



„Analyse der Versorgungskette im Pflegebereich“ Reporting 2017 (Gesamtbericht)

Bericht der Arbeitsgruppe Analyse der Versorgungskette im Pflegebereich

Vom 31. August 2017

Zusammenfassung	5
I. Ausgangslage	7
1. Auftrag und Vorgehen der Arbeitsgruppe Analyse der Versorgungskette im Pflegebereich	7
2. Bericht zur fachlichen Analyse	7
3. Bericht zur finanziellen Analyse.....	8
4. Aufgabenteilung zwischen Kanton und Einwohnergemeinden	8
5. Gesamtbericht	8
II. Reporting Umsetzung fachliche Analyse	10
6. Stand der Umsetzung zu den Empfehlungen aus der Bericht der fachlichen Analyse	10
6.1 Wartepatienten / Übergangspflege	10
6.2 Koordination zur Erarbeitung einer kantonalen Altersstrategie	12
6.3 Gesetz über die EL zu AHV/IV mit Anspruchsgruppe „Personen im betreuten Wohnen“	12
6.4 Themenführung im Bereich pflegerischer Versorgung betagter Menschen mit Behinderung.....	13
6.5 Koordinationsbedarf und dessen Finanzierung	14
6.6 Obsan-Studie als Grundlage für Bedarfsplanung	15
6.7 Absprache KSOW-Strategie hochbetagte Patientinnen und Patienten mit übrigen Leistungserbringern	16
6.8 Ausbau ambulante Pflege, Entlastungs- und Betreuungsleistungen	17
6.9 Konzept für gerontopsychiatrische Versorgung.....	18
6.10 Ausbildungskonzepte sowie Aus- und Weiterbildungskosten gegenüber Restfinanzierern offenlegen	19
6.11 Beibehaltung AG als strategisches Netzwerk.....	20
6.12 Förderung Hausarztmedizin	21
6.13 Aufnahme Steuervorteil für betreuende Angehörige	22
6.14 Diverse Regelungen im Gesundheitsgesetz	23
6.15 Förderung Freiwilligenarbeit	23
6.16 Weitere Erkenntnisse	24
6.16.1 Einbezug der Projekte Palliative Care und Demenz.....	24
III. Finanzielle Analyse	25
7. Vorgehen der Arbeitsgruppe	25
8. Pflegefinanzierung: Entwicklung und Auswirkungen auf die Einwohnergemeinden.....	26
8.1 Grundlagen zur Pflegefinanzierung	26
8.2 Die Ziele	26
8.3 Die Systematik der Pflegefinanzierung in den Alters- und Pflegeheimen	27
8.4 Die Systematik der Pflegefinanzierung in der ambulanten Hilfe und Pflege zu Hause.....	29
8.5 Ergebnisse betreffend Alters- und Pflegeheime	29
8.5.1 Restfinanzierung über alle Heime / Einwohnergemeinden.....	29
8.5.2 CaseMix 2011 – 2014 aller Einwohnergemeinden	31
8.5.3 Entwicklung der stationär pflegebedürftigen Einwohnerinnen und Einwohner in den Einwohnergemeinden	31

8.5.4	Erkenntnisse der AG zur Anzahl der stationären pflegebedürftigen Personen in den Einwohnergemeinden	32
8.6	Ergebnisse betreffend ambulante Hilfe und Pflege Zuhause	32
8.6.1	Restfinanzierung ambulante Hilfe und Pflege Zuhause.....	32
8.6.2	Kantonsbeiträge an die ambulante Hilfe und Pflege zu Hause	33
8.7	Entwicklungsperspektiven in Bezug auf die Pflegefinanzierung	34
8.8	Schlussfolgerungen zu den finanziellen Auswirkungen der neuen Pflegefinanzierung	35
9.	Spitalfinanzierung: Entwicklungen und Auswirkungen auf den Kanton	35
9.1	Grundlagen zur Spitalfinanzierung	35
9.2	Die Ziele	36
9.3	Die Systematik	36
9.4	Ergebnisse betreffend Spitalfinanzierung	37
9.5	Entwicklungsperspektiven	38
9.6	Schlussfolgerungen zu den Auswirkungen der Spitalfinanzierung.....	38
10.	Ergänzungsleistungen: Entwicklungen und Auswirkungen auf den Kanton.....	39
10.1	Die Ziele	39
10.2	Die Systematik	39
10.3	Ergebnisse betreffend Ergänzungsleistungen (EL) und Hilflosenentschädigungen (HE) im Zusammenhang mit Heimaufenthalten	39
10.4	Entwicklungsperspektiven	40
10.5	Schlussfolgerungen zu den Entwicklungen der Ergänzungsleistungen und der Hilflosenentschädigung.....	40
11.	Der Vergleich bezüglich der finanziellen Auswirkungen auf die Einwohnergemeinden und den Kanton	40
11.1	Schlussfolgerungen aufs Ganze gesehen	40
12.	Erweiterter Betrachtungszeitraum	41
12.1	Ausgangslage	41
12.2	Erweiterter Betrachtungszeitraum Pflegefinanzierung	42
12.3	Erweiterter Betrachtungszeitraum Spitalfinanzierung (TCHF).....	42
12.4	Erweiterter Betrachtungszeitraum Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigung.....	43
12.5	Fazit	43
13.	Empfehlung der Arbeitsgruppe	43
IV.	Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden	44
14.	Interkommunale Arbeitsgruppe der Einwohnergemeinden	44
15.	Stellungnahme der Einwohnergemeinden zu den Empfehlungen 4b und 15	44
15.1	Empfehlungen 4b und 15.....	44
15.2	Empfehlung 11b.....	46
15.3	Empfehlung 12a.....	47
15.4	Schlussbemerkung	48
16.	Stellungnahme der Arbeitsgruppe Analyse der Versorgungskette.....	48
V.	Synthese.....	49
17.	Reporting Fachliche Analyse.....	49
18.	Finanzielle Analyse.....	49
19.	Aufgabenteilung zwischen Kanton und Einwohnergemeinden	50

20. Fazit	50
VI. Empfehlungen.....	51
VII. Glossar	53

Zusammenfassung

Der vorliegende Gesamtbericht umfasst drei verschiedene Berichtselemente.

Im ersten Berichtselement wird über den aktuellen Stand der Arbeiten zu den Empfehlungen aus dem Bericht der Arbeitsgruppe „Analyse der Versorgungskette im Pflegebereich“ vom 30. Oktober 2014 bzw. zum Bericht des Regierungsrats zum Bericht der Arbeitsgruppe vom 6. Januar 2015 informiert (Kapitel II, Reporting Umsetzung fachliche Analyse). Die Arbeitsgruppe stellt dazu fest, dass sich die Versorgungssituation im Kanton Obwalden im Pflegebereich gut präsentiert. Seit den Empfehlungen im Rahmen des Berichts der Arbeitsgruppe zur Analyse der Versorgungskette vom 30. Oktober 2014 an Kanton, Einwohnergemeinden und Leistungserbringer haben sich diverse Angebote und Rahmenbedingungen positiv weiterentwickelt. Die Arbeitsgruppe erachtet es aber als wichtig, in diversen Bereichen auch in Zukunft ein Augenmerk auf die weitere Entwicklung zu richten bzw. zu einzelnen Punkten bereits heute Massnahmen zu ergreifen. Sie spricht diesbezüglich folgende Empfehlungen aus:

Empfehlungen an den Regierungsrat:

Empfehlung 1: Dem Regierungsrat wird empfohlen, das ursprüngliche Projekt Übergangspflege wieder aufzugreifen. Dabei ist eine Übergangspflege im Sinne des KVG zu verfolgen, welche eine Finanzierung gemäss Spitalfinanzierung vorsieht.

Empfehlung 2: Die Arbeitsgruppe empfiehlt dem Regierungsrat weiterhin eine Arbeitsgruppe Versorgungskette einzusetzen.

Empfehlung 3: In der nächsten Revision des Gesundheitsgesetzes ist insbesondere der Bereich eHealth auf den aktuellsten Stand und an übergeordnetes Recht anzupassen sowie die Zuständigkeit der Einwohnergemeinden bezüglich Pflegegarfe klarer zu verankern.

Empfehlung 4: Die Arbeitsgruppe empfiehlt dem Regierungsrat, in der GDK das Thema „Aufhebung der Plafonierung der Versicherungsbeiträge in der Pflegefinanzierung“ zu lancieren. Der politische Diskurs ist diesbezüglich voranzutreiben.

Empfehlungen an die Leistungserbringer:

Empfehlung 5: Die Arbeitsgruppe empfiehlt dem KSOW, in seiner nächsten Strategie die Patientengruppe der hochbetagten Menschen noch gezielter zu berücksichtigen. Dies betrifft sowohl die Vor- und Nachbetreuung sowie Aspekte der Altersmedizin. Zudem empfiehlt die Arbeitsgruppe allen Leistungserbringern, den Schnittstellen noch mehr Bedeutung zukommen zu lassen.

Empfehlung 6: Die Arbeitsgruppe hält fest, dass die Kostensicht betreffend Aus- und Weiterbildung des Pflegepersonals ein gewichtiges Argument darstellt. Aufgrund der Entwicklungen im Gesundheitsmarkt stuft jedoch der zukünftige Bedarf an Fachpersonal die reine Kostensicht zurück. Gemäss dem vom Obsan im Herbst 2016 veröffentlichten Bericht "Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Prognose bis 2030"¹ erachtet die Arbeitsgruppe die Dringlichkeit überhaupt genügend Pflegekräfte auf dem Markt zu finden, als vordergründig. Die Arbeitsgruppe will dieser Herausforderung jedoch nicht mit einem Bonus- / Malussystem begegnen (wie beispielsweise im Kanton Luzern). Sie empfiehlt im Gegenzug den Leistungserbringern,

¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2016); Gesundheitspersonal in der Schweiz; Bestandesaufnahme und Prognose bis 2030; OBSAN Bericht 71

ihre Anstrengungen in der Rekrutierung von Auszubildenden und in der Erhaltung der Attraktivität eines Berufs im Gesundheitswesen zu intensivieren.

Zweitens analysiert der vorliegende Bericht die Auswirkungen der auf den 1. Januar 2011 eingeführten Pflegefinanzierung auf die Einwohnergemeinden, und der auf den 1. Januar 2012 eingeführten Spitalfinanzierung auf den Kanton (Kapitel III, Finanzielle Analyse). Die finanzielle Analyse zeigte auf, dass sowohl auf Gemeindeebene als auch auf kantonaler Ebene die finanziellen Ausgaben kaum rückläufig sein werden. Aufgrund der alternden Bevölkerung und des medizinischen Fortschritts, bleiben die finanziellen Belastungen auf Gemeinde- und Kantonsebene hoch.

Drittens thematisiert der Bericht die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Einwohnergemeinden im Pflegebereich. Der Bericht zeigt auf, wie die Einwohnergemeinden die Empfehlungen aus der fachlichen Analyse umsetzen wollen und damit die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Einwohnergemeinden gestalten wollen. Die Arbeitsgruppe stellt fest, dass eine Änderung der Aufgabenteilung weder vom Kanton noch von den Einwohnergemeinden gewünscht wird. Die Einwohnergemeinden haben mit der Schaffung der Gesundheitskommission samt entsprechender Fachstelle klar bekundet, dass sie ihre Aufgaben weiterhin wahrnehmen wollen. Die Zuständigkeit des Kantons im Bereich Spitalversorgung wird nicht angezweifelt. Im Sinne des Prinzips „wer zahlt, befiehlt“ ist damit auch keine Änderung der Finanzierungssystematik zu vollziehen. Die Prüfung der Aufgabenteilung zwischen Kanton und Einwohnergemeinden samt finanzieller Analyse erachtet die Arbeitsgruppe somit als abgeschlossen. Die Motion von Kantonsrat Walter Wyrch zur „Überprüfung der Aufgabenverteilung (52.10.06)“, welche am 29. Oktober 2010 vom Kantonsrat in ein Postulat umgewandelt wurde, ist damit erfüllt.

Die Arbeitsgruppe kommt aufgrund der vorgenommenen Analysen zum Schluss, dass die Versorgung im Pflegebereich im Kanton Obwalden gut funktioniert. Die für die Bildung der Arbeitsgruppe ausschlaggebenden Themen (Aufgabenteilung zwischen Kanton und Einwohnergemeinden sowie Einführung der neuen Pflegefinanzierung und neuen Spitalfinanzierung) konnten umfassend aufgearbeitet und geklärt werden. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse lösten diverse positive Entwicklungen im Kanton aus. Es seien hier als Beispiele die Bildung der Interkommunalen Gesundheitskommission, die Umsetzung der Nationalen Strategien Demenz und Palliative Care, die Förderung der Hausarztmedizin sowie verschiedene Bestrebungen weitere bedarfsgerechte Angebote für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen anzubieten (24-Stunden-Dienstleistung der Spitex, Ausbaupläne mehrerer Betagteninstitutionen, Prüfung von gerontopsychiatrischer Versorgung, Austrittsmanagement am KSOW etc.). Die Arbeitsgruppe stellt fest, dass heute unter den Auftraggebern, Finanzierern und Leistungserbringern des Pflegebereichs ein breiter Konsens zu angestrebten Rahmenbedingungen, künftigen Herausforderungen und notwendiger Zusammenarbeit besteht.

Für die Arbeitsgruppe sind die durch den Regierungsrat im Jahr 2011 erlassenen Aufträge mit den bisherigen Arbeiten und dem nun vorliegenden Bericht beendet.

Der Weg ist indes auch für die Arbeitsgruppe nicht zu Ende. Das Gesundheitswesen ist in den letzten Jahren viel agiler geworden und Veränderungen werden auch in Zukunft immer schneller kommen und müssen bewältigt werden. Die Basis für die Bewältigung der zukünftigen Themen wurde durch die bisherige gemeinsame Arbeit und durch die nun bereits etablierten Lösungsstrategien gelegt. Die Arbeitsgruppe ist aufgrund dessen zuversichtlich, auch für zukünftige Problemstellungen gemeinsam Lösungen zu finden.

Die Arbeitsgruppe Analyse der Versorgungskette beantragt, den vorliegenden Bericht mit den entsprechenden Empfehlungen zur Kenntnis zu nehmen.

I. Ausgangslage

1. Auftrag und Vorgehen der Arbeitsgruppe Analyse der Versorgungskette im Pflegebereich

Mit Beschluss vom 8. Juni 2010 (Nr. 616) beauftragte der Regierungsrat das Finanzdepartement, die Versorgungskette im Pflegebereich einer grundlegenden Analyse zu unterziehen.

Mit Beschluss vom 25. Oktober 2011 (Nr. 180) genehmigte der Regierungsrat das vorgeschlagene Vorgehen der Arbeitsgruppe Analyse der Versorgungskette wie folgt:

- a. In einem ersten Schritt wird die Versorgungskette im Pflegebereich fachlich und sachlich analysiert. Anschliessend soll dem Regierungsrat ein Bericht mit dem allfälligen Handlungsbedarf und möglichen Änderungsvorschlägen bis Ende 2012 unterbreitet werden.
- b. In einem zweiten Schritt sollen die beiden Systeme Pflegefinanzierung und Spitalfinanzierung miteinander verglichen werden. Anschliessend wird dem Regierungsrat dazu ein Bericht mit dem allfälligen Handlungsbedarf und möglichen Änderungsvorschlägen bis Ende 2015 unterbreitet.

An der Erarbeitung des vorliegenden Berichts waren folgende Mitglieder der Arbeitsgruppe beteiligt:

Projektleitung	Patrick Csomor, Leiter Gesundheitsamt
Vertretung Gemeinden	Max Rötheli, Gemeindeschreiber Sarnen Trudy Odermatt, Gemeinderätin Sachseln Seppi Hainbuchner, Gemeinderat Engelberg (bis Ende 2016) Roman Schleiss, Gemeindeschreiber Engelberg (ab 2017)
Vertretung CURAVIVA	Theres Meierhofer, Präsidentin CURAVIVA Obwalden und Heimleiterin Alters- und Pflegeheim Erlenhaus Engelberg Roman Wüst, Direktor Residenz am Schärme, Sarnen
Vertretung Ausgleichskasse	Hanspeter Gasser, Team Leistungen Ausgleichskasse IV-Stelle Obwalden (Beizug zu ausgewählten Themen)
Vertretung Spital	Carmen Dollinger, Leiterin Pflegedienst und Kompetenzzentrum Kantonsspital Obwalden (KSOW)
Vertretung Spitex	Hans Peter Wechsler, Präsident Spitex Obwalden (bis Ende 2016) Hans Wallimann, Vorstandsmitglied Spitex Obwalden (ab 2017)
Verwaltung	Reto Odermatt, Departementssekretär FD Seraina Grünig, Stv. Departementssekretärin FD
In beratender Funktion	Margrit Freivogel, Kantonsrätin

2. Bericht zur fachlichen Analyse

Die Arbeitsgruppe hat mit dem Bericht „Analyse der Versorgungskette im Pflegebereich“ vom 30. Oktober 2014 die Analyse zum ersten Schritt (fachliche Analyse) vorgelegt. Der Regierungsrat hat ausgehend davon den Bericht des Regierungsrats zum Bericht der Arbeitsgruppe vom 6. Januar 2015 mit diversen Empfehlungen dem Kantonsrat unterbreitet.

Der Kantonsrat hat mit Beschluss vom 12. März 2015 den Bericht des Regierungsrats zur Kenntnis genommen. Damit wurde das Postulat Peter Wechsler (52.12.07) „Alterspolitik in OW – der Kanton übernimmt Verantwortung und erarbeitet eine Gesamtstrategie“ beantwortet. Zudem hat der Kantonsrat folgende Anmerkungen zum Bericht festgehalten:

- a. Ergänzend zum Thema der Wartepatienten soll das Thema der Übergangspflege im Bericht des Regierungsrats aufgenommen werden. Dabei ist zu unterscheiden zwischen im Rahmen der Pflegefinanzierung definierten Form der „Akut- und Übergangspflege“ und einer weiter gefassten Form von Übergangspflege.
- b. Das Gesundheitsamt regelt die Kommunikation der Empfehlungen an die Einwohnergemeinden und die Leistungserbringer. Das Amt hat bis zum 1. Reporting im 2017 Angaben zu den Umsetzungen in den Einwohnergemeinden und von den Leistungserbringern aufzuzeigen.
- c. Der Regierungsrat hat dem Kantonsrat im Jahr 2017 ein nächstes Reporting zum Stand der Arbeiten zu unterbreiten.

Die Arbeitsgruppe nimmt basierend auf den Anmerkungen a. und c. des Kantonsratsbeschlusses mit dem vorliegenden Bericht ein Reporting zum Stand der Arbeiten zuhanden des Regierungsrats vor.

3. Bericht zur finanziellen Analyse

Mit der Verabschiedung des Berichts zur fachlichen Analyse an den Kantonsrat, hat der Regierungsrat gleichzeitig der Arbeitsgruppe den Auftrag für den zweiten Teil der Analyse (finanzielle Analyse) erteilt: Es sollen damit die Auswirkungen der auf den 1. Januar 2011 eingeführten Pflegefinanzierung auf die Einwohnergemeinden, und der auf den 1. Januar 2012 eingeführten Spitalfinanzierung auf den Kanton analysiert werden. Der Bericht soll die finanziellen Auswirkungen der beiden Finanzierungssystematiken beleuchten und einen Vergleich derer auf die Einwohnergemeinden und den Kanton ermöglichen. Mit diesem Bericht soll das Postulat Walter Wyrsch (52.10.06) zur Aufgabenteilung abgeschrieben werden können.

