachleben. Dies erschwert die Kostentransparenz und Vergleichbarkeit in hohem Mass. Deshalb gibt der Kanton künftig den Kostenrechnungsstandard von CURAVIVA vor, der national validiert ist. CURAVIVA bietet ergänzend zu den betriebswirtschaftlichen Instrumenten auch Weiterbildungen und Support an.

Absatz 4

Die Kostenrechnung in Heimen im Behinderten- oder Suchtbereich muss nach den Vorgaben von CURAVIVA Schweiz geführt werden. Mit Angeboten sind z.B. Werkstätten oder nicht durch GSI finanzierte Dienstleistungen (Bauernbetrieb, Gärtnerei) gemeint. Für Pflegeheime gelten hinsichtlich Kostenrechnung die besonderen Anforderungen nach den Absätzen 2 und 3.

Artikel 69 (Rechnungslegung und Kostenrechnung in Spitex-Organisationen):

Absätze 1 und 2

Spitex-Organisationen müssen hinsichtlich Rechnungslegung den Swiss-GAAP-FER-Standard und bei der Kostenrechnung die Anforderungen des Branchenverbandes Spitex Schweiz einhalten. Begründete Ausnahmen des Rechnungslegungsstandards Swiss GAAP FER können auch hier vertraglich vereinbart werden (z.B. IFRS statt Swiss GAAP FER).

Absatz 3

Betreibt ein Pflegeheim eine Spitex-Organisation, welche die ambulanten Pflegeleistungen im Rahmen des Wohnens mit Dienstleistung erbringt, so sind für diesen Nebenbetrieb die für Pflegeheime geltenden Kostenrechnungsvorgaben nach CURAVIVA für Alters- und Pflegeheime anzuwenden. Für das Wohnen mit Dienstleistung ist also ein eigener entsprechender Kostenträger zu führen.

3.6.5 Meldepflichten

Artikel 70 (Meldepflicht vor nderungsvollzug):

Sollen in einem laufenden Betrieb Änderungen vorgenommen werden, die zu wesentlichen Veränderungen einer oder mehrerer Bewilligungsvoraussetzungen führen, so sind die beabsichtigten Änderungen der zuständigen Stelle der GSI zu unterbreiten, bevor sie realisiert werden. Nur so kann verhindert werden, dass allenfalls Projekte verwirklicht werden, die – sollte die zuständige Bewilligungsbehore zum Schluss kommen, dass die Änderungen nicht im Einklang mit den Bewilligungsvoraussetzungen stehen – allenfalls nachträglich rückgängig gemacht werden müssten.

Buchstabe a: Änderungen im Betriebs- und/oder Fachkonzept, welche eine grundsätzliche Neuausrichtung in der Betriebsführung oder Leistungserbringung zur Folge haben und möglicherweise eine Anpassung der Bewilligung nach sich ziehen, sind der Bewilligungsbehore anzukunden.

Buchstabe b: Gemeldet werden müssen Sanierungen und Umbauten dann, wenn die Räume danach nicht mehr den zum Erhalt einer Bewilligung eingereichten Pläne entsprechen. Mit der vorgängigen Prüfung der

Änderungen an der Infrastruktur kann die GSI dem Heim mitteilen, inwiefern sich das geplante Vorhaben auf die Betriebsbewilligung auswirkt.

Buchstabe c: Da das strategische Organ der Bewilligungsinhaber ist, ist es für die GSI wichtig, über die aktuellen Kontaktdaten des Präsidiums zu verfügen. Für die Betriebsführung obliegt die Verantwortung der Heim- und Fachleitung, daher müssen diese Personen bei der GSI erfasst sein, damit der Kontakt bei Bedarf sofort hergestellt werden kann.

Artikel 71 (Meldepflicht über weitere Änderungen und Vorkommnisse):

Buchstabe a: Da die Trägerschaft als Bewilligungsinhaber die wichtigste Ansprechperson der Bewilligungs- und Aufsichtsbehörde ist, müssen Wechsel mitgeteilt werden.

Buchstabe b: Die Gewährleistung des Schutzes und der Sicherheit der Bewohnenden ist eine der wichtigsten Aufgabe der GSI wie auch der Trägerschaft und Leitung von Heimen. Wenn der Stellenplan unterschritten wird, ist eines der zentralen Qualitätskriterien betroffen. Durch eine Meldung beim Kanton kann die Situation durch die GSI individuell geprüft werden und mit allfälligen Massnahmen wie zum Beispiel kurzzeitigem Aufnahmestopp, Zusammenarbeit mit einer Personalgewinnungsagentur können allfällige Gefährdungssituationen vermieden werden.

Buchstabe c: Wenn die Anzahl Plätze im Behinderten- und Suchtbereich verändert werden, muss der Stellenplan entsprechend angepasst werden. Da genügend Personal einer der wichtigsten Faktoren für den Schutz der Bewohnenden darstellt, ist die Platzzahl meldepflichtig.

Buchstabe d: Damit keine Gefährdung im hochsensiblen Bereich der physischen Gesundheit entstehen kann, müssen die ärztliche und pharmazeutische Versorgung stets gewährt und die Verantwortlichkeiten eindeutig zuordenbar sein.

Buchstabe e: Ausserordentliche Ereignissen können grosses Interesse der Presse an einer Person oder einem Betrieb sein sowie gravierende Unfälle, Schäden an Liegenschaften oder Naturkatastrophen. Dabei geht es der GSI nicht um einzelne Namen von Bewohnenden oder Angestellten einer Organisation, sondern um das Sicherstellen des Gemeinwohls der Bewohnenden und Mitarbeitenden und dem allfälligen Ergreifen von Massnahmen zu deren Sicherheit.

Buchstabe f: Sobald in einem strafrechtlich relevanten Vorfall ermittelt wird, muss geklärt werden, ob und welche vorsorglichen Massnahmen zum Schutz der Bewohnenden oder Leistungsempfangenden ergriffen werden müssen. Dabei muss der Persönlichkeitsschutz der betroffenen Personen gewahrt werden.

Buchstabe g: Die Meldungen können wichtige Hinweise auf Mängel in der Betriebsführung oder Leistungserbringung sein und sind damit für die Aufsicht relevant. Die Meldungen zu aussergewöhnlichen Todesfällen in Heimen laufen bei der GSI zusammen. Allenfalls könnten diese Meldungen hilfreich sein, bei dem Aufdecken des sehr seltenen Phänomens der Patiententötungen durch Personal.

3.7 Aufsicht

Artikel 72 (Aufsichtsbehörden):

Die zuständigen Bewilligungsbehörden sind auch Aufsichtsbehörden.

Artikel 73 (Kriterien für risikobasierte Kontrollen der betrieblichen Pflichten):

Absatz 1

Im Rahmen der Aufsicht wird die Einhaltung der rechtlichen Bestimmungen durch die Bewilligungsinhaberinnen und Bewilligungsinhaber überprüft. Sie dient dem Schutz der betroffenen Personen, zur Erkennung und Vorbeugung von Missständen, zum optimalen Mitteleinsatz und zur Herstellung bzw. Aufrechterhaltung des rechtmässigen Zustandes. Dazu greift die staatliche Aufsicht korrektiv ein oder ergreift aufgrund von festgestellten Risiken präventive Massnahmen. Aufsicht umfasst die Prüfung sowohl von fachlichen als auch von finanziellen Aspekten.