Die Arbeitsgruppe hat dem Regierungsrat im Sommer 2016 den Bericht zur finanziellen Analyse vorgelegt. Der Regierungsrat hat im Sinne der Nutzung von Synergien beschlossen, dem Kantonsrat die entsprechenden Erkenntnisse zusammen mit dem Reporting zur fachlichen Analyse zu unterbreiten.

4. Aufgabenteilung zwischen Kanton und Einwohnergemeinden

Ausgehend von den Empfehlungen aus dem Bericht zur fachlichen Analyse hat die Gemeindepräsidentenkonferenz zur Klärung dieser Thematik eine Arbeitsgruppe mit je einer Vertretung aus jeder Gemeinde eingesetzt. Die Arbeitsgruppe hat sich mit den Empfehlungen aus dem fachlichen Bericht, welche die Einwohnergemeinden betreffen, eingehend befasst. Gleichzeitig hat die entsprechende Arbeitsgruppe der Einwohnergemeinden auch die Erkenntnisse aus dem Bericht der finanziellen Analyse der Arbeitsgruppe Analyse der Versorgungskette entgegengenommen und nimmt dazu auch Stellung. Der von allen Einwohnergemeinden verabschiedete Bericht wurde ebenfalls in das vorliegende Geschäft integriert.

5. Gesamtbericht

Das vorliegende Geschäft umfasst somit die Resultate zu allen Aufträgen und den daraus hervorgegangenen weiterführenden Arbeiten, welche der Arbeitsgruppe Analyse der Versorgungskette seit der Einsetzung im Jahr 2010 erteilt wurden. Das Geschäft kommt somit einem Gesamtbericht gleich, der die folgenden Hauptelemente umfasst:

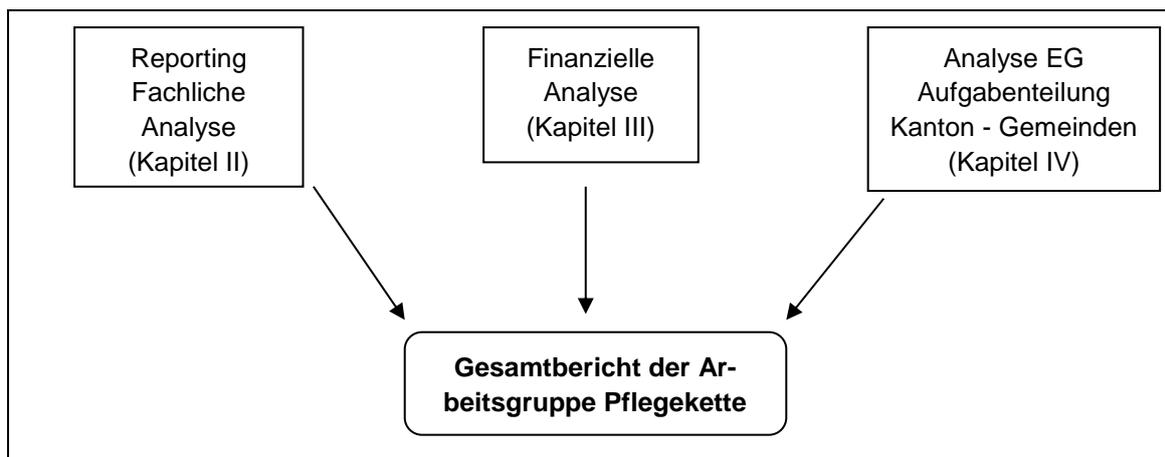


Abbildung 1: Aufbau Gesamtbericht

Kapitel II beinhaltet die Berichterstattung über den Stand der Umsetzungen der fachlichen Analyse. Es basiert auf dem vom Kantonsrat vom 12. März 2015 verlangten Reporting gemäss Anmerkung c.

Kapitel III enthält die Resultate der finanziellen Analyse.

Kapitel IV legt die Rückmeldung der Einwohnergemeinden zur Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden dar. Die Arbeitsgruppe nimmt zudem eine Beurteilung dieser Rückmeldungen vor.

In Kapitel V hält die Arbeitsgruppe Pflegekette die Synthese zu diesen verschiedenen Erkenntnissen aus den vorausgegangenen Kapiteln fest.

Und in Kapitel VI wird das von der Arbeitsgruppe Pflegekette vorgeschlagene Vorgehen umschrieben.

II. Reporting Umsetzung fachliche Analyse

6. Stand der Umsetzung zu den Empfehlungen aus der Bericht der fachlichen Analyse

Gemäss Anmerkung c. im Beschluss des Kantonsrats vom 12. März 2015 zum Bericht des Regierungsrats zum Bericht der Arbeitsgruppe Analyse der Versorgungskette wird in diesem Kapitel über den Stand der Arbeiten zu den verschiedenen fachlichen Empfehlungen berichtet.

6.1 Wartepatienten / Übergangspflege

Empfehlung Arbeitsgruppe (Empfehlung 5a): Die Arbeitsgruppe empfiehlt, unter der Leitung des Gesundheitsamts und in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern und den Einwohnergemeinden unverzüglich das Projekt „Zwischenhalt“ zur Versorgung von Warte-, Erholungs- und Entlastungspatienten in Angriff zu nehmen. Dabei ist auf das ursprüngliche Projekt zur Übergangspflege und auf vergleichbare Konzepte in den umliegenden Kantonen zurückzugreifen. Bis zur Umsetzung dieses Projekts soll die im Beschluss der Regierung Nr. 41 vom 12. August 2013 geregelte Finanzierung für Wartepatienten weiter gelten.

Auftrag Regierungsrat: Dem Finanzdepartement wird der Auftrag erteilt, mit den Leistungserbringern und den Einwohnergemeinden ein entsprechendes Konzept für Warte-, Erholungs- und Entlastungspatienten für den gesamten Kanton zu erarbeiten und dieses anschliessend dem Regierungsrat zu unterbreiten. Dieser Auftrag wurde in die erste Priorität eingeteilt und sollte bis Ende 2016 umgesetzt werden.

Anmerkung KR: Der Kantonsrat hielt in seinem Beschluss vom 12. März 2015 unter der Anmerkung a. fest, dass ergänzend zum Thema der Wartepatienten das Thema der Übergangspflege aufgenommen werde. Dabei sei zwischen im Rahmen der Pflegefinanzierung definierten Form der „Akut- und Übergangspflege“ und einer weiter gefassten Form von Übergangspflege zu unterscheiden.

Reporting Arbeitsgruppe:

Zu unterscheiden sind zwei verschiedene Formen von "Übergangspflege". Einerseits die Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG und andererseits eine Übergangspflege, die sich an die sogenannten Wartepatienten richtet.

Akut- und Übergangspflege

Gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG erfolgt eine Akut- und Übergangspflege im Anschluss an einen Spitalaufenthalt, ist ärztlich verordnet und wird während längstens zwei Wochen analog dem Kostenteiler der Spitalfinanzierung mittels einer Pauschale finanziert. Im Zentrum dieser Form von Übergangspflege steht die Akutpflegebedürftigkeit welche über den eigentlichen medizinisch indizierten Spitalaufenthalt hinaus geht. Grundsätzlich kann die Akut- und Übergangspflege von einer spezialisierten Institution, von einem Heim oder auch von einer Spitexorganisation mit 24h Verfügbarkeit mit entsprechendem Fachpersonal und Knowhow umgesetzt werden. Voraussetzung ist zudem, der Abschluss eines entsprechenden Vertrags zwischen den Tarifpartner sowie die kantonale Bewilligung und der entsprechende Leistungsauftrag des Kantons.

Das Ziel dieser Form von Übergangspflege ist es, die Rückkehr nach Hause vorzubereiten ohne dabei die Akutbetten übermässig lange zu beanspruchen. Damit ist die Akut- und Übergangspflege ganz klar darauf ausgerichtet, Patienten die wieder nach Hause können, aber für die Wiedererlangung der entsprechenden Fähigkeiten länger Zeit brauchen, zielgerichtet betreuen zu können.

Die Arbeitsgruppe erachtet als notwendig, ein entsprechendes Angebot im Kanton zu realisieren. Dies aufgrund der Zunahme von älteren Personen und einem hohen, wenn auch saisonalen Druck auf die Akutbetten.

Übergangspflege für Wartepatienten

Eine zweite Form von "Übergangspflege" richtet sich an Patientinnen und Patienten, die während des Spitalaufenthalts absehbar nicht mehr nach Hause zurückkehren können und auf einen Heimplatz warten müssen. Es handelt sich hier nicht um Strukturen, die immer gleich genutzt werden. Haben die Heime Platz, ist ein Heimeintritt im Anschluss an einen Spitalaufenthalt zeitnah möglich.

Die Arbeitsgruppe stellt fest, dass sich die Situation der Wartepatienten im Kanton Obwalden in sehr unterschiedlicher Ausprägung zeigt. Vor allem saisonale Spitzen von Dezember bis März (Skiunfälle und gleichzeitig Grippefälle) können die Situation schnell verschärfen. Klare Muster, die den grundsätzlichen Handlungsbedarf aufzeigen würden, sind jedoch nicht ersichtlich. So variiert auch die Zahl der Wartepatienten stark. Im 2014 waren es 1-2 Patienten, in den Jahren 2015 und 2016 gab es praktisch keine Wartepatienten und im 2017 sind es bisher 11 Patienten gewesen. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass bereits Einzelfälle das KSOW vor sehr schwierige Herausforderungen stellen. Für den Moment sieht die Arbeitsgruppe folgenden Handlungsbedarf:

a. Kurzfristig

Da Wartepatienten meist spezifische Pflege benötigen (z.B. Palliative Care, hoher Pflegebedarf), braucht es jeweils individuelle Lösungen. Das Problem über ein bis zwei Standard-Vorhaltebetten zu lösen, funktioniert kaum. Auch der Ansatz des Alters- und Pflegeheims Giswil, Doppelzimmerbelegungen zu ermöglichen, kann in anderen Institutionen wahrscheinlich nur schwierig umgesetzt werden. Zudem soll in solchen Situationen der zuständige Sozialdienst der Wohngemeinde frühzeitig zur Problemlösung mit einbezogen werden.

b. Mittelfristig

Die Arbeitsgruppe ist sich einige, dass mittelfristig auch die geplanten Ausbaupläne verschiedener Heime im Kanton zur Lösung der Situation beitragen können. Gleichzeitig ist jedoch darauf hinzuweisen, dass langwierige Beschwerdeverfahren im Rahmen von Ausbauplänen (beispielsweise in Bezug auf die Ausbaupläne der Residenz am Schärme in Sarnen) diese Lösung weiter hinauszögern.

c. Langfristig

Aus Sicht der Arbeitsgruppe muss langfristig die Früherfassung „absehbarer“ Wartepatienten im Fokus des Handelns stehen. Das Thema der Wartepatienten hängt oft auch damit zusammen, dass pflegende Angehörige bereits innerhalb eines Spitalaufenthalts an ihre Grenze stossen. Es müsste früher bekannt sein, dass solche Situationen eintreten könnten, damit man sich rechtzeitig einschalten kann oder zumindest informiert wäre. Betreutes Wohnen oder 24h-Spitem-Angebote im Kanton können hier gute Alternativen darstellen: Treten Personen früher ins Heim ein, können sie das Spital schneller verlassen. Dies, weil eine Rückkehr ins Heim einfacher und weitsichtiger geplant werden kann, als ein Neueintritt. Es lassen sich damit oft akute Probleme verhindern.

Die Empfehlung der Arbeitsgruppe zur Finanzierung der Wartepatienten wurde inzwischen obsolet. Gemäss Art. 28 Abs. 1 des neuen Gesundheitsgesetzes vom 3. Dezember 2015 ist der Spitalaufenthalt ohne Akutpflegebedürftigkeit von den Einwohnergemeinden zu tragen.

Fazit Arbeitsgruppe: Dem Regierungsrat wird empfohlen, das ursprüngliche Projekt Übergangspflege wieder aufzugreifen. Dabei ist eine Übergangspflege im Sinne des KVG zu verfolgen, welche eine Finanzierung gemäss Spitalfinanzierung vorsieht.

6.2 Koordination zur Erarbeitung einer kantonalen Altersstrategie

Empfehlung Arbeitsgruppe (Empfehlungen 14a und 14b): Die Arbeitsgruppe empfiehlt dem Kanton, in Beantwortung des Postulats Wechsler die Themenführerschaft für die Altersversorgung in Obwalden in einem Departement zu verorten, die entsprechenden Aufgaben zu definieren und die entsprechenden personellen und finanziellen Ressourcen zuzuordnen (14a). Die Arbeitsgruppe empfiehlt die Erarbeitung einer kantonalen Altersstrategie mit Berücksichtigung von betreuenden, pflegerischen und finanziellen Perspektiven. Dabei ist auf die Berichte „Im Alter in Obwalden leben“ zurückzugreifen. Darin enthaltene Massnahmen sind zu prüfen, zu aktualisieren und aufzunehmen (14b).

Auftrag Regierungsrat: Primär sind die Einwohnergemeinden für Altersfragen zuständig. Er erteilt dem Finanzdepartement den Auftrag, die Koordination zur Erarbeitung einer kantonalen Altersstrategie zu übernehmen und als Querschnittsaufgabe über verschiedene Departemente und zwischen den Einwohnergemeinden auszulegen. Dieser Auftrag wurde in die erste Priorität eingeteilt und sollte bis Ende 2017 erfolgen.

Reporting Arbeitsgruppe: Gemäss Art. 6 Abs. 1 Bst. b, c und d des Gesundheitsgesetzes sind hauptsächlich die Einwohnergemeinden für die Hilfe und Pflege zu Hause sowie die Betagtenbetreuung zuständig. So besitzen denn auch vier Gemeinden (Sachseln, Alpnach, Engelberg, Giswil) ein Altersleitbild. Der Kanton ist nach Art. 5 Abs. 1 Bst. c des Gesundheitsgesetzes für die Koordination der Tätigkeiten auf dem Gebiet des Gesundheitswesens zuständig. Mit der Schaffung der interkommunalen Gesundheitskommission und der entsprechenden Fachstelle Gesundheit (vgl. Punkt 15 dieses Berichts) kann die Zusammenarbeit und der Dialog zwischen Kanton und Einwohnergemeinden im Bereich Gesundheit und insbesondere auch im Bereich Alter verbessert werden. Der Kanton ist aktuell an der Konzeptionierung einer Gesundheitsstrategie. Die Erarbeitung von Strategien für den Bereich Alter ist als Bestandteil dieser Gesundheitsstrategie anzugehen. Es ist geplant, die Konzeption der Gesundheitsstrategie bis Ende 2017 abzuschliessen. In welchem Zeitfenster das Thema Alter im Rahmen dieser Gesamtstrategie aufgearbeitet wird, ist noch zu klären.

Bereits in der Umsetzung sind die beiden Strategien Palliative Care und Demenz. Sie sind als Teil einer Altersstrategie zu sehen und decken den dringendsten Klärungsbedarf ab.

Fazit Arbeitsgruppe: Die Erarbeitung einer Gesundheitsstrategie durch das Finanzdepartement wird begrüsst. Der Arbeitsgruppe ist es ein Anliegen, dass dem Thema Alter in der Gesundheitsstrategie die notwendige Beachtung zukommt und dabei (gemäss Empfehlung 14b) betreuende, pflegerische und finanzielle Perspektiven berücksichtigt werden.

6.3 Gesetz über die EL zu AHV/IV mit Anspruchsgruppe „Personen im betreuten Wohnen“

Empfehlung Arbeitsgruppe (Empfehlung 12b): Die Arbeitsgruppe empfiehlt, Art. 2 des kantonalen Gesetzes über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV mit einer Anspruchsgruppe „Personen im betreuten Wohnen“ zu ergänzen.

Auftrag Regierungsrat: Der Regierungsrat erteilt dem Volkswirtschaftsdepartement den Auftrag, diese Empfehlung zu prüfen und mögliche Anpassungen aufzuzeigen. Dieser Auftrag wurde in die zweite Priorität eingeteilt und sollte bis Ende 2016 erfolgen.

Reporting Arbeitsgruppe:

Im Austausch mit der Ausgleichskasse IV-Stelle Obwalden gelangte das Volkswirtschaftsdepartement zu den nachstehenden Erkenntnissen: Das Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterbliebenen- und Invalidenversicherung vom 6. Oktober 2006 (ELG; SR 831.30) unterscheidet zwischen Personen, die dauernd oder länger in einem Heim oder Spital leben und Personen, die zu Hause leben. Personen, die in Alterswohnungen oder in anderen betreuten Wohnformen leben, werden für die Prüfung des Anspruchs auf Ergänzungsleistungen als zu Hause lebende Personen betrachtet. Dabei gelangen neben den gesetzlichen Bundesbestimmungen die Regelungen in den kantonalen Ausführungsbestimmungen über die Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen vom 6. Dezember 2010 (GDB 853.211) über die Kosten für die hauswirtschaftliche Hilfe und Begleitung sowie für Pflege und Betreuung zu Hause zur Anwendung. Die in den letzten Jahren gestellten Anträge für Ergänzungsleistungen bei Aufhalten in Alterswohnungen zeigen, dass Betreuungskosten für das Wohnen in Alterswohnungen bei den Ergänzungsleistungen mitberücksichtigt werden können, wenn sie gemäss Art. 14 der Ausführungsbestimmungen über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten notwendig sind. Dasselbe gilt auch für andere Formen des betreuten Wohnens, sofern die Personen bzw. Organisationen, die diese Leistungen erbringen, durch den Kanton anerkannt sind.

Eine Ergänzung von Art. 2 des kantonalen Gesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 25. Oktober 2007 (GDB 853.2) mit einer Anspruchsgruppe „Personen im betreuten Wohnen“ bringt für Personen in knappen finanziellen Verhältnissen keinen erleichterten Zugang zu Ergänzungsleistungen. Die anerkannten Ausgaben und anrechenbaren Einnahmen gemäss ELG blieben dieselben. Eine Ergänzung von Art. 2 des kantonalen Gesetzes über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV erweist sich somit derzeit als nicht notwendig. Sollte sich zu einem späteren Zeitpunkt zeigen, dass die Berücksichtigung der Betreuungskosten ungenügend ist, könnte eine Anpassung der Ausführungsbestimmungen über die Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen in Betracht gezogen werden. In einem solchen Falle wäre eine finanzielle Beteiligung der Einwohnergemeinden an den Kosten der Ergänzungsleistungen nicht nur zu prüfen, sondern aus Sicht des Volkswirtschaftsdepartements zwingend umzusetzen.

Fazit Arbeitsgruppe: Die Arbeitsgruppe ist aufgrund der Erläuterungen des Volkswirtschaftsdepartements einverstanden, Art. 2 des kantonalen Gesetzes über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV noch nicht mit einer Anspruchsgruppe „Personen im betreuten Wohnen“ zu ergänzen. Die künftigen Erfahrungen werden zeigen, ob diese Lösung in der Praxis auch Bestand hält. Die Arbeitsgruppe macht darauf aufmerksam, dass den Beratungsstellen eine hohe Verantwortung zukommt, Menschen möglichst frühzeitig über die verschiedenen Finanzierungsmöglichkeiten zu informieren. Insbesondere zeigt sich aufgrund der Rückmeldung des Volkswirtschaftsdepartements, dass die Finanzierungsmöglichkeiten der Ergänzungsleistung im Bedarfsfall durchaus noch Spielraum bieten. Sicher spielt dabei aber auch eine Rolle, dass Menschen eher spät als frühzeitig genug eine entsprechende Beratung in Anspruch nehmen.

6.4 Themenführung im Bereich pflegerischer Versorgung betagter Menschen mit Behinderung

Empfehlung Arbeitsgruppe (Empfehlungen 8a und 8b): Die Arbeitsgruppe empfiehlt dem Kanton die Klärung der Themenführung im Bereich der pflegerischen Versorgung betagter Menschen mit einer Behinderung (8a). Die Arbeitsgruppe empfiehlt dem Kanton, ein Konzept zur Versorgung schwer pflegebedürftiger Menschen mit Behinderung (8b).

Auftrag Regierungsrat:

Zur Empfehlung 8a erteilte der Regierungsrat dem Sicherheits- und Justizdepartement den Auftrag, diese Empfehlung zu prüfen und mögliche Anpassungen aufzuzeigen. Dieser Auftrag wurde in die zweite Priorität eingeteilt und sollte bis Ende 2016 erfolgen.
Die Empfehlung 8b wird bereits im Rahmen des Postulats Röheli (53.14.01) bearbeitet.

Reporting Arbeitsgruppe:

Das Sozialamt konnte im Jahr 2016 die Empfehlung 8a aus Ressourcengründen nicht an die Hand nehmen. Der Aufbau der Abteilung Soziale Dienste Asyl hatte im 2016 Priorität, da im Rahmen des Konsolidierungs- und Aufgabenüberprüfungspakets (KAP) die Vereinbarung mit der Caritas Schweiz für die Unterbringung und Betreuung der Asylsuchenden vom Regierungsrat gekündigt worden war. Im IAFP 2017-2020 ist das Thema als Jahresziel 2017 aufgenommen: Bericht „Menschen mit Behinderung werden älter“ mit quantitativen Angaben zu den diversen Schnittstellen. Der Bericht soll von September bis Mitte November 2017 in die Vernehmlassungen gelangen und im Dezember 2017 dem Regierungsrat unterbreitet werden.
Die Beantwortung des Postulats Röheli betreffend Empfehlung 8b wird dem Kantonsrat im Herbst 2017 vorgelegt.

Fazit Arbeitsgruppe: Die Empfehlungen 8a und 8b sind noch in Bearbeitung. Es ist ein Augenmerk darauf zu richten, dass allfälligem Handlungsbedarf aus dem Bericht „Menschen mit Behinderung werden älter“ oder aus der Beantwortung des Postulats Röheli begegnet wird und bei Bedarf Massnahmen definiert werden.

6.5 Koordinationsbedarf und dessen Finanzierung

Empfehlung Arbeitsgruppe (Empfehlung 2 und 10b): Die Arbeitsgruppe empfiehlt, die Verordnung über die Förderung der Betagtenbetreuung weiterzuführen (2).
Die Arbeitsgruppe empfiehlt, den Koordinationsbedarf und die Koordinationsfinanzierung in der Gesundheits- und Altersversorgung vor dem Hintergrund bestehender Angebote durch die Arbeitsgruppe vertieft überprüfen zu lassen und konkrete Massnahmen zu definieren (10b).

Auftrag Regierungsrat: Das Finanzdepartement klärt nach definitiver Aufnahme von Art. 5 Abs. 1 Bst. c im neuen Gesundheitsgesetz den konkreten Koordinationsbedarf und dessen Finanzierung mit den Leistungsanbietern, den Leistungsbezügern und den Einwohnergemeinden. Dieser Auftrag wurde in die zweite Priorität eingeteilt und sollte bis Ende 2018 erfolgen.

Reporting Arbeitsgruppe: Die Verordnung über die Förderung der Betagtenbetreuung wurde in Zuge der Inkraftsetzung des neuen Gesundheitsgesetzes per 1. Februar 2016 aufgehoben. In der Botschaft zur Totalrevision des Gesundheitsgesetzes wurde jedoch ausgeführt, dass nach wie vor ein Bedürfnis besteht, Projekte zu unterstützen, die einen positiven Einfluss auf die gesamte Versorgungskette im Pflegebereich haben. Es werde in Zukunft darum gehen, die vielfältigen Angebote und Informationen zu koordinieren. Diesem Bedürfnis kann mit Art. 5 Abs. 1 Bst. c des Gesundheitsgesetzes nachgekommen werden.
Die Arbeiten zur Klärung des Koordinationsaufwands wurden mit Blick auf die Einteilung in die zweite Priorität per Ende 2018 noch nicht gestartet.

Fazit Arbeitsgruppe: Art. 5 Abs. 1 Bst. c des Gesundheitsgesetzes stellt eine wichtige Grundlage für die Koordinationstätigkeiten dar und bietet somit auch eine Alternative zur aufgehobenen Verordnung über die Förderung der Betagtenbetreuung im Zuge des revidierten Gesundheitsgesetzes. Im Zusammenhang mit den laufenden Umsetzungsarbeiten der Palliative Care Strategie und der Demenzstrategie werden hier bereits konkrete Hinweise für den Koordinationsbedarf thematisiert. In den entsprechenden Gremien sind auch die Einwohnergemeinden vertreten. Gemäss Planung wird der Kanton als Verantwortlicher dieser Tätigkeit den konkreten Koordinationsbedarf und die Regelung der Finanzierung zusammen mit den Einwohnergemeinden bis Ende 2018 noch genauer erheben.

6.6 Obsan-Studie als Grundlage für Bedarfsplanung

Empfehlung Arbeitsgruppe (Empfehlung 5b): Die Arbeitsgruppe empfiehlt eine kantonale Koordination der Bettenplanung in der Verantwortung des Gesundheitsamts.

Auftrag Regierungsrat: Die bestehende Vereinbarung mit der Schweizerischen Eidgenossenschaft als Trägerin des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) ab 2016 wurde um weitere fünf Jahre verlängert (Kosten: Fr. 6 035.-). Geplant ist, die bereits einmal durchgeführte OBSAN-Studie zur Bevölkerungsentwicklung und zum Pflegeplatzbedarf alle fünf Jahre zu wiederholen (nächstes Mal 2017). Die Studie soll als Diskussionsgrundlage genutzt werden und kann zur Bedarfsplanung im Sinne eines minimalen Bettenangebots an Pflegebetten und zur Bedarfsdefinition von ambulanten Dienstleistungen im Kanton dienen. Dieser Auftrag wurde in die zweite Priorität eingestuft und soll ab 2018 umgesetzt werden.

Reporting Arbeitsgruppe: Im Rahmen der Umsetzung des Demenzkonzepts Obwalden / Nidwalden wurde bereits eine Bedarfsanalyse durchgeführt, die auf den Zahlen der Obsan-Studie 2017 beruhen. Der Fokus der erwähnten Bedarfsanalyse lag zwar auf der Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen, die Aussagen und beschriebenen Szenarien richten sich aber genauso an die gesamte Versorgung einer älteren Bevölkerung. Der entsprechende Bericht soll im Herbst 2017 dem Regierungsrat vorgelegt werden. Ohne schon Details vorweg zu nehmen, werden die Erkenntnisse aber klar weitergehen, als die reine Klärung der versorgungsrelevanten Anzahl Pflegebetten im Kanton Obwalden. Es wird um Szenarien gehen, die aufzeigen, wie gesamthaft Versorgungsstrukturen im ambulanten und stationären Bereich aufgebaut werden könnten und wie sich diese letztendlich auf die Schaffung von Pflegebetten auswirken. Wenn zweckmässige Wohn-, Pflege- und Betreuungsstrukturen im ambulanten Bereich vermehrt aufgebaut werden können, müssen im Gegenzug weniger Pflegebetten aufgebaut werden. Sogenannten *Intermediären Strukturen*² werden in Zukunft von Bedeutung sein.

Fazit Arbeitsgruppe: Die Arbeitsgruppe anerkennt grundsätzlich den Zusammenhang zwischen vorgelagerten und nachgelagerten Versorgungsstrukturen. Die Erkenntnisse aus dem erwähnten Bericht sollen deshalb möglichst zeitnah auch mit den Einwohnergemeinden besprochen bzw. bearbeitet werden.

² Unter intermediären Strukturen werden Angebote verstanden, die zwischen dem Lebensort und der sozialmedizinischen Institution liegen. In diesem Sinn sind es auch Angebote, die halb ambulant oder halb stationär sind. Sie sollen für eine gewisse Zeit noch ein Leben ausserhalb der stationären Angebote ermöglichen. Dazu gehören z.B. Tages- oder Nachtstrukturen, Alterswohnungen mit Dienstleistungen, Kurzzeitaufenthalte / Ferien- / Entlastungsbetten. (Quelle Obsan Dossier 52)

6.7 Absprache KSOW-Strategie hochbetagte Patientinnen und Patienten mit übrigen Leistungserbringern

Empfehlung Arbeitsgruppe (Empfehlung 3): Die Arbeitsgruppe empfiehlt dem KSOW, sich in seiner Strategie für die Versorgung hochbetagter Patientinnen und Patienten auf die Dienstleistungen der übrigen Leistungserbringer abzustimmen.

Reporting Arbeitsgruppe: Seit 2007 trifft sich das KSOW mit den Zuweisern bzw. Hausärzten zu regelmässigen Treffen, da sie eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgungskette einnehmen. Ebenfalls findet seit 2009 ein regelmässiger Austausch der Pflegedienstleiterinnen der Spitex, der Alters- und Pflegeheimen und des Spitals mit Themen und Zielen zur Schnittstellenklärung und nachhaltigen Optimierung der Patientenversorgung statt. Das KSOW ist zudem Mitglied der kantonalen Arbeitsgruppe Palliative Care, womit der Austausch mit anderen Leistungserbringern zu diesem Thema gewährleistet ist. In diesem Zusammenhang ist auch die seit 1995 bestehende Zusammenarbeit mit der Emma-Gremli-Schäli-Stiftung des Kantons Obwalden zu erwähnen. Diese Personen bieten sterbenden Menschen Betreuung und menschliche Zuwendung.

Weiter wurden die Stellenprozentage im Sozialdienst erhöht, so dass an jedem Wochentag eine Sozialberaterin anwesend ist. Das Angebot beinhaltet ein hohes Fachwissen und Übersicht von externen Institutionen und Beratungsstellen in und ausserhalb des Kantons sowie deren Finanzierung. Die Vernetzung und Zusammenarbeit mit den externen Leistungserbringern ist eine wichtige Aufgabe der Sozialberatung und sie nimmt deshalb auch eine wichtige Schnittstellenfunktion ein. So ist sie u.a. Ansprechperson für die Alzheimervereinigung Obwalden/Nidwalden. Die Sozialarbeit ist auch Teil der interdisziplinären Beratungsgespräche zwischen den Patientinnen und Patienten sowie ihren Bezugspersonen der Pflege und Ärzten der Medizin/Chirurgie. Das Beratungsgespräch ist eine wichtige Vernetzung zwischen den involvierten Disziplinen mit dem Ziel einer ganzheitlichen und umfassenden Beratung und Planung der Anschlusslösung nach der Hospitalisation. Seit 2017 werden diese Bemühungen in der Bettenstation Chirurgie/Orthopädie mit einem Austrittsmanagement intensiviert. In der Station der Medizin waren aufgrund der bereits sehr guten Ausgangslage keine entsprechenden Bemühungen notwendig. Beim Austrittsmanagement geht es aufgrund der stetig kürzer werdenden Aufenthaltsdauer darum, die Austrittsentscheidung mit den Patientinnen und Patienten genau abzustimmen. Im Laufe der Hospitalisation wird die Patientin bzw. der Patient bedürfnis- und situationsgerecht für die Zeit nach dem Austritt vorbereitet. Beim Austrittsgespräch werden abschliessend offene Fragen geklärt und die Versorgungskontinuität zwischen dem stationären und nachstationären Aufenthalt gewährleistet.

Die Arbeitsgruppe stellt fest, dass die Zusammenarbeit zwischen dem KSOW und den übrigen Leistungserbringern im Bereich der hochbetagten Patientinnen und Patienten aufgrund von zusätzlichen Abstimmungsbemühungen gut funktioniert. Die Anzahl entsprechender Patientinnen und Patienten im KSOW wird jedoch auch in Zukunft zunehmen.

Fazit Arbeitsgruppe: Die Arbeitsgruppe empfiehlt dem KSOW, in seiner nächsten Strategie die Patientengruppe der hochbetagten Menschen noch gezielter zu berücksichtigen. Dies betrifft sowohl die Vor- und Nachbetreuung sowie Aspekte der Altersmedizin. Zudem empfiehlt die Arbeitsgruppe allen Leistungserbringern, den Schnittstellen noch mehr Bedeutung zukommen zu lassen.

6.8 Ausbau ambulante Pflege, Entlastungs- und Betreuungsleistungen

Empfehlung Arbeitsgruppe (Empfehlung 4c): Die Arbeitsgruppe empfiehlt einen nachfrageorientierten zeitlichen Ausbau der ambulanten Pflege-, Entlastungs- und Betreuungsleistungen. Das Angebot von zusätzlichen ambulanten Betreuungsleistungen muss unter Berücksichtigung weiterer Anbieter kostendeckend erfolgen.

Reporting Arbeitsgruppe:

Die Spitex Obwalden hat im Dezember 2016 Verhandlungen mit den Einwohnergemeinden für die Einführung der 24-Stunden-Dienstleistung – also im wesentlichen Ausbau auf Nachtleistungen – aufgenommen. Die Entscheidungen der Einwohnergemeinden sind ausstehend. Neu werden diese Entscheide von der Interkommunalen Gesundheitskommission diskutiert und vorbereitet (vgl. Punkt 15 dieses Berichts).

Vom Zeitpunkt der Entscheidungen der Einwohnergemeinden benötigt die Spitex eine Vorlaufzeit von zehn bis zwölf Monaten für die Feinplanung, d.h. ein Start ist frühestens Mitte 2018 möglich. Inwiefern es sich mit der Nachfrage nach einem Nachtdienst verhalten wird, ist nach Einführung zu analysieren. Die Spitex geht von einer Anlauf- und Aufbauzeit von drei Jahren aus. Weiter ist die Spitex schon länger intensiv an den Themen Palliative Care, Psychiatriepflege und Demenzpflege beschäftigt.

Aktuell gibt es in den Betagteninstitutionen im Kanton Obwalden, welche auch Alterswohnungen anbieten (Schärme Sarnen, Huwel Kerns und dr Heimä Giswil) noch keine eigentliche Inhouse-Spitex. Die Versorgung erfolgt hauptsächlich durch die Spitex Obwalden. In den erwähnten Institutionen werden jedoch Hotellerie- sowie Notpflege- und Beratungsleistungen erbracht. Im Zusammenhang mit ihren Ausbauplänen streben die Betagteninstitutionen in Obwalden vermehrt eine integrierte Versorgung an, ganz im Sinne des Wohn- und Pflegemodells 2030 von CURAVIVA Schweiz. Einzelne Betagteninstitutionen ergänzen die ambulanten Pflegedienste auch durch das Angebot von Tagesbetreuung, insbesondere für demenzbetroffene Menschen, sowie von Entlastungsbetten, wenn pflegende Angehörige eine Auszeit brauchen.

Das KSOW bietet ebenfalls diverse ambulanten Pflege-, Entlastungs- und Betreuungsleistungen an. Als Beispiele sind die Ernährungs- und Diabetesberatung, die ambulante Abklärung der Knochendichte (mit dem Osteomobil) sowie die Herzgruppe Obwalden zu nennen. Zudem hat sich das Wundambulatorium in den letzten Jahren stetig entwickelt und modernisiert. Das Angebot richtet sich an Hausärzte, die Patientinnen und Patienten mit komplexen und stagnierenden Wunden an dieses Leistungszentrum am KSOW überweisen. Auf eine enge Zusammenarbeit mit den Hausärzten, den Pflegeheimen und der Spitex wird grossen Wert gelegt. Weiter wurde auch die medizinische Tagesklinik ausgebaut, in welcher Patientinnen und Patienten mit onkologischen Krankheiten behandelt werden. Die Tagesklinik arbeitet eng mit der Spitex Obwalden zusammen, dies unter anderem in Bezug auf palliative Patientensituationen. Auch die hausärztliche Notfallpraxis am KSOW ist ein ambulantes Angebot, wo an den Wochenenden und Feiertagen die Hausärzte Obwalden und das KSOW gemeinsam die Notfallpraxis betreiben.

Als weiteres Angebot plant der Verein "Tageshaus Obwalden" gemäss eigenen Auskünften noch dieses Jahr ein entsprechendes Angebot zu lancieren.

Auf nationaler Ebene hat der Bundesrat Ende 2014 einen Aktionsplan „Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige. Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz“ verabschiedet. Ausgehend davon will der Bundesrat die Rahmenbedingungen für betreuende und pflegende Angehörige verbessern. Nötig sind zum einen bessere Informationen und der Ausbau von Entlastungsangeboten, wie Unterstützung durch Freiwillige oder Kurzaufenthalte in

Alters- und Pflegeheimen. Zum anderen braucht es Massnahmen, um die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege zu fördern. Die Umsetzung dieser Massnahmen soll gemeinsam mit den Kantonen, Gemeinden und privaten Organisationen angegangen werden. Der Aktionsplan ist Teil der Gesundheitsstrategie 2020 des Bundes.

Verschiedene Entlastungsangebote sind im Kanton Obwalden bereits vorhanden: Entlastungsdienst SRK, Spitex; Informationsangebote von Pro Senectute, Sozialdiensten der Gemeinden; Ferienbetten oder Tagesstrukturen in Alters- und Pflegeheimen, etc. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Pflege und Betreuung kranker Familienmitglieder durch Angehörige aber künftig noch wichtiger werden. Veränderte Familienstrukturen (mehr alleinstehende Personen, Zunahme der Erwerbstätigkeit von Frauen, grössere geografische Distanzen zwischen Familienmitgliedern) erschweren die Pflege und Betreuung von Angehörigen.

Die Arbeitsgruppe begrüsst deshalb die Anstrengungen der Leistungserbringer sowie privater Initiativen. Ebenso ist der Aktionsplan des Bundesrats zur Entlastung von betreuenden und pflegenden Angehörigen zu begrüessen. Kanton und Einwohnergemeinden sollen sich mit den im Aktionsplan aufgeführten Massnahmen auseinandersetzen und bei Bedarf entsprechende Angebote aus- bzw. aufbauen.

Fazit Arbeitsgruppe: Die Arbeitsgruppe stellt fest, dass ein nachfrageorientierter zeitlicher Ausbau der ambulanten Pflege-, Entlastungs- und Betreuungsleistungen stattgefunden hat bzw. immer noch stattfindet. Gleichzeitig stellt sie fest, dass die öffentliche Kommunikation über die Angebote noch intensiviert werden muss.