Im Rahmen der *ordentlichen* Aufsicht verschafft eine periodische, kennzahlenbasierte Beurteilung einen Überblick über einen Aufsichtsbereich (z.B. über Heime), um damit eine vergleichende Einschätzung der Rahmenbedingungen und der Qualität der Leistungserbringung zu ermöglichen. Andererseits können periodische Kontrollen vor Ort durchgeführt werden, um die Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen einer Einrichtung in ihrer Gesamtheit zu überprüfen. Ergänzend zu diesen beiden Elementen der ordentlichen Aufsicht können gemäss Art. 101 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes (VRPG)¹⁷ aufsichtsrechtliche Anzeigen eingereicht werden. Aufgrund von aufsichtsrechtlichen Anzeigen werden fallbasierte Beurteilungen vorgenommen und Kontrollen durchgeführt (*ausserordentliche* Aufsicht). Die Ergebnisse der jeweiligen Untersuchungen sind wiederum in der Risikobeurteilung im Rahmen der ordentlichen Aufsicht zu berücksichtigen.

Die Kriterien zur Durchführung und Beurteilung von Kontrollen sind so zu wählen, dass sie eine Aussage darüber erlauben, inwieweit die Betriebsführung und Leistungserbringung gewährleistet ist. Konkret dienen regelmässige Kontrollen der unabhängigen Überprüfung der Betriebe, ob die für die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben notwendigen Ressourcen inkl. fachkompetenten Personal, die entsprechenden Räumlichkeiten, Ausrüstungen und Prozesse vorhanden sind. Nebst dem Ziel, eine übergeordnete Einschätzung zu erlangen, kann der Fokus zusätzlich auf ein ausgewähltes Schwerpunktthema (z.B. Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in Heimen) gelegt werden. Die Auswahl der Bereiche, die vertieft überprüft werden sollen, kann insbesondere aufgrund der Vorgeschichte (Resultat kennzahlenbasierte Beurteilung, Anzeigen, Erfahrungen in der Zusammenarbeit) erfolgen.

Falls erforderlich, hat der Betrieb korrigierende Massnahmen einzuleiten, um Mängel zu beheben und den Anforderungen zu entsprechen. Da die aus Kontrollen gesammelten Erkenntnisse nur Momentaufnahmen sein können, stellen die aufgelisteten Mängel nicht notwendigerweise sämtliche Abweichungen von den einzuhaltenden Regeln dar. Die Verantwortung für die Konformität des Qualitätssicherungssystems liegt immer beim Betrieb.

Absatz 2

Das Ausmass eines festgestellten Risikos (Risikofaktor) bestimmt den Zeitpunkt der nächsten Kontrolle. Die zuständige Aufsichtsbehörde legt selber fest, unter Berücksichtigung der Anzahl der Leistungserbringer, der vorhandenen Personalressourcen für die Aufsicht, der Vulnerabilität der betroffenen Personen und der Prüfkriterien (Umfang, Tiefe der Überprüfung).

Artikel 74 (Information der Betroffenen):

Absatz 1

Die zuständigen Aufsichtsbehörden der GSI stellt sicher, dass die betroffenen Personen informiert werden, wenn eine Betriebsbewilligung entzogen werden muss. Sie stellt zudem sicher, dass weitere vom Bewilligungsentzug betroffene Behörden (z.B. KESB) oder Personen informiert werden.

Absatz 2

Erteilt, ändert oder entzieht eine zuständige kommunale Behörde eine Bewilligung für einen privaten Haushalt, so sind zusätzlich zu den Adressaten nach Absatz 1 auch die zuständigen Behörden der GSI zu informieren.

4. Aus- und Weiterbildung

Artikel 75 bis Artikel 82:

Die Artikel 75 bis 82 übernehmen die aufzuhebenden Artikel 31a bis 31h SHV unverändert. Einzig die bisher in den Anhängen 2 bis 5 zur SHV erlassenen Inhalte (Anhang 2: an welchen nichtuniversitären Gesundheitsberufen müssen sich die Leistungserbringer beteiligen; Anhang 3: Standards für

¹⁷ Gesetz vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (Verwaltungsrechtspflegegesetz, VRPG; BSG 155.21)

die einzelnen Gesundheitsberufe; Anhang 4: Gewichtung der Aus- und Weiterbildungen; Anhang 5: Abgeltungen für die Aus- und Weiterbildungen) werden auf Direktionsstufe delegiert (kongruent zur Regelung in der SpVV, die derzeit ebenfalls überarbeitet wird).

Artikel 83 (Ausgleichszahlung):

Absatz 1 entspricht dem bisherigen Artikel 31i SHV.

Absatz 2

Nachdem das Gesundheitsamt festgestellt hat, dass es eine Ausgleichszahlung einfordern muss, gilt es nun deren Höhe zu berechnen. Berechnet wird die Differenz zwischen der tatsächlich zustehenden Abgeltung (d.h. der Abgeltung für die effektiv geleistete Aus- und Weiterbildungsleistungen) und der Abgeltung, welche dem Leistungserbringer ausbezahlt wurde. Die Höhe der Ausgleichszahlung entspricht dem Dreifachen dieser Differenz. Sie ist zusätzlich zu der Rückzahlung gemäss Artikel 82 Absatz 2 zu entrichten.

Absatz 3

Mit der vorliegenden Anpassung wird der Berechnungsmodus zur Ermittlung der Ausgleichszahlung im Einverständnis mit der Branche neu geregelt. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die vom Regierungsrat bezeichneten Aus- und Weiterbildungen für die nichtuniversitären Gesundheitsberufe unterschiedlich entschädigt werden, wird die Ausgleichszahlung nicht mehr aufgrund der Differenz zwischen der im Leistungsvertrag errechneten Abgeltung in Franken und der aufgrund der effektiven Ausbildungsleistung erzielten Abgeltung in Franken berechnet. Neu wird dafür die prozentuale Differenz zwischen im Leistungsvertrag festgelegter und im Rechnungsjahr erbrachter effektiver Aus- und Weiterbildungsleistung in Punkten zur massgebenden Berechnungsgrösse der Ausgleichszahlung. Überschreitet ein Leistungserbringer den vom Regierungsrat festgelegten Toleranzwert, wird die festgestellte prozentuale Punktedifferenz mit der im Leistungsvertrag errechneten Abgeltung in Franken multipliziert. Für die Festlegung der Ausgleichszahlung wird dieser Wert dann verdreifacht.

Mit dieser Regelung ist nun ein direkter Zusammenhang zwischen der erbrachten Ausbildungsleistung und der Berechnung der Ausgleichszahlung hergestellt, indem die prozentuale Leistungsabweichung zum massgebenden Faktor wird. Die unterschiedlichen Abgeltungen für die einzelnen Ausbildungsleistungen haben somit keinen Einfluss mehr auf die Berechnung der Ausgleichszahlung. Die Berechnung der Ausbildungsleistung mit diesen Abgeltungspauschalen pro Praktikumswochen erfolgt unverändert.