6.9 Konzept für gerontopsychiatrische Versorgung

Empfehlung Arbeitsgruppe (Empfehlung 7): Die Arbeitsgruppe empfiehlt, unter Beteiligung von CURAVIVA Obwalden und der PONS sowie weiterer Partner aus Nidwalden ein Konzept für die gerontopsychiatrische Versorgung in Ob- und Nidwalden zu entwickeln.

Reporting Arbeitsgruppe: Im Jahr 2014 wurden unter der Mitarbeit von CURAVIVA Obwalden und Nidwalden erste Vorarbeiten für ein gerontopsychiatrisches Konzept geleistet. Das Projekt wurde jedoch nicht weiter vorangetrieben, weshalb die Zusammenarbeit zwischen den Betagteninstitutionen und der Psychiatrie in Sarnen heute informell und fallbezogen, ohne die Struktur einer Konsiliar- oder Liaisonvereinbarung, erfolgen.

Es ist jedoch zu erwähnen, dass sich die Ausgangslage zur psychiatrischen Versorgung im Kanton Obwalden inzwischen grundlegend verändert hat. Seit dem 1. Januar 2017 wird die Psychiatrie am Standort Sarnen in einem Betreibermodell der Luzerner Psychiatrie (*lups*) geführt. Die Kantone Luzern, Obwalden und Nidwalden bilden eine gemeinsame psychiatrische Versorgungsregion.

Die *lups* hat per 1. Januar 2017 die Räumlichkeiten und das Angebot der PONS so übernommen, wie es sich zu diesem Zeitpunkt präsentierte. Es ist jedoch ein erklärtes Ziel der *lups* und des Regierungsrats des Kantons Obwalden in den nächsten Jahren sowohl die Gebäude als auch das Angebot am Standort Sarnen anzupassen. In der Botschaft des Regierungsrats zur Vereinbarung über die institutionelle psychiatrische Versorgung in Sarnen zwischen dem Kanton Obwalden und der *lups* vom 23. Mai 2016 zuhanden des Kantonsrats sind mögliche Entwicklungen des Angebots aufgezeigt. Dabei wird von den verantwortlichen Personen das Hauptszenario E mit folgenden Angeboten als empfehlenswert betrachtet:

- 1 Ambulatorium Grundversorgung für Patienten/Patientinnen OW/NW (Kinder, Jugendliche, Erwachsene & Alter) mit aufsuchender und nachgehender Behandlung;
- 1 Tagesklinik für Patienten/Patientinnen OW/NW mit 12 Plätzen (Erwachsene & Alter);

- 1 Akutstation für Patienten/ Patientinnen OW/NW mit 20 Betten (Erwachsene & Alter) mit 24h-Notfalldienst;
- 1 Spezialstation für Patienten/Patientinnen OW/NW mit 20 Betten mit Profil „Psychiatrisch-Medizinische-Station“ in Kooperation mit der medizinischen Klinik des KSOW.

Insbesondere der letzte Punkt ist im Sinne der Empfehlung 7 der Arbeitsgruppe zu begrüßen. Die Arbeitsgruppe nimmt zudem positiv zur Kenntnis, dass die neue Leitung der Psychiatrie in Sarnen mit diversen Leistungserbringern Gespräche führt und damit eine auf den Bedarf abgestützte Angebotsplanung verfolgt. Denn insbesondere die Betagteninstitutionen sind an einer Unterstützung in der gerontopsychiatrischen Versorgung mehr denn je interessiert, hat doch die Zahl der demenzbetroffenen Menschen, aber auch der Bewohnerinnen und Bewohnern mit chronischen psychischen Krankheiten in den letzten Jahren stark zugenommen. Diese Bewohnerinnen und Bewohner beanspruchen im Pflegealltag zeitliche Ressourcen, die mit den Leistungserfassungssystemen RAI und BESA in keiner Weise erfasst werden können. Hinzu kommt die besondere Belastung für die Pflegeteams, welche zu Spannungen in den Teams und mit den behandelnden Hausärzten führen kann.

Die Arbeitsgruppe macht zudem darauf aufmerksam, dass der „psychiatrischen Palliative Care“ noch zu wenig Beachtung geschenkt wird.

Fazit Arbeitsgruppe: In den nächsten Jahren wird das Angebot der Psychiatrie Luzern, Obwalden und Nidwalden am Standort Sarnen weiter ausgestaltet. Es ist ein Augenmerk darauf zu richten, dass die gerontopsychiatrische Versorgung ein Bestandteil des Leistungskatalogs ausmacht und eine entsprechende Vereinbarung zwischen der CURAVIVA Obwalden und der *Iups* vorangetrieben wird.

6.10 Ausbildungskonzepte sowie Aus- und Weiterbildungskosten gegenüber Restfinanzierern offenlegen

Empfehlung Arbeitsgruppe (Empfehlung 13): Die Arbeitsgruppe empfiehlt den Leistungserbringern, ihre Ausbildungskonzepte sowie die Aus- und Weiterbildungskosten gegenüber den Restfinanzierern offen zu legen.

Reporting Arbeitsgruppe:

Die Spitex hat interne Ausbildungskonzepte für Fachpersonen Gesundheit und Pflegefachpersonen HF. Diese sind jederzeit von den Einwohnergemeinden einsehbar. Weiter erhalten die Einwohnergemeinden sowie das Gesundheitsamt jährlich eine detaillierte Management-Info, in welcher die Finanzaufgaben zur Weiterbildung ersichtlich sind. Es ist darin auch ein Qualitätsbericht enthalten, welcher aufzeigt, in welchen Bereichen Weiterbildungen stattgefunden haben.

Das KSOW berichtet, dass die Ausbildungskonzepte FH, HF, FaGe vorhanden sind und umgesetzt werden. Die Aus- und Weiterbildungskosten werden auf Anfrage gerne ausgewiesen. Bei der Kostenbeteiligung der Weiterbildungskosten orientiert sich das KSOW an den Empfehlungen der Spitaldirektoren Zentralschweiz (spize).

CURAVIVA hält fest, dass sich alle Betagteninstitutionen im Kanton Obwalden in den letzten fünf Jahren sehr stark und mit Blick auf den Eigenbedarf für die Ausbildung engagiert haben. Jede Institution setzt dabei - im Rahmen ihrer Möglichkeiten und Kultur - ihren eigenen Schwerpunkt. Alle sieben Betriebe bilden Fachpersonen Gesundheit oder Betreuung aus. Die Seniorenresidenz «am Schärme», die Stiftung Felsenheim in Sachseln und das Alters- und Pflegeheim Erlenhaus in Engelberg sind Ausbildungsbetriebe für diplomierte Pflegefachleute HF. Hinzu kommen EFZ-Ausbildungen in den Bereichen Betreuung, Hauswirtschaft, Küche, Administration und Betriebstechnik. Einzelne Betriebe bieten auch Attest- oder geschützte Ausbildungen an – für Menschen mit Behinderungen oder Migrationshintergrund.

Seit ungefähr zwei Jahren ist bei der Nachfrage nach Lehrstellen ein Rückgang festzustellen. Die Bewerberinnen können sich einen Ausbildungsplatz aussuchen, was die Konkurrenz unter den Betrieben gefördert hat. Ein gemeinsames Berufs- und Ausbildungsmarketing, wenn möglich mit den anderen Leistungserbringern im Kanton, hat für CURAVIVA Obwalden eine hohe Priorität.

Angesichts der Studien, die im Zusammenhang mit den Ausbildungskosten, insbesondere im Pflegebereich³ bereits gemacht worden sind, haben die Betagteninstitutionen darauf verzichtet, ihre Ausbildungskosten in den Pflegeberufen noch einmal detailliert zu erheben und auszuwerten. Während bei den AGS-, FaGe- und FaBe-Ausbildungen (sekundärer Bereich) die Bilanz zwischen den Bruttokosten der Ausbildung und der Produktivität der Auszubildenden einen Nettotonutzen für die Betriebe ergibt, werden für die Ausbildung HF (tertiärer Bereich) in den Betagteninstitutionen Nettokosten von durchschnittlich Fr. 300.- pro Praktikumswoche errechnet. Gleichzeitig nimmt der Bedarf an Personen mit Ausbildung HF zu, da die pflegerischen Situationen zunehmend komplexer werden. Das Angebot an Ausbildungsplätzen HF ist im Kanton ausreichend, es stellt sich vielmehr ein Problem bei der Nachfrage der Studierenden. Insbesondere die Tatsache, dass während des Studiums grössere Lohneinbussen in Kauf genommen werden müssen, hält viele Personen von diesem Laufbahnschritt ab.

Da im Kanton Obwalden die Pflegeausbildungen im sekundären Bereich den Schwerpunkt ausmachen, erachtet CURAVIVA Obwalden ein System mit Ausgleichszahlungen nicht sinnvoll. Dagegen stellt sich die Frage, ob sich der Kanton in seiner Verantwortung zur Sicherung der Gesundheitsversorgung gemäss Art. 5 Abs. 1 Bst. b des Gesundheitsgesetzes mit Ausgleichszahlungen an der HF-Ausbildung und mit einem Beitrag an das Berufs- und Ausbildungsmarketing beteiligen soll.

Fazit Arbeitsgruppe: Die Arbeitsgruppe hält fest, dass die Kostensicht betreffend Aus- und Weiterbildung des Pflegepersonals ein gewichtiges Argument darstellt. Aufgrund der Entwicklungen im Gesundheitsmarkt stuft jedoch der zukünftige Bedarf an Fachpersonal die reine Kostensicht zurück. Gemäss dem vom Obsan im Herbst 2016 veröffentlichten Bericht "Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Prognose bis 2030"⁴ erachtet die Arbeitsgruppe die Dringlichkeit überhaupt genügend Pflegekräfte auf dem Markt zu finden, als vordergründig. Die Arbeitsgruppe will dieser Herausforderung jedoch nicht mit einem Bonus- / Malussystem begegnen (wie beispielsweise im Kanton Luzern). Sie empfiehlt im Gegenzug den Leistungserbringern, gemeinsam ihre Anstrengungen in der Rekrutierung von Auszubildenden und in der Erhaltung der Attraktivität eines Berufs im Gesundheitswesen im Sinne eines Berufsmarketings zu intensivieren.

6.11 Beibehaltung AG als strategisches Netzwerk

Empfehlung Arbeitsgruppe (Empfehlung 1): Die Arbeitsgruppe empfiehlt die Weiterführung der Arbeitsgruppe „Versorgungskette“ sowie regelmässige strategische Treffen der Leistungserbringer unter der Leitung des Gesundheitsamts.

Auftrag Regierungsrat: Der Regierungsrat entscheidet nach Kenntnisnahme des entsprechenden Berichts zum zweiten Schritt (finanzielle Analyse), ob die Arbeitsgruppe weitergeführt wird und ob regelmässige strategische Treffen der Leistungserbringer unter der Leitung des Gesundheitsamts stattfinden sollen. Dieser Auftrag wurde deshalb als (vorläufig) nicht prioritär eingestuft.

³ Kosten und Nutzen der tertiären Ausbildung in der Pflege, Eidgenössisches Hochschulinstitut für Berufsbildung, Oktober 2011; Kosten und Nutzen der Lehrlingsausbildung, Forschungsstelle für Bildungsökonomie der Universität Bern, 2007; „Wer rechnen kann, bildet Lernende aus“, Broschüre von CURAVIVA Schwyz ins Zusammenarbeit mit dem Kanton Schwyz

⁴ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2016); Gesundheitspersonal in der Schweiz; Bestandesaufnahme und Prognose bis 2030; OBSAN Bericht 71

Reporting Arbeitsgruppe: Gesundheitspolitische Themen, die sowohl die Einwohnergemeinden, den Kanton sowie verschiedenste Leistungserbringer betreffen, werden auch in Zukunft bei der Ausarbeitung von Lösungsstrategien ein koordiniertes Vorgehen erfordern. Die Zusammenarbeit in einer Arbeitsgemeinschaft ermöglicht eine höhere Effizienz und schnellere Kommunikationswege, wenn die betreffenden Vertretungen bereits in einem Gremium vereint sind. Aufgrund der Neuorganisation der Einwohnergemeinden im Bereich Gesundheit (vgl. Punkt 15 dieses Berichts) macht es aus Sicht der Arbeitsgruppe Sinn, dass ein bis zwei Personen aus der Interkommunalen Gesundheitskommission sowie der Leiter bzw. die Leiterin der Fachstelle Gesundheit der Einwohnergemeinden in diesem Gremium Einsitz nehmen. Ebenso wäre es zu begrüssen, wenn zu den bisherigen Leistungserbringern auch eine Vertretung aus der Hausärztesellschaft OW~cura teilnehmen würde.

Fazit Arbeitsgruppe: Die Arbeitsgruppe empfiehlt dem Regierungsrat, eine ständige Arbeitsgruppe Versorgungskette einzusetzen.

6.12 Förderung Hausarztmedizin

Empfehlung Arbeitsgruppe (Empfehlung 6): Die Arbeitsgruppe empfiehlt, unter der Leitung des Gesundheitsamts und in Zusammenarbeit mit den Einwohnergemeinden die Entwicklung einer Strategie zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung im Kanton Obwalden. Darin sollen auch die Möglichkeiten der Einwohnergemeinden zur Unterstützung der Strategie aufgezeigt werden.

Auftrag Regierungsrat: Aufgrund der vielfältigen Förderung der Hausarztmedizin besteht für den Regierungsrat zum heutigen Zeitpunkt kein weiterer Bedarf für eine strategische Positionierung. Die Zusammenarbeit zwischen dem zuständigen Departement und OW-cura soll weitergeführt werden. Das Finanzdepartement ist aufgrund dieser Zusammenarbeit über die neusten Entwicklungen betreffend Hausarztsituation informiert und könnte bei Bedarf rechtzeitig neue Massnahmen prüfen und Unterstützungsmöglichkeiten der Einwohnergemeinden aufzeigen. Diese Massnahme wurde deshalb als (vorläufig) nicht prioritär eingestuft.

Reporting Arbeitsgruppe: Die Interpellation 54.16.01 wollte vom Regierungsrat wissen, ob er die Meinung der Interpellanten teile, wonach sich die Situation betreffend Nachfolgeregelungen von Hausarztpraxen verschärfe und ein Hausärztemangel zu befürchten sei. Der Regierungsrat zeigte in seiner Antwort vom 22. März 2016 auf, dass er sich der Entwicklung bezüglich Nachfolgeregelungen in den einzelnen Hausarztpraxen bewusst sei. Durch die Tatsache, dass sich aktuell neun praktizierende Ärztinnen und Ärzte in Obwalden in der Altersgruppe 60+ befinde, werde es in den nächsten Jahren zu vermehrten Praxisnachfolgen kommen. Es sei nicht auszuschliessen, dass es schwieriger werde, Nachfolgelösungen zu finden. Zur zukünftigen Sicherstellung der ambulanten medizinischen Grundversorgung durch Hausärzte seien Anstrengungen auf verschiedenen Ebenen notwendig. Ein Ansatz sei die Steigerung der Attraktivität der Ausbildung zum Hausarzt bzw. zur Hausärztin. Dabei erachte der Regierungsrat das bereits bestehende Programm der Praxisassistenz nach wie vor als zielführend und sinnvolle Ausbildungsmöglichkeit. Das Modell der Praxisassistenz basiert auf einer Vereinbarung der Zentralschweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz. Bei diesem Programm bekommen Assistenzärztinnen und -ärzte an einem Spital die Möglichkeit, ein halbes Jahr in einer Hausarztpraxis tätig zu sein. Der Lohn von rund Fr. 52 000.- wird während der sechsmonatigen Praxisassistenz zu einem Drittel vom entsprechenden Hausarzt und zu zwei Dritteln vom Kanton bezahlt. Ergänzend zum diesem Modell der Praxisassistenz beschloss der Regierungsrat im Oktober 2016 zur Attraktivitätssteigerung der Ausbildung zum Hausarzt bzw. zur Hausärztin eine Vereinbarung zwischen dem Kanton Obwalden und dem Institut für Hausarztmedizin und Community Care Luzern abzuschliessen. Gemäss dieser Vereinbarung können sich neu auch Obwaldner

Assistenzärztinnen und -ärzte am Luzerner Curriculum Hausarztmedizin beteiligen. Dieser Luzerner Curriculum umfasst Rotationsstellen in medizinischen Spezialgebieten verschiedener Kliniken im Kanton Luzern, die für die Hausarztmedizin wichtig, aber ausserhalb des Curriculums schwer zugänglich sind. Zum jetzigen Zeitpunkt bestehen folgende Möglichkeiten: Rheumatologie-Orthopädie, Dermatologie, HNO, Anästhesie, Psychiatrie und Pädiatrie. Die Assistenzärztinnen und -ärzte können maximal drei Rotationsstellen wählen, wobei die Dauer einer Rotationsstelle sechs Monate beträgt. Die Finanzierung der Lohnkosten erfolgt anteilmässig durch die Kliniken (1/2 der Lohnkosten) und den Kanton Obwalden (1/2 der Lohnkosten). Pro Rotationsstelle fallen Lohnkosten von rund Fr. 29 000.- an. Es wird davon ausgegangen, dass jährlich zwei bis drei solcher Rotationsstellen aus dem Kanton Obwalden genutzt werden.

Die Arbeitsgruppe erhofft sich zudem, dass der neue Master-Studiengang Medizin ab 2020 in Luzern ebenfalls zur Linderung des Hausärztemangels in der Zentralschweiz und somit auch in Obwalden beitragen kann. Mit dem Master-Studiengang Medizin können ab 2020 jährlich 40 Master-Studierende der Universität Zürich ihre klinische Ausbildung in Luzerner Spitälern und Hausarztpraxen absolvieren. Der gemeinsame Studiengang erhöht die Chancen, dass junge Ärztinnen und Ärzte nach Studienabschluss in der Zentralschweiz eine Praxistätigkeit in der Allgemein- oder Hausarztmedizin aufnehmen.

Fazit Arbeitsgruppe: Die Arbeitsgruppe begrüsst die Anstrengungen zur Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin. Sie empfiehlt dem Regierungsrat, die Situation weiter zu beobachten und weitere Massnahmen zu prüfen. Insbesondere soll der Regierungsrat die Bestrebungen des Masterstudiengangs im Auge behalten und möglichst frühzeitig eine Zusammenarbeit mit dem Kanton Luzern oder mit dem Institut für Hausarztmedizin Luzern anstreben.

6.13 Aufnahme Steuervorteil für betreuende Angehörige

Empfehlung Arbeitsgruppe (Empfehlung 11a): Die Arbeitsgruppe empfiehlt dem Regierungsrat, die Aufnahme eines Steuervorteils für betreuende Angehörige und Freiwillige im Rahmen der nächsten Revision der Steuergesetzgebung umfassend zu prüfen.

Auftrag Regierungsrat: Der Regierungsrat ist der Meinung, dass für allfällige Entscheide eine differenzierte Betrachtung der ganzen Thematik notwendig ist. Die Ergebnisse aus den nationalen Arbeiten sind abzuwarten, um keine isolierten und unkoordinierten Massnahmen zu beschliessen. Dieser Auftrag wurde deshalb als (vorläufig) nicht prioritär eingestuft.

Reporting Arbeitsgruppe: Der Aktionsplan des Bundesrats „Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige. Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz“ will betreuende und pflegende Angehörige zeitlich und finanziell entlasten (vgl. Ausführungen zu Punkt 6.8.). Als Bestandteil dieses Aktionsplans wurde im Februar 2017 das Eidgenössische Departement des Innern beauftragt, gemeinsam mit dem Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement eine Vernehmlassungsvorlage auszuarbeiten. Personen, die ein krankes Familienmitglied pflegen, sollen das Recht haben, sich an ihrem Arbeitsplatz kurzzeitig freistellen zu lassen. Weiter soll für die Eltern von schwer kranken oder verunfallten Kindern ein länger dauernder Betreuungsurlaub eingeführt werden. Darüber hinaus will der Bundesrat die Betreuungsarbeit besser anerkennen, wozu das Gesetz über die AHV ergänzt werden soll.

Fazit Arbeitsgruppe: Mit der geplanten Anpassung des Gesetzes über die AHV kann betreuenden und pflegenden Angehörigen auch finanziell unter die Arme gegriffen werden. Dies kann eine sinnvolle Alternative zu Steuervorteilen bedeuten. Auf die Erarbeitung eines Steuervorteils für betreuende Angehörige im Kanton soll deshalb vorläufig verzichtet werden. Sollten die geplanten Gesetzesanpassungen des Bundes keine Mehrheit finden, sind die Bestrebungen im Kanton Obwalden betreffend Steuervorteil für betreuende Angehörige wieder aufzunehmen.

6.14 Diverse Regelungen im Gesundheitsgesetz

Empfehlung Arbeitsgruppe (Empfehlung 4a, 5c, 9 und 10a): Die Arbeitsgruppe empfiehlt, die Rahmenbedingungen (Versorgung, Qualität, Aufsicht, Finanzierung) der kantonalen und privaten Spitex in der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung zu regeln (4a). Die Arbeitsgruppe empfiehlt, die Rahmenbedingungen (Versorgung, Qualität, Aufsicht, Finanzierung) der stationären Langzeitpflege und –betreuung in der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung zu regeln (5c). Die Arbeitsgruppe empfiehlt, Palliative Care in der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung zu verankern (9). Die Arbeitsgruppe empfiehlt, die Schaffung einer kantonalen Koordinationsstelle in der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung zu verankern (10a).

Auftrag Regierungsrat: Der Regierungsrat verwies auf die laufende Vernehmlassung zum neuen Gesundheitsgesetz. Gemäss dieser Vorlage würden alle Empfehlungen der Arbeitsgruppe umgesetzt, weshalb für ihn kein weiterer Handlungsbedarf bestand.

Reporting Arbeitsgruppe: Mit Inkrafttreten des neuen Gesundheitsgesetzes vom 3. Dezember 2015 wurden die Empfehlungen der Arbeitsgruppe umgesetzt:

- a. Empfehlung 4a mit Art. 9 Abs. 2 Bst. e und f sowie Art. 45 Abs. 1 Bst. a bis f des Gesundheitsgesetzes;
- b. Empfehlung 5c mit Art. 6 Abs. 1 Bst. b, c und d des Gesundheitsgesetzes;
- c. Empfehlung 9 mit Art. 47 Abs. 4 des Gesundheitsgesetzes;
- d. Empfehlung 10a mit Art. 5 Abs. 1 Bst. c des Gesundheitsgesetzes.

Die Arbeitsgruppe stellt fest, dass die Entwicklungen im Gesundheitsgesetz weiterhin zügig voranschreiten. Erste Vorarbeiten für eine nächste Revision des Gesundheitsgesetzes wurden vom Finanzdepartement bereits vorgenommen. Im Rahmen dieses Berichts sind vor allem die notwendigen Anpassungen im Zusammenhang mit dem am 15. April 2017 in Kraft getretenen Bundesgesetz zum elektronischen Patientendossier (eHealth) von Bedeutung. Ebenfalls ein wichtiger Punkt wird sein, die Zuständigkeit der Einwohnergemeinden bezüglich der Festlegung der stationären und ambulanten Pflorgetarife klarer im Gesundheitsgesetz zu verankern.

Fazit Arbeitsgruppe: In der nächsten Revision des Gesundheitsgesetzes ist insbesondere der Bereich eHealth auf den aktuellsten Stand und an übergeordnetes Recht anzupassen sowie die Zuständigkeit der Einwohnergemeinden bezüglich Pflorgetarife klarer zu verankern.

6.15 Förderung Freiwilligenarbeit

Empfehlung Arbeitsgruppe (Empfehlung 11b): Die Arbeitsgruppe empfiehlt den Einwohnergemeinden und dem Kanton, Projekte zur Förderung der Freiwilligenarbeit zu unterstützen.

Auftrag Regierungsrat: Das Gesuch der Genossenschaft KISS Obwalden zur Steuerbefreiung wurde stattgegeben. In diesem Sinne bestehen von Seiten des Kantons bereits unterstützende Rahmenbedingungen, die auch auf andere ähnliche Modelle angewendet werden könnten. Für den Regierungsrat besteht deshalb für den Kanton kein weiterer Handlungsbedarf.

Reporting Arbeitsgruppe: Der Kanton hat dieses Thema gemäss Auftrag des Regierungsrats nicht weiterbearbeitet. Die Einwohnergemeinden nehmen in Punkt 15.2 dazu Stellung.

6.16 Weitere Erkenntnisse

Seit dem Abschluss des Berichts zur fachlichen Analyse hat die Arbeitsgruppe in gemeinsamen Diskussionen und Erfahrungen aus dem Berufsalltag weitere Erkenntnisse zu fachlichen Aspekten der Versorgungssituation in Obwalden gesammelt. Sie werden hier dem Regierungsrat ebenfalls unterbreitet.

6.16.1 Einbezug der Projekte Palliative Care und Demenz

Das Projekt „Palliative Care“ im Kanton Obwalden befindet sich in der Umsetzungsphase. Die Bestrebungen im Bereich Aus- und Weiterbildung, Sensibilisierung, Runde Tische sowie Fach- und Vernetzungstage sollen im Kanton eine qualitativ bessere und koordinierte Pflege und Betreuung von Menschen in palliativen Situationen ermöglichen. Mit Blick auf die Versorgung ist insbesondere die Gründung des Hospiz Zentralschweiz zu erwähnen. Das Hospiz will als Einrichtung der spezialisierten Palliative Care in der Langzeitpflege in der Zentralschweiz eine Versorgungslücke schliessen. Dieses Anliegen ist auch aus Sicht des Kantons Obwalden zu begrüssen. Es muss nun mit den Einwohnergemeinden geklärt werden, ob das Hospiz Zentralschweiz Aufnahme auf die kantonale Pflegeheimliste findet.

Im der gemeinsamen Demenzstrategie der Kantone Obwalden und Nidwalden sind Empfehlungen zu den Bereichen Information und Partizipation, bedarfsgerecht Angebote sowie Qualität und Fachkompetenz enthalten.

Fazit Arbeitsgruppe: Die Arbeitsgruppe begrüsst die Absicht des Regierungsrats, laufend die Erkenntnisse und Auswirkungen der Projektumsetzungen in eine Gesamtsicht aufzunehmen und diese in den gesamten Versorgungskontext zu integrieren.

III. Finanzielle Analyse

7. Vorgehen der Arbeitsgruppe

Die Arbeitsgruppe hat sich am 31. März 2015 erstmals getroffen, um die Erarbeitung des zweiten Schrittes des vom Regierungsrat gestellten Auftrags in Angriff zu nehmen (finanzielle Analyse). Es wurde beschlossen, dass die Evaluation zu den beiden Finanzierungssystemen, Pflegefinanzierung und Spitalfinanzierung, wie folgt aufgebaut werden soll:

- Pflegefinanzierung

Der Betrachtungszeitraum umfasst die Jahre 2009 bis 2014. Damit soll ein Vergleich von zwei Jahre vor und vier Jahre nach Einführung der neuen Pflegefinanzierung (1.1.2011) ermöglicht werden. Es sollen folgende Erhebungen dargestellt und verglichen werden können:

- a. Evaluation der Objektfinanzierung pro Einwohnergemeinde und Total in der stationären Langzeitpflege und in der Hilfe und Pflege zu Hause;
- b. Evaluation der Subjektfinanzierung von Pflegekosten in der stationären Langzeitpflege und in der Hilfe und Pflege zu Hause;
- c. Evaluation der Subjektfinanzierung von Hotellerie, Hauswirtschaft- oder Betreuungsleistungen pro Einwohnergemeinde und Total in der stationären Langzeitpflege und in der Hilfe und Pflege zu Hause;
- d. Evaluation des Anteils für wirtschaftliche Hilfe pro Einwohnergemeinde und Total in der stationären Langzeitpflege und in der Hilfe und Pflege zu Hause;
- e. Entwicklung des CaseMix und der Anzahl der pflegebedürftigen Personen in Pflegeheimen im gleichen Zeitraum pro Einwohnergemeinde und Total in der stationären Langzeitpflege und in der Hilfe und Pflege zu Hause.

In der Folge sollen die Evaluationsergebnisse, im Hinblick auf deren Auswirkungen auf die Einwohnergemeinden, interpretiert und kommentiert werden.

- Spitalfinanzierung

Der Betrachtungszeitraum umfasst auch bei der Spitalfinanzierung die Jahre 2009 bis 2014. Damit soll ein Vergleich von drei Jahren vor und drei Jahren nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung (1.1.2012) ermöglicht werden. Sie soll mittels folgender Erhebungen dargestellt und verglichen werden können:

- a. Evaluation der Entwicklung der Spitalfinanzierung innerkantonal (KSOW);
- b. Evaluation der Entwicklung der Spitalfinanzierung Engelberg;
- c. Evaluation der Spitalfinanzierung ausserkantonal;
- d. Evaluation der gesamten Spitalfinanzierung.

In der Folge sollen die Evaluationsergebnisse, im Hinblick auf deren Auswirkungen auf den Kanton, interpretiert und kommentiert werden.

- Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigungen

Ebenfalls über den Betrachtungszeitraum 2009 bis 2014 sollen die Entwicklungen der Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigungen betrachtet, und in die Rückschlüsse mit einbezogen werden.

Schliesslich soll eine Gegenüberstellung der Schlussfolgerungen zu den Auswirkungen der beiden Finanzierungssysteme auf die Einwohnergemeinden und den Kanton gemacht werden.

8. Pflegefinanzierung: Entwicklung und Auswirkungen auf die Einwohnergemeinden

8.1 Grundlagen zur Pflegefinanzierung⁵

Die Neuregelung der Pflegefinanzierung beruht auf den Voraussagen der demografischen Entwicklung. Dabei wird davon ausgegangen, dass mit dem heutigen Lebensstandard, dem Lebensstil und den Lebensbedingungen die durchschnittliche Lebenserwartung für Frauen und Männer weiterhin steigt.

In der öffentlichen Diskussion um diese Entwicklung werden zwei unterschiedliche Blickwinkel wahrgenommen. Zum einen wird ein Defizitmodell des Alterns in den Vordergrund gestellt, bei dem ältere Menschen vorwiegend als zunehmend krank, damit kostenintensiv und belastend für die Gesellschaft wahrgenommen werden. Zum anderen wird ein Ressourcen-Modell favorisiert, indem das lange, gesunde Altern mit hohem gesellschaftlichem Nutzen der älteren Generation anerkannt wird, und zudem eine langsamer fortschreitende Pflegebedürftigkeit im hohen Alter erwartet werden darf, wenn überhaupt eine Pflegebedürftigkeit entsteht.

Beide Blickwinkel haben unmittelbare Auswirkungen auf die gesellschaftlichen und sozialpolitischen Entwicklungen in unserem Land.

Eine unterstützungsbedürftige Situation ist in der Regel durch die Bereiche „Pflege“ und / oder „Betreuung“ geprägt.

Dabei kann aber nur die Pflege als Teil des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) und der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung) vom 29. September 1995 (KLV; SR 832.112.31) zu den definierten, professionellen Versorgungsstrukturen gezählt und damit über die Pflegefinanzierung abgerechnet werden. Der Bund hat in einer groben Schätzung zur Kostenentwicklung im Pflegebereich im Rahmen seiner damaligen Botschaft zur Neuordnung der Pflegefinanzierung, im Zeitraum von 2000 bis 2040, die erwartete Kostenzunahme mit 208 Prozent beziffert.

Vor der Einführung der neuen Pflegefinanzierung wurden die Kosten der Pflege durch mehrere direkte Finanzierungsquellen gedeckt. Etwas weniger als zwei Drittel übernahmen die privaten Haushalte. Falls deren Mittel nicht ausreichten, was vor allem beim Aufenthalt im Pflegeheim häufig der Fall war, konnten sie Ergänzungsleistungen zur AHV (gegebenenfalls zur Invalidenversicherung) beanspruchen. Etwa ein Fünftel der Pflegekosten wurde durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt; rund ein Achtel durch die Kantone und Einwohnergemeinden. Die noch verbleibenden Kosten wurden durch andere Sozialversicherungen und durch private Finanzierungen (Spenden, Legate) gedeckt. Der Anteil der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an der Finanzierung des Pflegebereichs hatte sich vom Inkrafttreten des KVG bis 1999 nahezu verdoppelt, schliesslich ist er stabil geblieben. Der Anteil der öffentlichen Hand hat sich zuerst verringert, danach aber in etwa auf das ursprüngliche Niveau zurückentwickelt. Zurückgegangen war der Finanzierungsanteil der privaten Haushalte.

8.2 Die Ziele

Grundsätzlich verfolgt die Neuordnung der Pflegefinanzierung zwei Ziele:

- a. Entlastung der sozialpolitisch schwierigen Situation von pflegebedürftigen Menschen;
- b. Entlastung der Krankenversicherer, welche im geltenden System zunehmend Pflegeleistungen zu übernehmen haben.

Ergänzend wurde damals klar die Absicht geäussert, dass Pflegebedürftige so lange als möglich in ihren häuslichen Strukturen versorgt werden sollen. Die Strategie „ambulant vor stationär“ wurde festgelegt. Man hat sich daraus deutliche Kosteneinsparungen erhofft. Heute wird klar, dass es nicht nur um die erhofften Kosteneinsparungen geht, sondern darum, der individuellen und aktuellen Lebenssituation und den damit verbundenen Bedürfnissen eines Menschen

⁵ Quelle: Bundesrat (2005); Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

gerecht zu werden. Das Versorgungssystem muss für möglichst viele unterschiedliche Bedürfnisse Möglichkeiten bieten. Die KLV beinhaltet ausschliesslich die in den Kapiteln 8.3 und 8.4 aufgezeigten Leistungsbereiche. Soziale Indikationen, die vor allem durch gesellschaftlichen Entwicklungen beeinflusst werden (z.B. zunehmende Singularisierung der Haushalte auch bei älteren Menschen), sind darin nicht enthalten. Trotzdem bleiben sie weiterhin Indikationen für Heimeintritte. Sinnvollerweise heisst die Realität „ambulant *und* stationär“. Die Bedürfnisse und die Lebenssituation der einzelnen Personen sind entscheidend.

8.3 Die Systematik der Pflegefinanzierung in den Alters- und Pflegeheimen

Es wird grundsätzlich zwischen den zwei Kostenblöcken Aufenthalts- und Betreuungstaxe sowie Pflegekosten unterschieden:

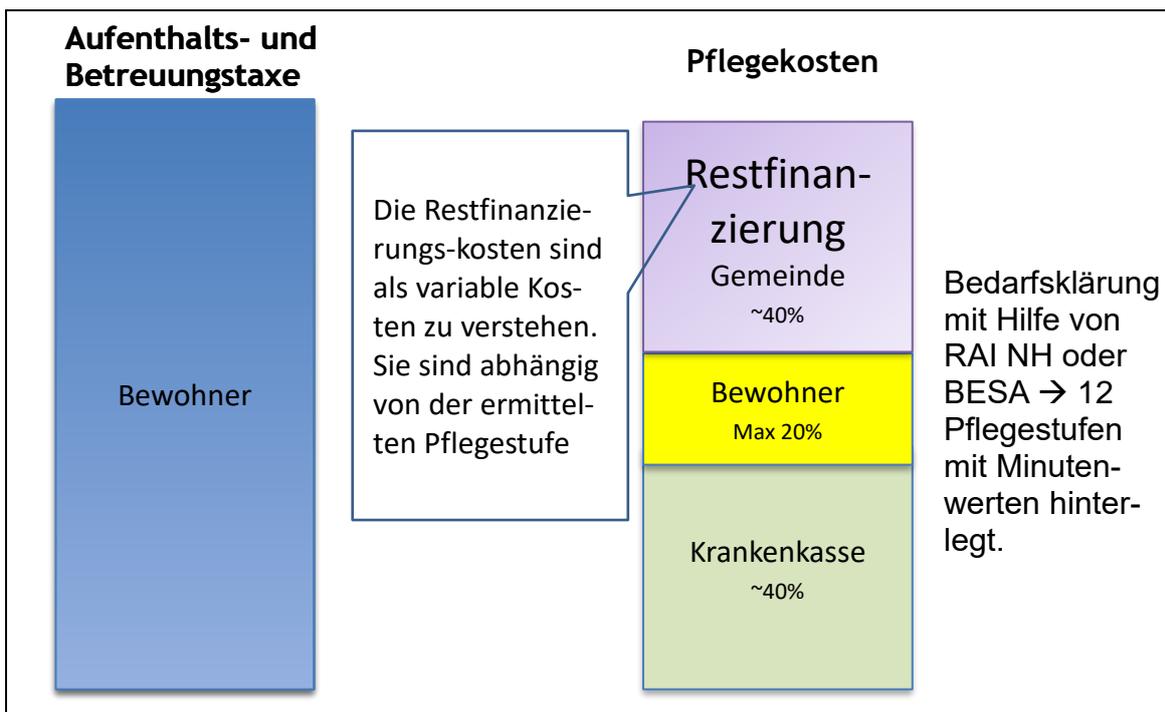


Abbildung 2: Aufteilung der Pflegekosten in Alters- und Pflegeheimen

a. die Aufenthalts- und Betreuungstaxe

Die Aufenthalts- und Betreuungstaxe beinhaltet unter anderem die Kosten des Zimmers mit Vollpension, Licht, Strom und Wasser, Besorgung der privaten und heimeigenen Wäsche, Reinigungsservice, Alltagsgestaltung, Betreuung und Aktivierung, usw. Sie sind vollständig von den Bewohnerinnen und Bewohnern zu leisten.

b. die Pflegetaxen inkl. einer Mittel- und Gegenstände-Pauschale

Die Pflegetaxen umfassen die Abgeltungen der Pflegeleistungen und Mittel und Gegenstände, die benötigt werden.