Der in Absatz 3 beschriebene Fall zur Berechnung der Ausgleichszahlung kann ersatzlos gestrichen werden. Die im Absatz 2 aufgeführte neue Berechnung der Ausgleichszahlung deckt den bisher in Absatz 3 formulierten Ausnahmefall mit ab.

Die Berechnung der Ausgleichszahlung kann mit folgendem fiktiven Beispiel veranschaulicht werden:

Verfügte Ausbildungsleistung (Ausbildungspunkte)	210 Punkte
Durch den Regierungsrat festgelegter Toleranzwert	10 %
Fällige Ausbildungsleistung	189 Punkte
Erreichte Ausbildungsleistung	173 Punkte (82.38 %)
Prozentuale Differenz zwischen verfügbarer und erreichter Leistung	17.62 %
Fällige Ausbildungsleistung unterschritten (ja / nein)	Ja
Ausgleichszahlung (ja / nein)	Ja

Verfügte Ausbildungsentschädigung	CHF 22'500.--
Davon 17.62 %	CHF 3'964.50
Ausgleichszahlung = dreifache Differenz	CHF 11'893.50

Absatz 4: Das Gesundheitsamt legt die Ausgleichszahlung durch Verfügung fest. Die Leistungserbringer haben die Ausgleichszahlung innert der in der Verfügung genannten Frist zu bezahlen.

5. Lastenausgleich

Artikel 84 (Aufwand des Kantons):

Artikel 84 übernimmt den Gehalt von Artikel 32 SHV, der indessen noch nicht aufgehoben werden kann, solange auch die Artikel 25 sowie 26 bis 31 SHV in Kraft bleiben. Letzteres ist erforderlich, da die Finanzierung sozialer Leistungsangebote für Menschen mit einer Behinderung bis zum Inkrafttreten des BLG weiterhin gemäss SHG und SHV erfolgt.

Artikel 85 (Aufwand der Gemeinde):

Artikel 85 übernimmt Artikel 41 SHV, der in der Folge aufgehoben wird.

Artikel 86 (Abrechnung mit der zuständigen Stelle):

Die Abrechnung erfolgt entweder mit dem Amt für Integration und Soziales oder mit dem Gesundheitsamt. Im Übrigen gelten die Bestimmungen nach den Artikeln 42 bis 44 SHV sinngemäss.

6. Art, Umfang und Zeitpunkt der Datenlieferung

Artikel 87

Die Leistungserbringer und Gemeinden liefern der zuständigen Stelle der GSI die Daten nach Artikel 114 SLG.

7. Schlussbestimmungen

Artikel 88 (Änderung von Erlassen):

Ziffer 1

Verordnung vom 24. Oktober 2001 über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfeverordnung, SHV; BSG 860.111)

Artikel 8h (Obligatorische Krankenpflegeversicherung)

Absatz 2a

Artikel 8h definiert diejenigen Leistungen, die Sozialhilfebeziehende zusätzlich zur ordentlichen Prämienverbilligung gemäss kantonaler Krankenversicherungsverordnung erhalten. Absatz 1 regelt den Fall, dass eine Person bereits vor dem Sozialhilfebezug im Kanton Bern wohnte. Der neue Absatz 2a regelt nun auch den Fall, dass eine Person aus einem anderen Kanton in den Kanton Bern zuzieht und bereits

im anderen Kanton Sozialhilfe bezog. Gemäss Artikel 8 Absatz 1 der Verordnung über den Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (VPVK)¹⁸ besteht der Anspruch auf Prämienverbilligung für die ganze Dauer des Kalenderjahres nach dem Recht des Kantons, in dem die versicherte Person am 1. Januar ihren Wohnsitz hatte. Dieser Wegzugskanton verbilligt somit die Prämien für das ganze verbleibende Kalenderjahr. Das heisst, bei ausserkantonale zugezogenen bedürftigen Personen ist das bernische Amt für Sozialversicherungen erst ab 1. Januar des Folgejahres für die Ausrichtung der Prämienverbilligung zuständig. Ausserkantonale zugezogene Personen, die sozialhilfebedürftig sind, erhalten somit ab Zuzugsdatum in den Kanton Bern unter Umständen bis zum Ablauf des Kalenderjahres vom Wegzugskanton eine tiefere Prämienverbilligung als jene, die sie im Kanton Bern erhalten würden, denn die Höhe der Prämienverbilligung hängt von den rechtlichen Bestimmungen des Wegzugkantons ab. Zudem kommt es in der Praxis leider auch vor, dass der Wegzugskanton ab dem Datum des Wegzugs die Prämienverbilligung überhaupt nicht mehr zahlt, obschon er sie gemäss dem erwähnten Artikel 8 Absatz 1 VPVK noch bis zum Ende des Kalenderjahres zahlen müsste. Absatz 2a regelt nun für diese beiden Fälle, dass der bernische Sozialdienst die Differenz zum Prämienanteil gemäss Artikel 8h Absatz 1 SHV noch zusätzlich gewährt. Im Gegenzug sorgt der bernische Sozialdienst aber dafür bzw. unterstützt die sozialhilfebeziehenden Personen dabei, beim Wegzugskanton die Prämienverbilligung geltend zu machen, die dieser gemäss VPVK noch bis zum Ende des Kalenderjahres bezahlen muss. Zu diesem Zweck tritt ihm die bedürftige Person ihre Forderung gegenüber dem Wegzugskanton ab. Der Sozialdienst setzt damit das Subsidiaritätsprinzip nach Artikel 9 Absatz 2 SHG gegenüber dem Wegzugskanton durch.

Artikel 8h1 (Medizinische Notfallbehandlungen, 1. Ausserordentlicher Fall)

Absatz 1

Wenn bedürftige Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz in eine medizinische Notlage geraten, haben sie Anspruch auf Hilfeleistung¹⁹. In diesen Fällen ist häufig unklar, ob eine genügende Versicherung besteht oder die Betroffenen die Kosten aus eigenen Mitteln begleichen können. Darüber hinaus ist es in ausserordentlichen Notfällen nicht möglich, dass bedürftige Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz vorläufig einen Antrag auf Sozialhilfe bei der zuständigen Aufenthaltsgemeinde²⁰ stellen. Mit Artikel 57I SHG wurde neu eine Grundlage geschaffen, wonach unter bestimmten Voraussetzungen ein im Kanton Bern gelegenes Listenspital oder Listengeburtshaus beim zuständigen Sozialdienst (d.h. Sozialdienst derjenigen Gemeinde, in der die Bedürftigkeit entsteht) ein Gesuch um Kostengutsprache einreichen kann. Diese Aufwendungen werden über den Lastenausgleich Soziales getragen.

Nach Absatz 1 liegt ein ausserordentlicher Fall vor, wenn ein medizinischer Notfall sofort stationär behandelt werden muss. Die Definition des stationären Aufenthalts richtet sich hierbei nach Artikel 3 der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)²¹.