Die Pflegetaxen pro Pflegestufe und Tag stellen sich wie folgt dar (2016):

Pflegestufe	Minutenwert	Kranken- versicherung	BewohnerIn	Restfinanzierung Einwohnergemeinde
1	Bis 20 Min.	Fr. 9.00	Fr. 0.00 – 10.00	Fr. 0.00 – 2.00
2	21 – 40 Min.	Fr. 18.00	Fr. 7.00 – 21.60	Fr. 0.00 – 3.60
3	41 -60 Min.	Fr. 27.00	Fr. 21.60	Fr. 9.40 – 21.40
4	61 – 80 Min.	Fr. 36.00	Fr. 21.60	Fr. 24.40 – 44.50
5	81 – 100 Min.	Fr.45.00	Fr. 21.60	Fr. 38.40 – 60.70
6	101 – 120 Min.	Fr. 54.00	Fr. 21.60	Fr. 52.40 – 76.90
7	121 – 140 Min.	Fr. 63.00	Fr. 21.60	Fr. 67.40 – 95.20
8	141 – 160 Min.	Fr. 72.00	Fr. 21.60	Fr. 81.40 – 113.40
9	161 – 180 Min.	Fr. 81.00	Fr. 21.60	Fr. 95.40 – 131.70
10	181 – 200 Min.	Fr. 90.00	Fr. 21.60	Fr. 110.40 – 150.40
11	201 – 220 Min	Fr. 99.00	Fr. 21.60	Fr. 124.40 – 168.40
12	Ab 220 Min.	Fr. 108.00	Fr. 21.60	Fr. 139.40 – 186.80

Tabelle 1: Pflorgetaxen über alle Alters- und Pflegeheime im Kanton Obwalden 2016

Die Pflegestufen 1 – 12 beinhalten ansteigende Minutenwerte pro Stufe die dem durchschnittlichen täglichen Pflegeaufwand entsprechen.

Die Pflorgetaxen werden von den Krankenversicherern, den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie den Restfinanzieren, d.h. den Einwohnergemeinden, getragen.

Die Aufteilung der Gesamtkosten in den Alters- und Pflegeheimen präsentiert sich somit wie folgt:

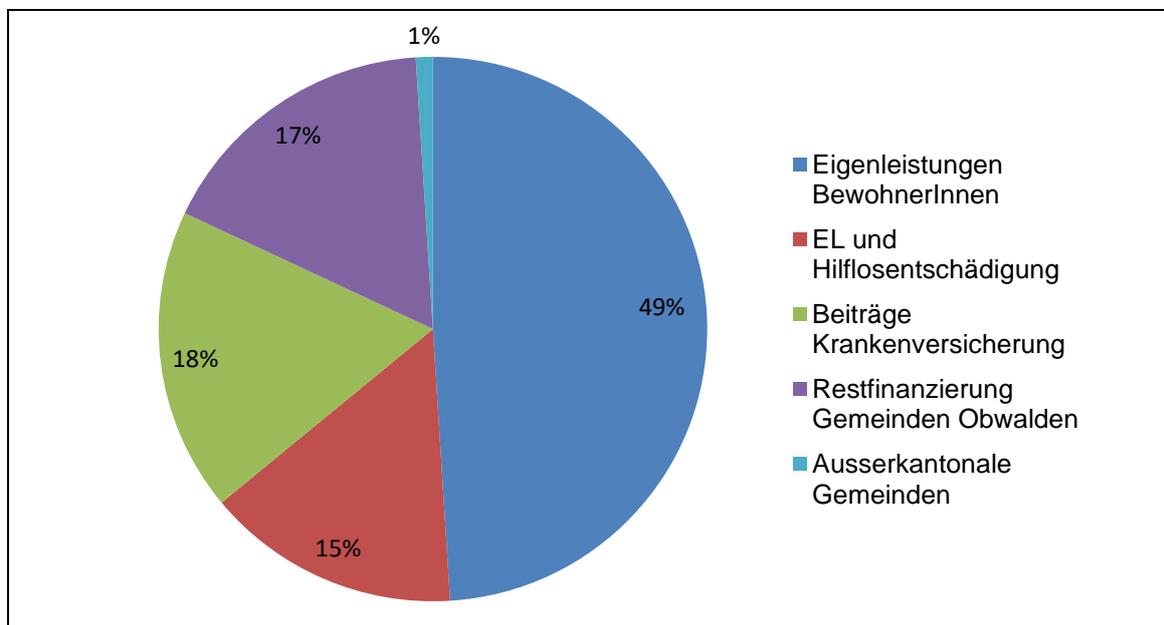


Abbildung 3: Aufteilung der Gesamtkosten in Alters- und Pflegeheimen in Obwalden
Quelle: HSLU, Wirtschaft (2015); Studie Volkswirtschaftliche Bedeutung der Alters- und Pflegeheime in Obwalden (Seite 19)

Die Restfinanzierungsanteile der Einwohnergemeinden werden aufgrund der Kostenrechnung jedes Heimes berechnet. Dabei verändern sich die Kosten pro Pflegeminute entsprechend dem sich verändernden CaseMix (siehe auch Kapitel 8.5.2). Die Gesamtkosten werden beeinflusst durch den effektiven Personalaufwand, der sich aus dem Skill- und Grademix sowie durch das

Ausbildungsengagement in den verschiedenen Funktionen ergibt. Dies erklärt auch die Unterschiede in der Kostenstruktur der verschiedenen Betriebe, die sich auch auf die entsprechenden Pfl egetaxen auswirken (siehe Tabelle 1).

8.4 Die Systematik der Pflegefinanzierung in der ambulanten Hilfe und Pflege zu Hause

Im Vordergrund stehen die Pflegekosten und damit die verrechenbaren Kosten. Daneben gibt es noch die nicht verrechenbaren Kosten, die hauptsächlich über die Verwaltungskosten anfallen. Die Pflegekosten werden in drei unterschiedlich finanzierte Leistungsbereiche aufgeteilt:

- a. Abklärung und Beratung (79.80/Stunde);
- b. Untersuchung und Behandlung (65.40/Stunde);
- c. Grundpflege (54.60/Stunde).

Diese Ansätze pro Leistungsbereich werden multipliziert mit einem Minutenwert als Pflegekosten, aufgeteilt zwischen der Krankenversicherung, den Klientinnen bzw. Klienten und den Restfinanzierern (Gemeinden).

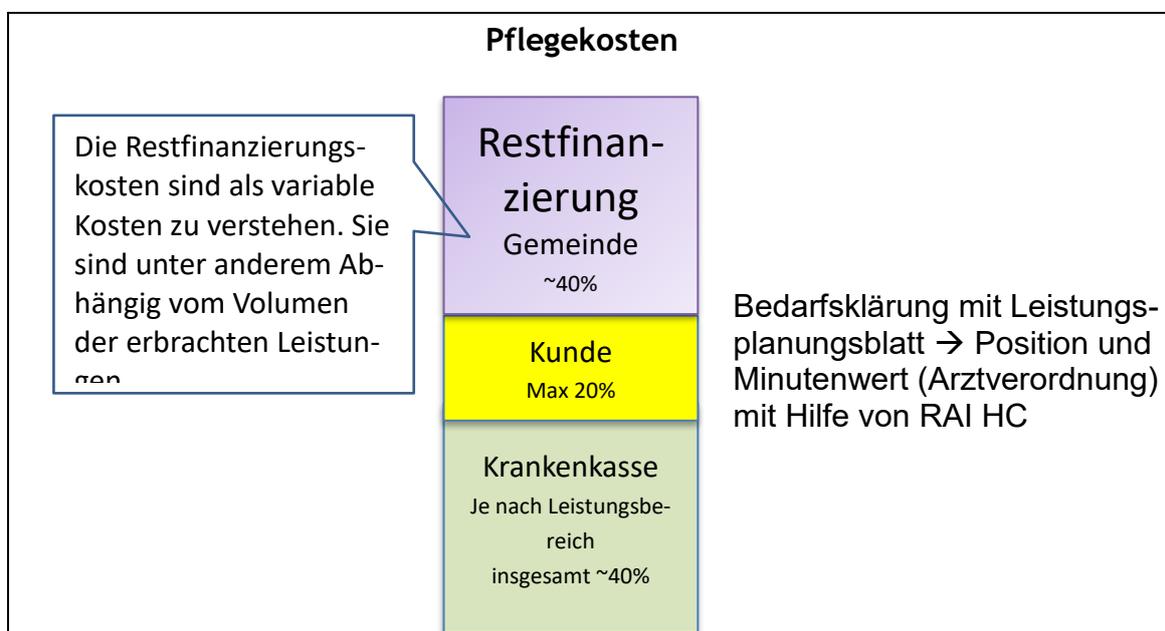


Abbildung 4: Aufteilung der Pflegekosten in der ambulanten Pflege

Der Kunde bzw. die Kundin bezahlt max. 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgelegten Ansatzes von Fr. 79.80, also max. Fr. 15.95 pro Tag. Aus familienpolitischen Gründen verzichten die Einwohnergemeinden bewusst auf eine Patientenbeteiligung bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren.

8.5 Ergebnisse betreffend Alters- und Pflegeheime

8.5.1 Restfinanzierung über alle Heime / Einwohnergemeinden

Es wurden folgende Finanzierungsformen untersucht:

- a. Objektfinanzierung
Objektfinanzierungen umfassen insbesondere Beiträge an Investitionskosten oder Defizitbeiträge. Die neue Pflegefinanzierung sah vor, dass solche Beiträge grundsätzlich nicht mehr ausbezahlt werden.
- b. Subjektfinanzierung
Subjektfinanzierung umfasst insbesondere bedarfsabhängige Beiträge der Einwohnergemeinden an die Pflegeleistungen der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner. Solche wurden schon vor der neuen Pflegefinanzierung in Form von Beiträgen an die ungedeckten

Pflegekosten geleistet, waren aber im Gegensatz zum heutigen 12-stufigen System auf vier Stufen verteilt. Heute laufen diese unter dem Begriff „Restfinanzierung“.

- c. Subjektfinanzierung von Hotellerie, Hauswirtschaft oder Betreuungsleistungen
Darunter sind auf die einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner bezogene, bedarfsabhängige Beiträge der Einwohnergemeinden bzw. des Kantons an Leistungen der Hauswirtschaft oder der Kinderspitex zu verstehen.
- d. Anteil wirtschaftliche Hilfe im Rahmen eines Heimaufenthalts

Finanzierung	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Objektfinanzierung	637 697	483 836	424 613	347 646	255 346	286 608
Subjektfinanzierung Pflegeleistungen	3 781 907	3 958 303	8 099 613	7 533 629	6 882 745	7 310 319
Subjektfinanzierung Hotellerie, Hauswirtschaft, Betreuung	783 812	0	0	0	0	0
Wirtschaftliche Hilfe	83 177	58 625	75 637	132 895	101 046	129 143
Total:	5 286 593	4 500 764	8 599 863	8 014 170	7 239 137	7 726 070

Tabelle 2: Total der Objekt- und Subjektfinanzierung sowie wirtschaftliche Hilfe über alle Heime / Einwohnergemeinden vor und nach Einführung der Pflegefinanzierung

Ein Vergleich der Gesamtkosten des Jahres 2010 (letztes Jahr vor der Einführung der neuen Pflegefinanzierung) mit denjenigen von 2014, zeigt ein Anstieg der Gesamtkosten von 3,2 Millionen Franken oder rund 71 Prozent.

Die Veränderungen von 2011 zu 2012 sind auf Anwendungsfehler im Zuge der Umstellung auf die neue Pflegefinanzierung zurückzuführen. Der Grund für den Rückgang im 2013 liegt hauptsächlich in der Kalibrierung der Leistungserfassungsinstrumente. Der Anstieg im Jahr 2014 ist mit der steigenden Anzahl von pflegebedürftigen Menschen zu erklären.

Bei der stationären Langzeitpflege haben sich die Beiträge der Einwohnergemeinden zur Objektfinanzierung im Verhältnis vor und nach Einführung der neuen Pflegefinanzierung etwas mehr als halbiert. Diese Entwicklung ist gemäss den Detailergebnissen darauf zurückzuführen, dass fünf Einwohnergemeinden im Sinne der neuen Pflegefinanzierung spätestens ab 1. Januar 2011 keine Objektfinanzierungsbeiträge mehr leisteten. Engelberg und Kerns leisteten mindestens bis 2014 weiterhin Objektfinanzierungsbeiträge. Im Gegenzug haben sich die Subjektfinanzierungsbeiträge etwa verdoppelt. Diese Aussage trifft annähernd auf alle Einwohnergemeinden zu.

Was die wirtschaftliche Hilfe im Zusammenhang mit einem Heimaufenthalt angeht, haben sich diese etwas mehr als verdoppelt. Sie sind in den Gemeinden Sarnen, Giswil und Sachseln angefallen. Es bleiben jedoch weiterhin Einzelfälle, die auf wirtschaftliche Hilfe angewiesen sind. Zu beachten gilt es, dass wirtschaftliche Hilfe teils durch hohe Kosten bei jungen, schwer pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern anfallen. Zumindest in Sarnen und Giswil würde dies den Anstieg erklären.

Die Ziele des Bundes, nämlich die Reduktion der finanziellen Belastung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der Krankenversicherer sind klar erreicht. Während die Bewohnerinnen und Bewohner vor Einführung der neuen Pflegefinanzierung fast zwei Drittel der Kosten zu tragen hatten, tragen sie heute insgesamt etwas weniger als die Hälfte der Kosten. Bei den Krankenversicherern wurden die Beiträge pro Pflegestufe plafoniert und damit das Ziel ebenfalls er-

reicht. Insgesamt kann aber der Verteilschlüssel 40 Prozent Versicherer und 40 Prozent Restfinanzierer dadurch nicht aufrechterhalten werden. Ansteigende Kosten werden zu Ungunsten der Restfinanzierer verschoben.

Im Anhang 1 sind die Detailergebnisse zur Pflegefinanzierung aufgeführt.

8.5.2 CaseMix 2011 – 2014 aller Einwohnergemeinden

	2011	2012	2013	2014
Alpnach	77.25	104.33	96.26	92.43
Engelberg	115.29	101.21	105.78	93.50
Giswil	85.00	94.87	71.87	77.43
Kerns	115.71	117.38	90.59	98.84
Lungern	95.55	87.67	78.00	79.82
Sachseln	95.08	101.34	88.38	84.03
Sarnen	90.82	90.67	85.96	91.96

Tabelle 3: CaseMix aller Einwohnergemeinden in der Zeitspanne 2011 – 2014 (Stichtag: jeweils 1. Juli)

Der CaseMix ist ein wichtiger Berechnungsfaktor bei der Finanzierung der stationären Institutionen. Er ist als Mittelwert aller erbrachten Pflegeminuten, geteilt durch die Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner einer Institution an einem Stichtag zu verstehen. Wie aus der Tabelle 3 sichtbar wird, schwankt der CaseMix in allen Einwohnergemeinden mehr oder weniger stark. Tendenziell steigt der Pflegeaufwand einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners in der letzten Lebensphase an. Je mehr Bewohnerinnen und Bewohner sich am Stichtag in einem Heim befinden, die pflegeaufwändig sind, je höher liegt deren CaseMix. Umgekehrt sinkt der Wert, wenn ein Heim viele Bewohnerinnen bzw. Bewohner mit niedrigerem Pflegeaufwand aufweist.

Hat ein Heim nun in einer gewissen Zeitspanne mehrere Todesfälle zu verzeichnen, sinkt in der Regel der CaseMix, da frei gewordene Betten oftmals durch weniger pflegebedürftige Personen besetzt werden. Kleinere Heime, eine kritische Grösse liegt bei Heimen mit unter 70 Betten vor, sind von solchen Situationen viel mehr betroffen als grössere Heime. Die wegfallenden Einnahmen aus hohen Pflegestufen machen sich im Zusammenhang mit den Fixkosten (Lohnkosten) viel drastischer bemerkbar, was jeweils zu einer Anpassung der Pfl egetaxen führen muss. So können für die tieferen Pflegestufen höhere Pfl egetaxen in Rechnung gestellt, und die Fixkosten gedeckt werden. Die Höhe der Restfinanzierung sollte sich dadurch nicht wesentlich verändern. Sie verändert sich für eine Einwohnergemeinde aber dann, wenn sich die Zahl der stationären pflegebedürftigen Einwohnerinnen und Einwohner erhöht.

8.5.3 Entwicklung der stationär pflegebedürftigen Einwohnerinnen und Einwohner in den Einwohnergemeinden

	2011	2012	2013	2014
Alpnach	48	51	57	56
Engelberg	42	47	46	48
Giswil	30	31	21	28
Kerns	51	47	49	51
Lungern	44	42	40	34
Sachseln	49	58	61	66
Sarnen	112	121	123	127

Tabelle 4: Stationär pflegebedürftige Einwohnerinnen und Einwohner in den Einwohnergemeinden (Stichtag: jeweils 1. Juli)

8.5.4 Erkenntnisse der AG zur Anzahl der stationären pflegebedürftigen Personen in den Einwohnergemeinden

Die Anzahl der stationär pflegebedürftigen Menschen hat sich in den Obwaldner Gemeinden sehr unterschiedlich entwickelt. In Lungern ist die Zahl zurückgegangen; in Kerns und Giswil ist sie praktisch gleich geblieben. Dagegen verzeichnen Alpnach, Sachseln, Sarnen und Engelberg eine steigende Anzahl stationär pflegebedürftiger Einwohnerinnen und Einwohner. Diese Entwicklung kann sich durch eine Phase mit einer hohen Anzahl Todesfälle, wie sie in den Obwaldner Betagteninstitutionen 2015 zu verzeichnen war, wieder verändern – die Tendenz ist aber durch die Demografie gegeben.

Der Vergleich zwischen der Anzahl Personen und dem jeweiligen CaseMix zeigt deutlich, dass die Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner (oder auch Betten) nicht so entscheidend sind um Aussagen über die Pflegeintensität machen zu können. Viel entscheidender ist die Pflegebedürftigkeit der jeweiligen Personen. Dementsprechend wird auch in Zukunft nicht einfach die Anzahl der Betten für die Restfinanzierung entscheidend sein, sondern viel mehr welche Pflegebedürftigkeit die Bewohnerinnen und Bewohner, die diese Betten belegen, aufweisen.

Ein Beispiel: Am Stichtag 1. Juli 2012 lebten in Alpnach 51 Bewohnerinnen bzw. Bewohner im Alters- und Pflegeheim. Demgegenüber zeigt der damalige CaseMix-Wert von 104.33, dass die Bewohnerinnen und Bewohner eine relativ hohe Pflegebedürftigkeit aufweisen. Im Jahr 2013 hatte Alpnach am gleichen Stichtag 57 Bewohnerinnen bzw. Bewohner und der CaseMix-Wert betrug nur 96.26. Sie weisen mit mehr Bewohnerinnen und Bewohner eine niedrigere Pflegebedürftigkeit auf.

8.6 Ergebnisse betreffend ambulante Hilfe und Pflege Zuhause

8.6.1 Restfinanzierung ambulante Hilfe und Pflege Zuhause

Finanzierung	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Objektfinanzierung	1 947 150	1 708 611	661 165	221 373	269 141	170 769
Subjektfinanzierung Pflegeleistungen, Hauswirtschaft & Betreuung	0	0	367 555	916 423	754 305	850 265
Total:	1 947 150	1 708 611	1 028 720	1 137 796	1 023 446	1 021 034

Tabelle 5: Total Objekt- und Subjektfinanzierung in der ambulanten Hilfe und Pflege über alle Einwohnergemeinden, 2009 – 2014

Vor Einführung der Pflegefinanzierung wurden alle Kosten über eine Objektfinanzierung gedeckt. Nach der Einführung haben sich entsprechend der neuen Finanzierungssystematik, die Objektfinanzierungsbeiträge auf die reinen Defizitbeiträge, in der Regel nicht verrechenbare Kosten, reduziert. Die Defizitbeiträge entsprechen heute ungefähr 1/10 der Kosten vor dem 1. Januar 2011. Die Subjektfinanzierungsbeiträge an die Spitex wurden erst nach der Einführung der neuen Pflegefinanzierung, in Form der Restfinanzierung, ausgewiesen. Sie haben sich im Zeitraum von 2011 bis 2014 verdoppelt. Der Kostensprung bei der Objektfinanzierung und der Subjektfinanzierung von 2011 zu 2012, ist auf Abgrenzungs- und Abrechnungsungenauigkeiten zum Zeitpunkt der Einführung der neuen Pflegefinanzierung zurückzuführen.