Absatz 2

Eine Behandlung ist sofort erforderlich, wenn mit einer Erstversorgung ein akuter lebensbedrohlicher Zustand zu beseitigen ist, um die betroffene Person danach in den Wohn- oder Heimatstaat zu verlegen (Transportfähigkeit). Wegen des lebensbedrohlichen Zustands der betroffenen Person ist es selbstredend zeitlich nicht möglich, vor der Behandlung abzuklären, wer die Kosten trägt. Das Ziel der Behandlung ist somit die möglichst umgehende Verlegung der betroffenen Person in den Wohn- oder Heimatstaat: Das Leben der Person ist zu retten, aber danach ist sie möglichst schnell transportfähig zu machen, während die eigentliche Heilung oder Therapie nicht zur medizinischen Notfallbehandlung

¹⁸ Verordnung vom 7. November 2007 über den Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (VPVK; SR 832.112.4)

¹⁹ Vgl. Artikel 21 und 13 ZUG (Bundesgesetz über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger; SR 851.1); Dass Personen Anspruch auf Hilfeleistung im medizinischen Notfall haben, kann auch Auslandschweizerinnen und Auslandschweizer ohne Schweizer Wohnsitz betreffen, die sich vorübergehend in der Schweiz aufhalten. Bei Auslandschweizerinnen und -schweizer bleibt allerdings eine allfällige Unterstützung des Bundes gemäss dem Bundesgesetz über Schweizer Personen und Institutionen im Ausland (Auslandschweizergesetz, ASG, SR 195.1) vorbehalten

²⁰ Als Aufenthaltsgemeinde gilt diejenige Gemeinde, in der die Bedürftigkeit aufgetreten ist.

²¹ SR 832.104

nach Artikel 8h1 gehört. Ob eine Behandlung nach Absatz 2 sofort erforderlich ist, entscheidet abschliessend eine Ärztin oder ein Arzt. Behandlungen, die über den in Absatz 2 definierten Umfang hinausgehen, gelten nicht mehr als sofort erforderlich.

Artikel 8h2 (2. Gesuch um Kostengutsprache)

Absatz 1

Das Verfahren, um zwischen Leistungserbringern und Sozialdiensten die Kosten für den ausserordentlichen Fall einer medizinischen Notfallbehandlung abzurechnen, richtet sich nach der BSIG Nr. 8/860.1/8.1²², d.h. den vom AIS zur Verfügung gestellten Formularen.

Absatz 2

Damit der Sozialdienst beurteilen kann, ob es sich um Kosten für medizinische Notfallbehandlungen handelt, muss das Listenspital oder das Listengeburtshaus alle erforderlichen Unterlagen einreichen (vgl. die in Art. 20 VRPG²³ verankerte Mitwirkungspflicht). Dazu gehören die Personalien der bedürftigen Patientin oder des Patienten wie auch die ärztliche Bestätigung, wonach eine medizinische Notfallbehandlung erfolgt ist (Buchstabe a).

Dass eine Bedürftigkeit der betroffenen Person vorliegt, ist auch bei subsidiären Kostengutsprachen Voraussetzung für die Kostentragung durch die Sozialhilfe. Die medizinischen Leistungserbringer (d.h. die im Kanton Bern gelegenen Listenspitäler und Listengeburtshäuser, vgl. Art. 57I SHG) müssen die Kosten direkt bei der betroffenen Person in Rechnung stellen. Diese Leistungserbringer haben vorgängig zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient Depot- oder Sofortzahlungen leisten kann. Zudem müssen sie abklären, ob sie die Kosten bei Dritten, insbesondere von Kranken-, Reise- oder Unfallversicherungen oder Verwandten der betroffenen Personen, geltend machen können. Wichtig zu beachten ist, dass EU/EFTA-Bürgerinnen und Bürger in der Regel über einen Kranken- und Unfallversicherungsschutz verfügen. Deshalb müssen die Leistungserbringer ihre Abrechnungen in solchen Fällen in erster Linie bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG (GE KVG²⁴) in Solothurn einreichen (Buchstabe b).

Weiter müssen die medizinischen Leistungserbringer ein internationales Inkasso durchgeführt haben, um gegenüber dem bernischen Sozialdienst die Uneinbringlichkeit der Forderung zu belegen (Buchstabe c). Wenn die materielle Bedürftigkeit der betroffenen Person nicht geklärt werden kann, trägt der medizinische Leistungserbringer das Kostenrisiko.

Artikel 8l

Absatz 1

Artikel 30 SHG regelt die wirtschaftliche Hilfe und die Einschränkung derselben. Einschränkungen gelten nach Artikel 30 Absatz 2 SHG für Personen, die aufgrund staatsvertraglicher Regelungen keinen Anspruch auf Sozialhilfe geltend machen können, die sich illegal in der Schweiz aufhalten oder die auf der Durchreise sind. Obwohl in Artikel 30 Absatz 2 SHG nicht erwähnt, gelten wegen des Vorrangs von Bundesrecht zudem auch Einschränkungen für Personen, denen das Bundesrecht keinen Anspruch auf Sozialhilfe gibt.

Gerade der seit der Inkraftsetzung des bisherigen Artikels 8l SHV im Bundesrecht neu geschaffene Artikel 61a AIG regelt in Absatz 3, dass bestimmte Personen keinen Anspruch auf Sozialhilfe haben. Diesen Personen verbleibt nur noch der Anspruch auf Hilfe in Notlagen gemäss Artikel 12 BV. Die neuen Buchstaben b, d und e von Artikel 8l SHV berücksichtigen diese Änderungen des AIG. Als Personen ohne Aufenthaltsrecht (gemäss Buchstabe d) fallen Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz in Betracht, Personen mit hängigem Gesuch um Aufenthaltsbewilligung, die den Verfahrensausgang nicht in der Schweiz abwarten dürfen, Personen mit abgelaufener Aufenthaltsbewilligung oder Personen mit

²² <http://www.bsig.jgk.be.ch/bsig-2010-web/bsig/fileDownload?documentId=277&LANGUAGE=de>

²³ Gesetz vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21)

²⁴ www.kvg.org

rechtskräftigem Wegweisungsentscheid sowie abgelaufener Ausreisefrist (Widerruf bzw. Nichtverlängerung der Bewilligung oder Landesverweisung).

Absatz 2

Personen ohne Anspruch auf ordentliche wirtschaftliche Hilfe nach Artikel 30 Absatz 1 SHG haben nach Artikel 12 BV²⁵ Anrecht auf Hilfe in Notlagen (d.h. Nothilfe), wenn sie bedürftig sind. Die Hilfe in Notlagen umfasst gemäss Artikel 12 BV die «Mittel, die für ein menschenwürdiges Dasein unerlässlich sind». Die konkrete Ausgestaltung der Nothilfe obliegt mit Blick auf Artikel 115 BV sowie mit Blick auf Lehre und Rechtsprechung den Kantonen.²⁶ Der neue Artikel 8I Absatz 2 SHV unterscheidet, ob für eine Person in der Nothilfe die Rückreise ins Herkunftsland nicht möglich oder nicht zumutbar ist (Buchstabe a) oder ob die Rückreise möglich und zumutbar ist (Buchstabe b).