Die durch die Einwohnergemeinden zu tragenden Gesamtkosten im Vergleich von 2010 und 2014 sind damit um Fr. 687 577.- oder rund 40 Prozent gesunken.

Den Zahlen der Restfinanzierung stehen die Entwicklungen der Anzahl Kunden gegenüber:

Jahr	Kunden Pflege	Kunden HW	Davon beide	Kunden effektiv	Std. Pflege	Std. HW	Std. Total
2011	500	377	216	661	31 875	9 381	41 256
2012	485	371	302	654	30 820	8 951	39 771
2013	523	366	228	661	31 992	8 838	40 830
2014	474	393	215	652	32 759	9 584	42 343

Tabelle 6: Entwicklung der Anzahl Kunden in der Zeitspanne in der ambulanten Hilfe und Pflege Zuhause, 2011 – 2014

Die Anzahl der Kunden in den Jahren 2011 bis 2014 hat im Bereich Pflege tendenziell abgenommen. Gleichzeitig sind aber die Pflegestunden gestiegen, was auf eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit hinweist. Eher gestiegen sind die Kunden und die Stunden im Bereich Hauswirtschaft. Die Veränderungen im Bereich Pflege betreffen die Einwohnergemeinden als Restfinanzierer und den Kanton, der ebenfalls an jede geleistete Stunde einen Beitrag von Fr. 13.60 leistet.

Auch bei der Pflegefinanzierung der ambulanten Hilfe und Pflege zu Hause, wurden die Ziele des Bundes insgesamt erreicht. Die Kunden zahlen mit dem Selbstbehalt von Fr. 15.95 pro Tag einen Betrag, den sie vor der Einführung der neuen Pflegefinanzierung nicht zahlen mussten. Dies erklärt wenigstens zum Teil, weshalb die Restkosten der Gemeinden und der leistungsabhängige Kantonsbeitrag abgenommen haben. Aber wie schon bei der Pflegefinanzierung in den Heimen wurde der Anteil der Krankenversicherer plafoniert.

Eine weitere Erklärung für die Reduktion der Gesamtkosten könnte im Zusammenhang mit der auf 2007 umgesetzten Zentralisierung und Optimierung der Arbeitsabläufe in der kantonalen Spitexorganisation liegen. Ebenfalls positiv dürfte sich der Bezug des neuen Spitex-Zentrums im Jahr 2012 ausgewirkt haben.

Die Anteile der Restkostenfinanzierung für die Leistungen privater Spitexorganisationen sind nur in Einzelfällen in die vorgelegten Zahlen eingeflossen. Dies hat damit zu tun, dass die Einwohnergemeinden vor dem Inkrafttreten des neuen Gesundheitsgesetzes nur für die Leistungen der öffentlichen Spitex die Restfinanzierung übernahmen.

8.6.2 Kantonsbeiträge an die ambulante Hilfe und Pflege zu Hause

Finanzierung	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Objektfinanzierung Sockelbeitrag	22 000	22 000	22 000	22 000	22 000	22 000
Subjektfinanzierung Spitexleistungen	664 550	667 444	573 830	590 083	589 130	608 223
Subjektfinanzierung Mahlzeitendienst	9 463	6 807	5 653	7 674	36 226	46 775
Total:	696 013	696 251	601 483	619 757	647 356	676 998

Tabelle 7: Total der Kantonsbeiträge an die ambulante Hilfe und Pflege zu Hause, 2009 – 2014 (gemäss Art. 29 Gesundheitsgesetz)

Für den Kanton sind die Gesamtkosten von 2010 (letztes Jahr vor der Einführung der Pflegefinanzierung) zu 2014 um Fr. 19 293.- oder rund 2,7 Prozent gesunken.

An zu merken ist hierbei, dass mit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung ein Taktwechsel von ehemals zehn zu neu fünf Minuten erfolgte, was zwangsläufig zu einer Reduktion der zu verrechnenden Stunden geführt hat.

Der vom Kanton geleistete Sockelbeitrag als Objektfinanzierungsbeitrag blieb über die ganze Periode unverändert. Demgegenüber sanken die leistungsabhängigen Beiträge des Kantons an der Subjektfinanzierung um rund Fr. 65 000.- (rund 10 Prozent) nach Einführung der Pflegefinanzierung. Ab 2013 zahlt der Kanton Fr. 5.- pro Mahlzeit (vorher Fr. 1.-) an den Mahlzeiten-dienst. Deshalb stiegen die Kosten in den Jahren 2013 und 2014 markant an. Zudem steigt tendenziell die Nachfrage nach gelieferten Mahlzeiten.

8.7 Entwicklungsperspektiven in Bezug auf die Pflegefinanzierung

Die Bettenanzahl im Kanton wird in den nächsten Jahren aufgrund der teils bereits bekannten Bauvorhaben in verschiedenen Gemeinden steigen. Dieser Ausbau wird in der Regel mit dem steigenden Bettenbedarf, aufgrund der immer grösser werdenden Anzahl älterer, pflegebedürftiger Menschen, begründet.

Wie bereits beschrieben, ist nicht die Anzahl der Betten das entscheidende Kriterium zur Kostenentwicklung, sondern die Anzahl der stationär und ambulant pflegebedürftigen Menschen sowie ihre durchschnittliche Pflegebedürftigkeit. Die Tendenz dürfte sein, dass wenig pflegebedürftige Menschen möglichst lange zu Hause oder in anderen Wohnformen bleiben und da, wenn nötig, von der Spitex und wenn vorhanden, von Angehörigen gepflegt und betreut werden. Ebenfalls entscheidend wird es sein, wie sich die Nachfrage und das Angebot von Tages- oder Nachtstrukturen zur Entlastung des sozialen Umfelds entwickeln. Zudem dürften weitere zukunftsweisende Projekte wie „Demenzfreundliche Gemeinde“ positive Rahmenbedingung schaffen, damit Menschen mit einer Demenz länger zuhause bleiben können. Die Begleitung von demenzkranken Menschen ist allerdings weder in der ambulanten noch in der stationären Versorgung über die Pflegefinanzierung abgegolten.

Auf der anderen Seite steht eine Tendenz, die aufzeigt, dass es in der Schweiz in den nächsten Jahren zu einer Zunahme der Einpersonenhaushalte kommt. Dies ist von Bedeutung, weil die Betreuungsfrage in diesen Lebenssituationen zur Herausforderung für die Einwohnergemeinden werden könnte. Ansonsten könnten im gleichen Ausmass auch die Heimeintritte aus sozialen Indikationen zunehmen.

Falls sich die Tendenz, immer länger zu Hause oder in anderen Wohnformen bleiben zu können, durchsetzt, dann heisst dies im Umkehrschluss, dass im Kanton der Bedarf an stationären Langzeitbetten langsamer ansteigt. Dafür dürfte der Pflegebedarf der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner bei gleichzeitiger Verkürzung der Aufenthaltsdauer zunehmen, und dadurch die Fluktuationsrate bei den Heimbewohnerinnen und -bewohnern steigen. Siehe dazu auch „Bericht des Regierungsrats“ zum Bericht der Arbeitsgruppe „Analyse der Versorgungskette im Pflegebereich“ vom 6. Januar 2015.

Seit in Kraft treten des neuen Gesundheitsgesetzes sind die Einwohnergemeinden auch offiziell verpflichtet, privaten Spitexorganisationen Restfinanzierungsbeiträge zu zahlen. Dies entspricht bereits bisher geltendem Bundesrecht. Es ist jedoch nicht angezeigt, die privaten Spitexanbieter mit den gleichen Restfinanzierungsbeiträgen wie die öffentliche Spitex zu finanzieren. Die öffentliche Spitex hat ganz klar einen Service Public zu gewährleisten und hat eine Versorgungspflicht, unabhängig von der Rentabilität. Zudem nimmt die öffentliche Spitex eine Ausbildungsverpflichtung wahr, die sich auch auf die ungedeckten Kosten auswirkt. Aufgrund dessen fällt die Restkostenfinanzierung der Einwohnergemeinden gegenüber den privaten Spitexorganisationen tiefer aus als gegenüber der öffentlichen Spitex. Die Leistungserbringung der privaten Spitex nimmt im Kanton Obwalden trotzdem tendenziell zu (genauere Angaben möglich?).

Auf nationaler Ebene gewinnt das Interesse am Verhältnis private – öffentliche Spitex ebenfalls an Bedeutung. Ein Postulat sieht vor, dass der Bundesrat einen Bericht vorzulegen hat, inwiefern private und öffentliche Spitexorganisationen sowie deren Kundinnen und Kunden einander

nicht gleichgestellt sind. Wichtig sei darzulegen, wo es Unterschiede in Bezug auf die Gleichbehandlung gebe und wie allfällige Unterschiede eliminiert werden könnten. Im Zentrum stehen dabei Themen wie die Finanzierung, Mehrwertsteuer, Qualität, Anstellungsbedingungen, Aus- und Weiterbildungsverpflichtungen sowie Versorgungssicherheit. Der Bundesrat hat die Ablehnung des Postulats empfohlen. Während die zuständige Kommission des Nationalrats (Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des NR) dem Postulat ganz knapp Folge leisten will, hat die gleichnamige Kommission des Ständerats das Postulat ganz klar abgelehnt.

Entscheidend wird auch die Entwicklung der Volksgesundheit sein. Je länger die immer älter werdende Bevölkerung gesund bleibt, umso positiver wird sich dies auf die Kostenentwicklung auswirken. Dementsprechend ist unter anderem die vom Bund lancierte NCD – Strategie (Strategie zur Verminderung der nicht übertragbaren Krankheiten) eine Investition in die Zukunft.

8.8 Schlussfolgerungen zu den finanziellen Auswirkungen der neuen Pflegefinanzierung

Im Vergleich der Jahre 2010 und 2014 haben sich die Restkosten im Rahmen der neuen Pflegefinanzierung um 2,5 Millionen Franken oder rund 40 Prozent erhöht. Diese Erhöhung ist als Folge des Systemwechsels zu verstehen und erfolgte gleich im ersten Jahr nach Einführung der neuen Pflegefinanzierung. Danach stieg der Anteil der Restkostenfinanzierung nur noch moderat an.

Je nachdem wie sich die Tendenzen entwickeln, wird der Anteil an Restfinanzierungskosten in der ambulanten oder der stationären Versorgung höher ausfallen. Die Restfinanzierungskosten in beiden Versorgungsbereichen werden sich entsprechend der Zunahme, der immer älter werdenden Bevölkerung, in den nächsten 15 bis 25 Jahren weiter erhöhen.

Anzumerken ist, dass die steigenden Kosten für die Einwohnergemeinden nur begrenzt durch die steigende Pflegebedürftigkeit bedingt sind. Sie sind auch dadurch bedingt, dass aufgrund der Bundesgesetzgebung der Beitrag der Krankenversicherer an die Pflegekosten im ambulanten wie auch stationären Bereich bis auf Weiteres eingefroren wurde. Sämtliche Kostenentwicklungen, die nicht unmittelbar mit der Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang stehen, wie z.B. steigende Lohnkosten, Aus- und Weiterbildungskosten oder auch Schwankungen in der Auslastung, wirken sich nur auf die Restfinanzierung aus.

Sollte sich auf Bundesebene die Pflegefinanzierung zukünftig weiterhin nicht analog zur Kostenentwicklung verändern (Plafonierung der Krankenversicherungsbeiträge), so wird dies ebenfalls eine Kostensteigerung auf der Seite der Restfinanzierung, und damit der Einwohnergemeinden, nach sich ziehen. Diese Entwicklung wird das Verhältnis der Lastenanteile zwischen den Versicherern, den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie den Restfinanzierern weiter verschieben.

9. Spitalfinanzierung: Entwicklungen und Auswirkungen auf den Kanton

9.1 Grundlagen zur Spitalfinanzierung

Seit dem 1. Januar 2012 gilt in der Schweiz die neue Spitalfinanzierung. Sie hat das neue gesamtschweizerische System der Fallpauschalen, SwissDRG, mit sich gebracht. Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups; DRG) sind eines der Instrumente in der neuen Spitalfinanzierung, die zu mehr Transparenz bei den Behandlungen und einer leistungsgerechteren Vergütung der Spitäler und Kliniken führen soll. Nicht mehr die Spitäler selbst als Institutionen werden finanziert, sondern ihre Leistungen an den Patientinnen und Patienten. Zudem sollen diese Leistungen auch qualitativ vergleichbar werden. In Zukunft werden Patientinnen und Patienten wissen, welches Spital welche Operation zu welchem Preis und in welcher Anzahl anbietet. Mit den Fallpauschalen erhalten Versicherte, Kantone und Versicherer transparente Vergleiche über die Menge und Preise der Leistungen unterschiedlicher Spitäler. Die Finanzierer, Kantone und

Krankenversicherungen dürften sich für die preiswerteren Leistungen interessieren. Private und öffentliche Spitäler sollen gleich lange Spiesse erhalten.

Die neue Spitalfinanzierung hat auch neue kantonale Spitallisten nach sich gezogen, die sich primär nach den Kriterien Qualität und Effizienz auszurichten haben. Damit wollte der Bund eine Bereinigung der hohen Spitaldichte erreichen. Dem ist aber bis heute noch nicht so.

Zudem wurde der neue Kostenteiler zwischen Kantonen und Versicherern aufgenommen. Spätestens ab 2017 müssen die Kantone 55 Prozent der stationären Behandlungskosten bezahlen, während die Krankenversicherer höchstens 45 Prozent zu tragen haben. Zudem müssen die Preise der Spitäler in der neuen Spitalfinanzierung die berufliche Aus- und Weiterbildung der nichtuniversitären Berufe finanziell abdecken. Ebenso sind Investitionskosten für Operationstische, Geräte, Medikamente und Immobilien in den Preisen für Operationen, Therapien und die stationäre Pflege in Spitalern enthalten. In Obwalden wurde dieser neue Verteilschlüssel wie folgt umgesetzt:

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kanton	47%	47%	49%	51%	53%	55%
Krankenversicherung	53%	53%	51%	49%	47%	45%

Tabelle 8: Entwicklung des Kostenteilers zwischen Kanton und Krankenversicherer 2012 - 2017

Patientinnen und Patienten haben mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung die Wahlfreiheit bezüglich des bevorzugten Spitals erhalten. Die kantonalen Spitallisten bilden dafür die Grundlagen. Die weiterhin praktizierten Kostengutsprachen regeln einzig, ob der Tarif des gewählten Spitals durch den Versicherer und den Kanton zu vergüten ist, oder ob ein Referenztarif des Wohnkantons zur Anwendung kommt. Eine allfällige Differenz müsste der Patient bzw. die Patientin selbst tragen.

9.2 Die Ziele

Der Bund verfolgt mit der Neuregelung der Spitalfinanzierung verschiedene Ziele:

- a. Stärkung des Wettbewerbs.
- b. Mit der Einführung der leistungsbezogenen Finanzierung, die auf einheitlichen Strukturen beruht, soll die Transparenz erhöht, und mit dem Übergang von der Kostendeckung zur Leistungsfinanzierung die Effizienz der Leistungserbringung gesteigert werden.
- c. Die Spitalplanung, auch über die Kantonsgrenzen hinweg, soll koordiniert werden. Den vom Bundesrat auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit erlassenen Planungskriterien soll Rechnung getragen werden.

9.3 Die Systematik

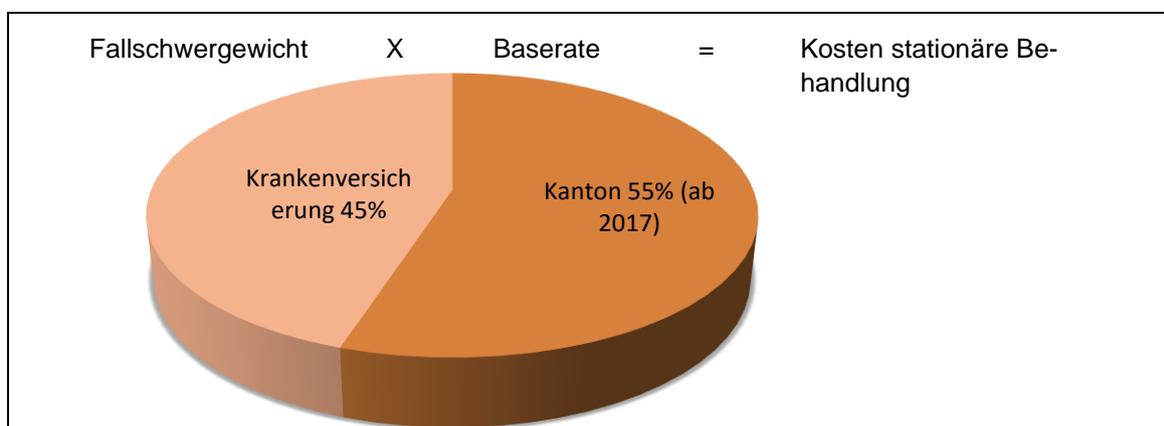


Abbildung 5: Aufteilung der Kosten der stationären Behandlungen

Im Kanton Obwalden wurde bis 2015 ein Globalkredit mit einer Gewinn- oder Verlustbeteiligung ans KSOW geleistet. Innerhalb dieses Globalkredits wurden bis 2011 Investitionspauschalen und Sockelbeiträge, respektive von 2012 bis 2013 Investitionspauschalen und Finanzierungsanteile gemäss dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG; SR 221.229.1) geleistet. Der Globalkredit beinhaltete zudem die Abgeltung der variablen, stationären Behandlungskosten und einen Anteil an Gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL).

Der durch den Kanton zu übernehmende Anteil an den stationären Behandlungskosten betrug 2012 und 2013 inner- und ausserkantonale 47 Prozent und 49 Prozent im 2014.

9.4 Ergebnisse betreffend Spitalfinanzierung

Eine Übersicht zur Spitalfinanzierung Obwalden (in Fr. 1 000.–):

Finanzierung	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Globalkredit	18 249	16 754	17 451	15 527	14 940	14 940
Anteil stationäre Behandlungskosten vom Globalkredit				9 302	10 092	10 602
Anteil GWL vom Globalkredit				6 225	4 848	4 338
Gewinn- / Verlustbeteiligung	-649	-526	-221	-604	-455	-81
Exogene Faktoren	65	-324	-1 097	-779	300	366
Ausserkantonale Hospitalisationen	8 629	8 978	9 674	11 088	14 158	12 026
Spitalversorgung Engelberg	59	67	55	1 070	1 202	1 158
Total:	26 352	24 944	25 862	26 303	30 144	28 409

Tabelle 9: Total der Kantonsbeiträge der Spitalfinanzierung, 2009 – 2014

Für den Kanton sind die Gesamtkosten im Jahr 2014 im Vergleich mit dem Jahr 2011 (letztes Jahr vor der Einführung der neuen Spitalfinanzierung) um 2,5 Millionen Franken oder rund 10 Prozent gestiegen.