Wenn die Rückreise in den Heimatstaat nicht möglich oder nicht zumutbar ist (Buchstabe a), besteht die Nothilfe aus einer Pauschale für Nahrung und Kleidung, aus der medizinischen Grundversorgung und aus den Kosten für eine angemessene Unterbringung. Ob eine Unterkunft angemessen ist, hängt von den individuellen Umständen der bedürftigen Person ab: Dies können beispielsweise Unterbringungskosten (für eine Einzelperson) in einer Notunterkunft oder (für Familien mit Kindern) die regulären Mieten im Rahmen des Sozialhilferechts sein. Zur erwähnten medizinischen Grundversorgung (diesen Begriff verwendet bereits der bisherige Artikel 8I Absatz 2) gehört auch die Prämie für die Krankenversicherungsprämie, sofern im KVG für die Person ein Versicherungsobligatorium verankert ist (Vorrang des Bundesrechts).

Wenn die Reise in das Herkunftsland möglich und zumutbar ist (Buchstabe b), muss diese schnellstmöglich angetreten werden. Bis dahin wird die Person nach Buchstabe a unterstützt. Nur für den Reisetag gilt Buchstabe b.

Absatz 3

Die verfassungsmässig garantierte Hilfe in Notlagen ist in Artikel 12 BV geregelt. Das Bundesgericht hat sich verschiedentlich mit der Bedeutung dieses Artikels auseinandergesetzt und die Regelungen überprüft. Dabei wurde festgehalten, dass auf die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Personen verhältnismässig Rücksicht zu nehmen ist. Dies bedeutet, dass individuell-konkrete Situationen mit gesundem Menschenverstand einzuschätzen sind (bei Bedarf mit Hilfe von weiteren Fachpersonen, ärztlichen Zeugnissen etc.). Zu denken ist beispielsweise daran, dass ein gesunder junger Mann nicht die gleichen medizinischen Bedürfnisse hat wie eine schwangere Frau oder ein über 70-jähriger, sehbehinderter Mann. Auch der Situation von Kindern ist im Rahmen der Möglichkeiten verhältnismässig Rechnung zu tragen. Bei der Anwendung dieses Individualisierungsgrundsatzes ist es unabdingbar, den Zweck der Nothilfe nicht aus den Augen zu verlieren. Die Nothilfe beschränkt sich auf das minimal Notwendigste und dient lediglich zur Behebung der konkret vorliegenden Notsituation. Sie ist als vorübergehende Hilfe bis zur Ausreise der betroffenen Personen gedacht.

Artikel 8o (Referenzzinssatz bei Mietverhältnissen)

Absatz 1

Die als Postulat überwiesene Motion 027-2014 (Müller, „Anpassung der Mietzinse an den Referenzzinssatz“) fordert die Anpassung der Mietzinse von Sozialhilfebeziehenden an den Referenzzinssatz, die Anpassung der Mietzinse von EL-Beziehenden an den Referenzzinssatz und eine Anrechnung der Einsparungen an die Motion 260-2012 „Kostenoptimierung in der Sozialhilfe“. Der Grosse Rat hat anlässlich seiner Beratung vom 3. September 2014 alle drei Punkte als Postulat überwiesen. Unter den Rednerinnen und Rednern bestand Einigkeit darüber, eine pragmatische und einfache Umsetzung des Anliegens in Auftrag zu geben.

Nach dem neuen Artikel 8o Absatz 1 sind die Sozialdienste nun verpflichtet, die Mietverhältnisse der bedürftigen Personen regelmässig zu überprüfen.

²⁵ Bundesverfassung vom 18. April 1999 der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101)

²⁶ Ehrenzeller, St. Galler Kommentar zu Art. 12 BV, Rz. 25

Absatz 2

Kommt der Sozialdienst zum Schluss, dass dem Mietverhältnis ein tieferer Referenzzinssatz zu Grunde zu legen ist, so berät und unterstützt er die bedürftige Person (d.h. die Person, auf die der Mietvertrag lautet) bei der Geltendmachung des tieferen Zinssatzes, soweit die bedürftige Person auf diese Beratung und Unterstützung angewiesen ist. Entsprechend dem Individualisierungsprinzip hat der Sozialdienst aber weiterhin die Möglichkeit, nach Würdigung der Gesamtsituation darauf zu verzichten, die Klientel zur Durchsetzung von Senkungsansprüchen aufzufordern bzw. sie dabei zu unterstützen. Steigen die Referenzzinssätze, wird der Sozialdienst selbstredend nicht aktiv.

Artikel 10a (Verzicht auf Errichtung eines Grundpfands)

In Artikel 34 Absatz 1 Buchstabe a SHG wird neu festgehalten: «Verfügt die bedürftige Person über Grundstücke, ist mit ihr grundsätzlich ein Vertrag auf Errichtung eines Grundpfandrechts abzuschliessen.»

Dass «grundsätzlich» ein Vertrag abzuschliessen ist, bedeutet auch, dass in bestimmten Konstellationen ein Verzicht auf den Abschluss zulässig sein kann, denn es ist nicht in jedem Fall nötig oder sinnvoll, einen kostenpflichtigen Eintrag des Vertrags im Grundbuch vorzunehmen. Artikel 10a SHV regelt unverändert die gleichen drei Tatbestände, bei denen auf die vertragliche Errichtung eines Grundpfandrechts verzichtet werden kann. Die drei Verzichtstatbestände sind davon geprägt, dass die Wirtschaftlichkeit und die persönlichen Umstände zu berücksichtigen sind. Es kann beispielsweise sein, dass zum Zeitpunkt des Eintritts der Bedürftigkeit bereits feststeht, dass die Person in absehbarer Zeit (bspw. in sechs Monaten) nicht mehr bedürftig sein wird (Buchstabe a), beispielsweise wenn die Klientel mit hoher Wahrscheinlichkeit in ein paar Monaten Sozialversicherungsleistungen erhalten wird, mit denen sie selbständig wird leben und die Liegenschaft erhalten können. Auch kann es vorkommen, dass der Verkauf des Grundstücks bereits feststeht (Buchstabe b). Zudem können die Sozialdienste auf ein vertraglich errichtetes Grundpfand verzichten, wenn der amtliche Wert des Grundstücks unter CHF 50'000 liegt (Buchstabe c). Die Sozialdienste können somit nach Ermessen in Einzelfällen darauf verzichten, ein Grundpfand zu errichten, soweit sich der Einzelfall unter einen der drei in Artikel 10a verankerten Verzichtstatbestände subsumieren lässt.

Artikel 10b (Verwandtenunterstützung bei Vermögensverzicht; 1. Grundsatz)

Absatz 1

Die Motion 236-2015 Müller (Langenthal SP) verlangt, dass in Fällen von Erbvorbezug, Schenkungen und Übertrag von Eigentum strengere Einkommens- und Vermögenslimiten gelten sollen. Der Grosse Rat hat die Motion zur Umsetzung überwiesen.

Oft tätigen Personen zu einem Zeitpunkt, an welchem noch keine finanzielle Notlage besteht, Schenkungen an ihre Nachkommen. Diese Personen haben in der Folge häufig keinen oder einen reduzierten Anspruch auf Ergänzungsleistungen, da ihr Vermögensverzicht als Einnahme angerechnet wird (Art. 11a ELG²⁷). Tritt in solchen Fällen eine Bedürftigkeit auf, die zu einem Sozialhilfeanspruch führt, muss der Sozialdienst prüfen, ob die Verwandten unterstützungspflichtig werden. Unterstützungspflichtig sind Verwandte in auf- und absteigender Linie, die in günstigen Verhältnissen leben (Art. 328 Abs. 1 ZGB). Bei der Berechnung von Verwandtenunterstützung sind in den SKOS-Richtlinien²⁸ relativ grosszügige Einkommens- und Vermögenslimiten vorgesehen. Die begünstigten Verwandten sind nun aber gemäss der erwähnten Motion vermehrt zur Verwandtenunterstützung zu verpflichten. Diese Vorgabe will der Regierungsrat mit den neuen Artikeln 10b bis 10d erfüllen. Er ist sich aber bewusst, dass die Verwandtenunterstützungspflicht und damit auch ihre Höhe letztlich Bundesmaterie ist (Art. 328 und 329 ZGB) und Verwandtenunterstützungsbeiträge im Streitfall nicht mittels Beschluss der Sozialhilfebehörden von den Verwandten eingefordert werden können.²⁹ Können sich der Sozialdienst und die Verwandten nicht einigen, ist eine Zivilklage zu erheben. Bei der Geltendmachung der Verwandtenunterstützung müssen die Verhältnisse im Einzelfall

²⁷ Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30).

²⁸ Kapitel F.4 und H. 4 der SKOS-Richtlinien in der Fassung der vierten überarbeiteten Ausgabe vom April 2005 mit den Ergänzungen 12/05, 12/07, 12/08, 12/10, 12/12, 12/14, 12/15 und 12/16.

²⁹ Vgl. Antwort des Regierungsrates zur Motion 236-2015 Müller (Langenthal SP)

genau geprüft werden. Beispielsweise kann im Einzelfall die finanzielle Situation einer verwandten Person anhand der letzten verfügbaren Steuerdaten nicht der aktuellen und effektiven finanziellen Situation entsprechen. In solchen Fällen kann es angezeigt sein, auf die effektiven Einkommens- und Vermögensverhältnisse abzustellen und den Unterstützungsbeitrag entsprechend anzupassen.

Absatz 2

Zur Bestimmung, ob bereicherte Verwandte in günstigen Verhältnissen leben, sind die Einkommens- und Vermögenslimiten nach Artikel 10c und 10d anzuwenden.

Absatz 3

Können sich die bereicherten Verwandten und der Sozialdienst nicht über die Verwandtenunterstützungspflicht einigen, muss der Sozialdienst diese klageweise vor dem Zivilgericht geltend machen (vgl. die vorstehenden Ausführungen zu Absatz 1).

Artikel 10c (2. Berechnung des anrechenbaren Einkommens)

Absatz 1

Das anrechenbare Einkommen besteht aus dem steuerbaren Einkommen nach dem Bundesgesetz vom 14. Dezember 1990 über die direkte Bundessteuer (DBG)³⁰ und dem Vermögensverzehr.

Absatz 2

Der Vermögensverzehr ergibt sich aus dem steuerbaren Vermögen minus eines Freibetrags nach Absatz 3; der verbleibende Betrag wird gemäss den Umwandlungsquoten nach Absatz 4 in den jährlichen Vermögensverzehr umgerechnet.

Absatz 3

Vom steuerbaren Vermögen nach dem Bundesgesetz über die direkte Bundessteuer sind bei Verwandten nach Artikel 10b Absatz 1 folgende Beträge abzuziehen: Für Alleinstehende CHF 125'000, für Verheiratete oder für in registrierter Partnerschaft lebende Verwandte CHF 250'000 und pro Kind (minderjährig oder in Ausbildung) CHF 20'000. Der Regierungsrat legte die Höhe dieser Abzüge mit Blick auf folgendem Umstand fest: Wie in den Ausführungen zu Absatz 1 erwähnt, sind bei der Berechnung von Verwandtenunterstützung in den SKOS-Richtlinien³¹ relativ grosszügige Einkommens- und Vermögenslimiten vorgesehen. Die begünstigten Verwandten sind nun aber gemäss der erwähnten Motion 236-2015 Müller (Langenthal SP) vermehrt zur Verwandtenunterstützung zu verpflichten.

Absatz 4

Für die Berechnung des Vermögensverzehrs wird die in Absatz 4 festgelegte Umwandlungsquote angewendet. Diese Umwandlungsquote orientiert sich an den SKOS-Richtlinien³².

Artikel 10d (3. Anrechenbares Einkommen)

Die Grenze des anrechenbaren Einkommens, ab welcher Verwandte unterstützungspflichtig werden, beträgt für alleinstehende Verwandte CHF 60'000 und für verheiratete Verwandte oder Verwandte, die in einer registrierten Partnerschaft leben CHF 90'000. Es wird pro Kind (minderjährig oder in Ausbildung) um CHF 10'000 erhöht.

³⁰ SR 642.11

³¹ Kapitel F.4 und H. 4 der SKOS-Richtlinien in der Fassung der vierten überarbeiteten Ausgabe vom April 2005 mit den Ergänzungen 12/05, 12/07, 12/08, 12/10, 12/12, 12/14, 12/15 und 12/16.

³² Kapitel F.4 und H. 4 der SKOS-Richtlinien in der Fassung der vierten überarbeiteten Ausgabe vom April 2005 mit den Ergänzungen 12/05, 12/07, 12/08, 12/10, 12/12, 12/14, 12/15 und 12/16.

Artikel 11c1 (Sicherheitsleistungen bei Wohnungsmieten)

Absatz 1

Die SKOS-Richtlinien³³ sehen vor, dass Sicherheitsleistungen in Form von Mietzinskautionen und -versicherungen im Rahmen der Wohnkosten als wirtschaftliche Hilfe zu übernehmen sind. Nach Artikel 8 Absatz 1 SHV gelten die SKOS-Richtlinien, soweit das SHG und die SHV keine andere Regelung vorsehen. Im Kanton Bern gelten demgegenüber Mietzinskautionen und –versicherungen gemäss ständiger Praxis nicht als wirtschaftliche Hilfe und gehen zu Lasten der Klientel. Sofern notwendig, leistet der Sozialdienst gemäss dieser Praxis Vorschüsse für Mietkautionen, die ratenweise mit der laufenden wirtschaftlichen Hilfe verrechnet werden. Diese Handhabung soll weitergeführt werden und muss daher mit Blick auf den erwähnten Artikel 8 Absatz 1 SHV in der SHV verankert werden.

Gemäss dem neuen Artikel 11c1 Absatz 1 SHV können somit Sozialdienste der bedürftigen Person einen angemessenen Betrag vorschliessen, wenn diese eine Sicherheit für die Wohnungsmiete leisten muss. Dies kann der Fall sein, wenn beispielsweise der Vermieter eine blosser Garantieverklärung nicht akzeptiert. Welcher vorgeschossene Betrag als angemessen gilt, richtet sich nach Artikel 257e Absatz 2 des Obligationenrechts (OR), wonach der Vermieter höchstens drei Monatszinse als Sicherheit verlangen darf.

Absatz 2

Mietkautionen und -versicherungen gelten wie erwähnt nach bernischer Praxis nicht als wirtschaftliche Hilfe und gehen daher zulasten der Klientel. Leistete der Sozialdienst einen Vorschuss, vereinbart er mit der bedürftigen Person Abzahlungsraten und verrechnet diese mit der laufenden wirtschaftlichen Hilfe. Die Höhe der Rate beachtet das Bedarfsdeckungsprinzip, d.h. die bedürftige Person muss mit dem Rest der wirtschaftlichen Hilfe ihren Bedarf immer noch decken können.

Bezüglich der Verrechnung von Forderungen im Sozialhilferecht hält Guido Wizent (Sozialhilferecht, DIKE Verlag 2020) in Note 818 fest: «Eine Forderung auf Rückerstattung kann mit der laufenden Unterstützung desselben Gemeinwesens ratenweise verrechnet werden: In der schweizerischen Sozialhilfepraxis wird nicht nur die Rückerstattung nach einer Ablösung, sondern grundsätzlich auch die Rückerstattung während der laufenden Unterstützung mittels ratenweiser Verrechnung als zulässig erachtet, sofern dem Bedarfsdeckungsprinzip Genüge getan wird. Letzteres wird verletzt, wenn der Grundsatz der Verhältnismässigkeit nicht berücksichtigt wird.»

Dass Wizent die Verrechnung einer Rückerstattungsforderung nennt, während bei der Mietkaution keine Rückerstattungsforderung, sondern ein Vorschuss verrechnet wird, macht in rechtlicher Hinsicht keinen Unterschied, denn es ist nicht massgebend, aus welchem Grund die Forderungen entstanden, die nun verrechnet werden. So sind beispielsweise auch Sanktionen verrechenbar (vgl. Wizent, a.a.O., Noten 819 und 820). Massgebend ist, dass eine Verrechnungssituation vorliegt: Die bedürftige Person hat eine Forderung (wirtschaftliche Hilfe) gegenüber dem Sozialdienst und der Sozialdienst hat eine Forderung (Abzahlungsrate) gegenüber der bedürftigen Person. Die Verrechnung der Abzahlungsrate mit wirtschaftlicher Hilfe ist daher analog zu den Ausführungen und dem Beispiel in «Sozialhilferecht», Guido Wizent, (2020 DIKE Verlag) Note 818 zulässig, so lange der Sozialdienst das Bedarfsdeckungsprinzip einhält.

Im öffentlichen Recht sind Verrechnungen generell zulässig, ohne dass sie in einem formellen Gesetz des öffentlichen Rechts verankert sein müssen (vgl. Häfelin/Haller/Müller, allgemeines Verwaltungsrecht, 8. Auflage, DIKE Verlag 2020, Noten 160, 787 und 791).

Absatz 3

Kann sich die bedürftige Person von der Sozialhilfe ablösen oder endet die Zuständigkeit des Sozialdienstes, so ist nach Möglichkeit entweder der Restbetrag der Schuld an den Sozialdienst zurückzuzahlen (Buchstabe a) oder die vereinbarten Ratenzahlungen - wie in der Vereinbarung nach Absatz 2 festgehalten – weiterhin zu leisten, bis der Gesamtbetrag abbezahlt ist (Buchstabe b).

³³ SKOS-Richtlinien in der Fassung der 5. Ausgabe vom 1. Januar 2021.

Artikel 14 (2 Unterstützungsanzeigen)

Das ZUG hat die Rückerstattungspflicht der Heimatkantone aufgehoben. Aus diesem Grund ist die vorliegende Bestimmung anzupassen: Wenn bernische Sozialdienste wirtschaftliche Hilfe ausgerichtet haben und feststellen, dass die Zuständigkeit nach ZUG³⁴ nicht gegeben ist (beispielsweise Kompetenzkonflikte im Bereich Platzierungen von minderjährigen Kindern) sowie Notfälle von Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Kantons Bern, müssen sie dies dem AIS so rasch als möglich mittels amtlichem Formular melden.

Artikel 23d (Berichterstattung)

Absatz 1

Nach bisherigem Absatz 1 erstatteten die Sozialdienste dem Amt für Integration und Soziales (AIS) Ende jeden Kalenderjahres Bericht über die durchgeführten Sozialinspektionen. Nach Artikel 50g Absatz 4 SHG erstatten aber die Trägerschaften der Sozialdienste Bericht. Daher wird Absatz 1 von Artikel 23 SHV entsprechend präzisiert.

Artikel 24

Diese Bestimmung wird aufgehoben, weil sie auf die Heimverordnung (HEV) verwies, die aber mit der Inkraftsetzung der Gesetzgebung über die sozialen Leistungsangebote (SLG und SLV) aufgehoben wird.

Artikel 25a bis 25d

Die bisher im SHG geregelten Leistungsangebote der institutionellen Sozialhilfe werden bis auf die Bereiche, die später im BLG geregelt werden, fortan in der Gesetzgebung über die sozialen Leistungsangebote (SLG und SLV) geregelt und die entsprechenden Bestimmungen im SHG aufgehoben. Daher sind auch die entsprechenden Bestimmungen in der SHV aufzuheben. Wegen des wie erwähnt erst später in Kraft tretenden BLG werden die Artikel 25 sowie 26 bis 31 nicht aufgehoben.

Artikel 31a bis 31i

Die bisher im SHG verankerten Bestimmungen zur Aus- und Weiterbildung durch die Leistungserbringer sowie die ebenfalls dort verankerten Bestimmungen zur theoretischen Aus- und Weiterbildung des Personals der Leistungserbringer wurden mit leichten Abweichungen ins SLG überführt und im SHG aufgehoben. Daher sind auch die entsprechenden Bestimmungen in der SHV aufzuheben.

Artikel 41

Diese Bestimmung wird aufgehoben, weil ihr Regelungsinhalt in die SLV überführt wird.

Ziffer 2

Einführungsverordnung vom 16. September 2009 zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EV ELG)

Artikel 1

Absatz 1

Ersatz des Verweises auf die HEV durch Verweis auf die SLV.

Artikel 15

Absatz 2

Buchstabe a: Ersatz des Verweises auf Artikel 25d SHV durch Verweis auf Artikel 31 SLV.

³⁴ Bundesgesetz vom 24. Juni 1977 über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger (ZUG); SR 851.1.

Artikel 34

Absatz 1

Buchstabe a: Ersatz des Verweises auf die HEV durch Verweis auf die SLV.

Ziffer 3

Verordnung vom 24. Oktober 2001 über die beruflichen Tätigkeiten im Gesundheitswesen (Gesundheitsverordnung, GesV; BSG 811.111)

Artikel 6a

Die Bewilligungsvoraussetzungen für Spitex-Organisationen wurden vom GesG ins SLG verschoben. Die SLV regelt nunmehr diese Thematik, weshalb Artikel 6a aufzuheben ist.

Artikel 89 (Aufhebung eines Erlasses):

Der Regelungsinhalt der HEV wird durch die SLV abgelöst. Die HEV ist demnach aufzuheben.

Artikel 90 (Inkrafttreten):

Die SLV soll per 1. Januar 2022 in Kraft treten.

6. Verhältnis zu den Richtlinien der Regierungspolitik (Rechtsetzungsprogramm) und anderen wichtigen Planungen

Wie das SLG trägt auch die vorliegende Verordnung und deren Umsetzung zur Verwirklichung der in den Richtlinien der Regierungspolitik formulierten Ziele bei. Die vorgeschlagenen Bestimmungen dienen insbesondere der Erreichung von Ziel 3, welches den Kanton für seine Bevölkerung attraktiv machen will und den gesellschaftlichen Zusammenhalt durch eine verstärkte und gezielte Integration von sozial Benachteiligten fördern soll. Ziffer 3.4 der Richtlinien sieht vor, dass die Wirkungsorientierung und das Kostenbewusstsein im Bereich der institutionellen Sozialhilfe [neu: soziale Leistungsangebote] gesteigert werden, entsprechend dem Grundsatz Fordern und Fördern. Zudem schafft die Vorlage Transparenz über die Verwendung öffentlicher Gelder und erlaubt eine gezielte Ressourcensteuerung. Damit wird zu einem nachhaltigen Finanzhaushalt beigetragen, was aus Sicht des Regierungsrates Voraussetzung für die Erreichung der Regierungsziele ist.³⁵

7. Finanzielle Auswirkungen

Die Neuerungen in der Pflegefinanzierungen werden kostenneutral umgesetzt und auch die übrigen Regelungen der SLV ziehen keine finanziellen Auswirkungen nach sich.

Die indirekten Änderungen der SHV können bezüglich der medizinischen Notfallkosten zu Mehrausgaben in der Sozialhilfe führen. Mit Artikel 13 und 21 ZUG besteht bereits heute die gesetzliche Grundlage, dass medizinische Notfallkosten für Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz als wirtschaftliche Sozialhilfe getragen werden können. In den letzten Jahren stand das Thema vermehrt im Fokus der Listenspitäler. Die praktische Ausgestaltung der Geltendmachung erlebten sämtliche Involvierte als unklar und aufwändig. Dies führte dazu, dass die GSI im Jahr 2019 im Rahmen einer BSIG Abläufe und Dokumentvorlagen definierte und zur Verfügung stellte. Insbesondere die Listenspitäler nutzen diese praktischen Hilfsmittel und

³⁵ Richtlinien des Regierungsrates, S. 7 (Finanzpolitisches Umfeld).

machen die erbrachten Leistungen bei den Sozialdiensten geltend. Die GSI geht davon aus, dass die Leistungserbringer zukünftig systematisch die Kostenübernahme beantragen werden. Über sämtliche Spitäler im Kanton Bern wird aufgrund bisheriger Zahlen mit jährlichen Mehrkosten (vor Lastenausgleich) von schätzungsweise rund CHF 2 Mio. gerechnet. Das Volumen des Lastenausgleichs Soziales wird um diesen geschätzten Betrag zunehmen. Die Kosten werden hälftig von allen Gemeinden und zur Hälfte durch den Kanton getragen. Mit der neuen BSIG zur Abrechnung für den Lastenausgleich 2019 wurde in der Sozialhilferechnung eine spezielle Kategorie geschaffen, mit welcher die Gemeinden die Notfallkosten separat ausweisen müssen. Die Bestimmungen zur Überprüfung der Mietverträge auf den tiefst möglichen Referenzzinssatz (Art. 8n) sowie die strengeren Einkommens- und Vermögensgrenzen für die Verwandtenunterstützung bereicherter Verwandten (Art. 10b bis 10d) führen voraussichtlich zu Einsparungen. Diese dürften sich allerdings in eher geringem Umfang bewegen. Das Sparpotenzial lässt sich zur Zeit nicht beziffern. Der Referenzzinssatz wurde letztmals im März 2020 gesenkt. Die möglichen Einsparungen hängen davon ab, ob und wie vielen Mietverträgen in der Sozialhilfe höhere Referenzzinssätze zugrunde liegen. Erfahrungsgemäss bewegen sich ebenfalls die Einnahmen aufgrund der Verwandtenunterstützung in eher geringem Umfang.

8. Personelle und organisatorische Auswirkungen

Die Neuregelungen der SLV ziehen die keine personellen und organisatorischen Auswirkungen nach sich.

Die Neuregelungen im Bereich SHV wirken sich in erster Linie auf die Aufgaben der Sozialdienste aus. In welchem Umfang sich die Regelungen auch auf die kantonalen Behörden auswirken werden, bleibt offen. Eine personelle Aufstockung wird eher nicht notwendig sein.

9. Auswirkungen auf die Gemeinden

Bezüglich der medizinischen Notfallbehandlungen (Art. 8h1 und Art. 8h2) wird davon ausgegangen, dass die Gemeinden unterschiedlich stark mit dieser Thematik konfrontiert werden. Die Listenspitäler machen die medizinischen Notfallkosten vermehrt geltend. Dies führt zu einem gewissen Mehraufwand bei den Gemeinden. Diese Auswirkungen sind bereits heute, aufgrund der bestehenden gesetzlichen Grundlage im ZUG und der BSIG zur Übernahme medizinischer Notfallkosten, spürbar. Die detaillierte gesetzliche Regelung und die praktischen Hilfestellungen sollen den Ablauf vereinfachen und dazu führen, dass die knappen Ressourcen möglichst effizient eingesetzt werden können. Müssen alle bestehenden Mietverträge auf die Referenzzinssätze überprüft werden (Art. 8o), generiert dies für einige Zeit Mehraufwand bei den Sozialdiensten der Gemeinden. Sozialdienste, die noch keinen standardisierten Ablauf implementiert haben, müssen ihre Arbeitsabläufe anpassen. Der Referenzzinssatz wurde letztmals im März 2020 gesenkt. Gesamthaft dürfte sich der Aufwand in Grenzen halten und vorwiegend bei der Durchsetzung einer Senkung des Referenzzinssatzes auftreten. Die tieferen Einkommens- und Vermögensgrenzen für bereicherte Verwandten (Art. 10b bis 10d) sollen den Sozialdiensten mehr Handlungsspielraum schaffen, um bei bedürftigen Personen mit Vermögensverzicht auf die bereicherten Verwandten zurückgreifen zu können. Der Arbeitsaufwand verändert sich dadurch nicht.

10. Auswirkungen auf die Volkswirtschaft

Es ist nicht erkennbar, dass sich die Neuregelungen auf die Volkswirtschaft auswirken werden.

11. Ergebnis der Konsultation

Wird nach Durchführung des Konsultationsverfahrens eingefügt.