Im Rahmen des Globalkredits konnte der Kanton die Kostenentwicklung im Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung abschwächen. Mit diesem Finanzierungssystem erhielt das KSOW keinen fixen Betrag für die GWL. Er errechnete sich vielmehr aus der Differenz zwischen dem Globalkredit abzüglich Kantonsanteil an den fallabhängigen Entschädigungen der stationären Behandlungskosten der Patienten und Patientinnen. Dieses System hatte folgenden Nachteil: Die fallabhängige Entschädigung der stationären Behandlungskosten hängt direkt mit der Anzahl Patientinnen und Patienten zusammen. Weil das KSOW in den letzten Jahren mehr Patientinnen und Patienten behandelte, stieg dieser Anteil. Für das Jahr 2014 stieg zudem der Kostenanteil des Kantons um zwei Prozent. Weil jedoch der Globalkredit nicht im gleichen Ausmass stieg, sank somit der verbleibende Anteil am Globalkredit für die GWL. Es erfolgte sozusagen eine Quersubventionierung des GWL-Beitrags. Im Vergleich von 2012 und 2014 sank somit der Anteil am Globalkredit für die GWL um 1,8 Millionen Franken. Auf dieser Grundlage konnte das Kantonsspital im Jahr 2014 kein positives Rechnungsergebnis mehr erzielen. Aufgrund dessen wurde auf den 1. Januar 2016 diese Finanzierungssystematik geändert. Er leistet seither einen leistungsabhängigen Anteil an die stationären Behandlungskosten 1:1. Daneben leistet er für

das KSOW einen festgelegten Kredit für die GWL, die das Spital im Rahmen der Leistungsvereinbarung erbringt.

Bei der ausserkantonalen Spitalfinanzierung zeigt sich im Jahr 2013 ein markanter Ausschlag nach oben. Dies hat damit zu tun, dass bei der Einführung der neuen Spitalfinanzierung Unsicherheiten im Zusammenhang mit der Abrechnung entstanden sind, und im Jahr 2013 erbrachte Leistungen verspätet im 2014 abgerechnet wurden. Dieser Ausreisser korrigierte sich im Jahr 2014 wieder auf ein vergleichbares Niveau.

Der enorme Sprung im Konto „Spitalversorgung Engelberg“ ab Einführung der neuen Spitalfinanzierung ist wie folgt zu erklären: Vor dem 1. Januar 2012 wurden über das Konto „Spitalversorgung Engelberg“ nur diejenigen Hospitalisationen im Kantonsspital Nidwalden erfasst, welche Personen ohne Zusatzversicherung (insbesondere Spitalversorgung ganze Schweiz, Halbprivat oder Privat) betraf. Engelberger Patientinnen und Patienten, die mindestens über eine Zusatzversicherung „Spitalversorgung ganze Schweiz“ verfügten, wurden über das Konto „ausserkantonale Hospitalisationen“ erfasst. Ab dem 1. Januar 2012 wurden alle Hospitalisationen von Engelberg, egal ob mit oder ohne Zusatzversicherungen, über das Konto „Spitalversorgung Engelberg“ erfasst. Die Baserate der beiden Spitäler Obwalden und Nidwalden war in den letzten Jahren praktisch identisch.

9.5 Entwicklungsperspektiven

Der Kanton wird bis 2017 weiterhin zwei Prozent mehr an die stationären Behandlungskosten zahlen müssen. Dies gilt inner- wie auch ausserkantonale. Ab 2017 zahlt der Kanton demnach 55 Prozent der stationären Behandlungskosten.

Zudem zeichnet sich ab, dass es ebenfalls inner- wie auch ausserkantonale zu einer Mengenausweitung kommen wird. Gesamtschweizerisch steigen die stationären Behandlungskosten zurzeit stetig an. Ein Teil davon dürfte im Zusammenhang mit dem grösser werdenden Anteil der älteren Bevölkerung sein.

Ein weiterer Aspekt, der zur absehbaren Kostenentwicklung führen wird, ist die mit der Spitalfinanzierung eingeführte freie Spitalwahl. Dies bedeutet, dass Personen aus Obwalden auch für Leistungen, die eigentlich in unserem Spital angeboten werden, ein ausserkantonales Spital aufsuchen können. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Baserate der verschiedenen, vergleichbaren Spitäler immer mehr angleichen werden. Bei Behandlungen in Zentrumsspitalern wird die Baserate jedoch höher als im KSOW sein.

Wie bereits erwähnt hat der Kanton auf den 1. Januar 2016 die Finanzierungssystematik des KSOW angepasst. Er leistet nun seinen leistungsabhängigen Anteil an die stationären Behandlungskosten 1:1. Dies wird zu einer Steigerung der Kosten für den Kanton führen.

Weiter ist eine Zunahme der Personen mit psychiatrischen Erkrankungen gesamtschweizerisch erkennbar. Der Kanton wird sich dieser Tendenz nicht entziehen können, weshalb auch hier Kostensteigerungen wahrscheinlich sind.

9.6 Schlussfolgerungen zu den Auswirkungen der Spitalfinanzierung

Die bisherige Entwicklung zeigt einen Anstieg der gesamten Spitalfinanzierung im Vergleich zu vor der Einführung der neuen Spitalfinanzierung um gut 2,5 Millionen Franken auf 28,4 Millionen Franken, was rund zehn Prozent entspricht.

Mit der Anpassung der Finanzierungssystematik des KSOW auf den 1. Januar 2016 und den für die Jahr 2016 und 2017 nochmals um zwei Prozent steigenden Kantonskostenanteil ist absehbar, dass der Anteil der behandlungsabhängigen, stationären Kosten nur schon innerkantonal

nochmals einen Sprung nach oben machen wird. Zusammen mit den ebenfalls steigenden Kosten bei den ausserkantonalen stationären Spitalaufenthalten wird sich die Kostenentwicklung mindestens im bisherigen Rahmen fortsetzen.

Wie bereits ausgeführt, ist gesamtschweizerisch die gleiche Entwicklung erkennbar. In der ZGSDK und der GDK ist das Thema erkannt. Lösungsstrategien sind in Diskussion. Unter anderem verfolgen die Kantone Zürich und Luzern die Strategie "ambulant vor stationär" mit einer Liste von ambulant durch zu führenden Operationen. Erfahrungen dazu liegen noch nicht vor. Von Seiten des Bundes werden weitere Strategien diskutiert. Aktuell steht die Diskussion des Themas "Einheitliche Finanzierung von ambulant und stationär" im Vordergrund. Entscheide wurden aber noch keine gefällt.

10. Ergänzungsleistungen: Entwicklungen und Auswirkungen auf den Kanton

10.1 Die Ziele

Der Bund und die Kantone gewähren Personen, die in wirtschaftlich schlechter Situation leben, Ergänzungsleistungen zur Deckung ihres Existenzbedarfs. Grundsätzlich sollen Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen nicht zusätzlich der Sozialhilfe anfallen.

10.2 Die Systematik

Die Ergänzungsleistungen bestehen aus:

a. der jährlichen Ergänzungsleistungen

Die jährliche Ergänzungsleistung ergibt sich aus der Differenz zwischen den anrechenbaren Einnahmen und den anrechenbaren Ausgaben einer Person.

Bei Personen in Heimen können als Ausgaben die Aufenthalts- und Betreuungskosten, sowie der Pflegeselbstbehalt von maximal Fr. 21.60 pro Tag angerechnet werden. Die Aufenthalts- und Betreuungskosten können vom Kanton begrenzt werden.

b. der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten.

Anspruch auf diese Vergütungen haben Personen, welche Anspruch auf eine Ergänzungsleistung haben. Über die Krankheits- und Behinderungskosten können im Nachgang zur Krankenversicherung ambulante Pflege- und Betreuungskosten (Patientenbeteiligung), von maximal Fr. 15.95 pro Tag, gedeckt werden. Bei der Voraussetzung, auf den Anspruch auf eine mittlere oder schwere Hilflosenentschädigung, können weitere Pflegekosten zu Hause bezahlt werden.

10.3 Ergebnisse betreffend Ergänzungsleistungen (EL) und Hilflosenentschädigungen (HE) im Zusammenhang mit Heimaufenthalten

Finanzierung	2009	2010	2011	2012	2013	2014
EL zur AHV	7 447 347	7 847 368	7 884 289	8 421 004	8 993 616	9 491 770
EL zur IV	4 265 074	4 311 994	4 531 665	4 530 991	4 662 222	4 674 259
Total Bezüger	827	817	858	875	889	916
EL-Bezüger in Heimen:						
AHV	205	200	197	214	214	224
IV	79	79	77	79	79	79
Total	284	279	274	293	293	303
HE-Bezüger in Heimen:						
AHV	120	117	117	122	123	119
IV	47	48	48	40	40	42
Total:	167	165	165	162	163	161

Tabelle 10: Entwicklung der EL und Hilflosenentschädigung im Zusammenhang mit Heimaufenthalten 2009 – 2014

Im Rahmen der EL Entwicklung und der Pflegefinanzierung spielt auch die Entwicklung der Kapitalbezüge von Pensionskassengeldern eine nicht unwesentliche Rolle. Total wurde in 49 Fällen Kapitalbezüge von Pensionskassengeldern registriert. Per 1. Januar 2014 betrug diese sogenannten Verzichtsbeträge Fr. 4 232 594.–. Davon waren es 28 Heimbewohner, die per 1. Januar 2014 auf total Fr. 1 801 296.– verzichteten.

Diese Beträge sind insofern von Bedeutung, als dass sie für die Finanzierung der anfallenden Aufenthaltskosten nicht mehr zur Verfügung standen, und deshalb vermehrt Ergänzungsleistungen beantragt werden mussten.

Insgesamt sind die EL-Kosten im Vergleich der Jahre 2010 und 2014 um 1,65 Millionen Franken oder rund 21 Prozent gestiegen. Sie hätten noch mehr steigen können, wenn nicht die Anzahl der im Kanton zur Verfügung stehenden Pflegebetten in dieser Zeitspanne konstant geblieben wäre.

10.4 Entwicklungsperspektiven

Ein entscheidender Faktor wird aus Sicht der Arbeitsgruppe die Entwicklung der Problematik des Vermögensverzichts aufgrund von einmaligen Auszahlungen des gesamten Pensionskassenkapitals werden. Je mehr Menschen sich im Pensionsalter ihr Pensionskassenkapital frühzeitig auszahlen lassen, umso mehr wird sich eine spätere Pflegebedürftigkeit auf die Entwicklung der EL-Beiträge (Kanton), und auch auf die Entwicklung der Beiträge für wirtschaftliche Hilfe (Einwohnergemeinden) auswirken. Von Seiten der Pensionskassen sind bereits Bestrebungen im Gang, diesem vorzeitigen Vermögensverzicht Einhalt bieten zu können.

Ein weiterer, wichtiger Faktor ist die Kostenentwicklung der Aufenthalts- und Betreuungskosten in den Heimen.

10.5 Schlussfolgerungen zu den Entwicklungen der Ergänzungsleistungen und der Hilflosenentschädigung

Die Ergänzungsleistungen sind von vielen wirtschaftlichen Faktoren abhängig. Aufgrund der Vorgaben vom Bund hat der Kanton nur sehr begrenzt Einfluss auf die Kostenentwicklung. Die geplanten Gesetzesänderungen vom Bund werden kostenneutral ausfallen. Die Kostensteigerung wird sich aufgrund der Mengenausweitung auch in Zukunft fortsetzen.

11. Der Vergleich bezüglich der finanziellen Auswirkungen auf die Einwohnergemeinden und den Kanton

11.1 Schlussfolgerungen aufs Ganze gesehen

Die Gesamtkosten der Einwohnergemeinden, auf die stationäre und ambulante Langzeitpflege bezogen, haben sich im Vergleich von 2010 und 2014 um 2,5 Millionen Franken oder rund 40 Prozent gesteigert und liegen heute bei gut 8,75 Millionen Franken.

Demgegenüber haben sich die Gesamtkosten des Kantons, auf die inner- und ausserkantonalen Spitalkosten bezogen, im Vergleich von 2011 und 2014 um rund zehn Prozent auf gut 28,4 Millionen Franken erhöht.

Die Einwohnergemeinden haben den grössten Anstieg unmittelbar mit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung erlebt. Für den Kanton kam der Kostenanstieg kontinuierlich, was einerseits durch die jährliche Erhöhung des Kantonsanteils zu begründen ist und andererseits wohl auch durch eine kontinuierliche Mengenausweitung.

Für die Zukunft dürften sich die Kosten bei den Einwohnergemeinden in Anlehnung an die Demografie und die entsprechende Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung weiterentwickeln. Die An-

zahl der Pflegebetten ist dabei für die Kostenentwicklung nur bedingt relevant, da für die Einwohnergemeinden bei Pflegebedürftigkeit Kosten in jedem Falle im ambulanten oder im stationären Bereich anfallen.

Beim Kanton wird sich die Kostenentwicklung noch bis ins Jahr 2017 um mindestens zwei Prozent analog des steigenden Kostenanteils erhöhen. Ob sich die festgestellte Mengenausweitung weiterentwickelt, und wie sich die neue Finanzierungssystematik des KSOW genau auswirken bleibt abzuwarten. Alle Kantone erwarten jedoch ganz klar weiterhin einen Anstieg der Spitalkosten.

Die Betreuung stellt in allen Leistungssettings eine unterschiedliche Herausforderung dar. Sie gehört aber in allen Settings zu den erbrachten Leistungen und lässt sich auch nicht immer scharf von bezahlten „Pflegeleistungen“ unterscheiden. In den Heimen werden die Betreuungsdienstleistungen durch die Bewohner bzw. Bewohnerinnen selbst über die Aufenthalts- und Betreuungstaxe abgegolten. In der Spitex können Betreuungsleistungen nur in bestimmten Fällen und sehr begrenzt im Rahmen der Pflegefinanzierung geltend gemacht werden. Im Spital ist die Transparenz zur Finanzierung von Betreuungsleistungen überhaupt nicht gegeben. Gerade in Situationen der Pflege und Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen oder in Palliative Care Situationen, gibt es nachweislich „pflegerelevanten Betreuungsbedarf“, der aber in beiden Finanzierungssystemen nicht anerkannt ist.

Nicht zu vernachlässigen sind in diesem Zusammenhang die Leistungen der pflegenden Angehörigen. Für das Jahr 2013 bezifferte das Bundesamt für Statistik (BFS) die monetäre Bewertung der Angehörigenarbeit auf 3,5 Milliarden Franken⁶. Ebenfalls zu diesem Bereich sind die verschiedenen möglichen Formen des durch Serviceleistungen oder Begleitungen unterstützen institutionellen Wohnens (Heim nahe Alterswohnungen) zu zählen.

12. Erweiterter Betrachtungszeitraum

12.1 Ausgangslage

Die vorhergehenden Kapitel zur finanziellen Analyse basieren auf dem Betrachtungszeitraum von 2009 bis 2014. Es konnten damit drei vollständige Jahre (2012, 2013 und 2014) abgebildet werden, in denen sowohl die neue Pflegefinanzierung als auch die neue Spitalfinanzierung in Kraft war. Seit der finanziellen Analyse durch die Arbeitsgruppe ist einige Zeit vergangen. Damit der Bericht auch die Aktualität widerspiegelt, wurden in der Zwischenzeit die Zahlen für die Jahre 2015 und 2016 ebenfalls erhoben.

⁶ Quelle: BASS (2014); Zeitlicher Umfang und monetäre Bewertung der Pflege und Betreuung durch Angehörige; Datenzusammenstellung, Factsheet; im Auftrag des Spitex Verbands Schweiz

12.2 Erweiterter Betrachtungszeitraum Pflegefinanzierung

Alters- und Pflegeheime:

Finanzierung	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Objektfinanzierung	637 697	483 836	424 613	347 646	255 346	286 608	1 130 000*	704 357*
Subjektfinanzierung Pflegeleistungen	3 781 907	3 958 303	8 099 613	7 533 629	6 882 745	7 310 319	7 525 856	7 863 184
Subjektfinanzierung Hotellerie, Haus- wirtschaft, Betreu- ung	783 812	0	0	0	0	0	0	0
Wirtschaftliche Hilfe	83 177	58 625	75 637	132 895	101 046	129 143	113 673	118 470
Total:	5 286 593	4 500 764	8 599 863	8 014 170	7 239 137	7 726 070	8 769 528	8 686 011

Tabelle 11: Total der Objekt- und Subjektfinanzierung sowie wirtschaftliche Hilfe über alle Heime /
Einwohnergemeinden, 2009 – 2016

* Deutliche Zunahme ist hauptsächlich auf Alimentierung der neu gegründeten Stiftung in Engelberg zurückzuführen

Ambulante Hilfe und Pflege Zuhause:

Finanzierung	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Objektfinanzierung	1 947 150	1 708 611	661 165	221 373	269 141	170 769	236 805	138 110
Subjektfinanzierung Pflegeleistungen, Hauswirtschaft & Be- treuung	0	0	367 555	916 423	754 305	850 265	916 041	924 043
Total:	1 947 150	1 708 611	1 028 720	1 137 796	1 023 446	1 021 034	1 152 846	1 062 153

Tabelle 12: Total Objekt- und Subjektfinanzierung in der ambulanten Hilfe und Pflege über alle Einwohnergemeinden, 2009 – 2016

12.3 Erweiterter Betrachtungszeitraum Spitalfinanzierung (TCHF)

Finanzierung	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Globalkredit	18 249	16 754	17 451	15 527	14 940	14 940	15 100	77*
Anteil stationäre Behandlungskosten vom Globalkredit				9 302	10 092	10 602	12 806	12 982
Anteil GWL vom Globalkredit				6 225	4 848	4 338	2 293	4 500
Gewinn- / Verlust- beteiligung	-649	-526	-221	-604	-455	-81	-491	
Exogene Faktoren	65	-324	-1 097	-779	300	366	931	
Ausserkantonale Hospitalisationen	8 629	8 978	9 674	11 088	14 158	12 026	14 014	15 833
Spitalversorgung Engelberg	59	67	55	1 070	1 202	1 158	1 268	1 267
Total:	26 352	24 944	25 862	26 303	30 144	28 409	30 820	34 659

Tabelle 13: Total der Kantonsbeiträge der Spitalfinanzierung, 2009 – 2016

* 2016 wurde nur noch eine Ausgleichszahlung für das Jahr 2015 im Rahmen des Globalkredits bezahlt. Ansonsten wurden nur noch im Rahmen der OKP die effektiven stationären Behandlungskosten und der GWL-Beitrag geleistet.

12.4 Erweiterter Betrachtungszeitraum Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigung

Finanzierung	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
EL zur AHV	7 447 347	7 847 368	7 884 289	8 421 004	8 993 616	9 491 770	9 788 952	10 146 924
EL zur IV	4 265 074	4 311 994	4 531 665	4 530 991	4 662 222	4 674 259	4 656 530	4 657 745
Total Bezüger	827	817	858	875	889	916	953	974
EL-Bezüger in Heimen:								
AHV	205	200	197	214	214	224	234	241
IV	79	79	77	79	79	79	79	79
Total	284	279	274	293	293	303	313	320
HE-Bezüger in Heimen:								
AHV	120	117	117	122	123	119	113	107
IV	47	48	48	40	40	42	38	39
Total:	167	165	165	162	163	161	151	156

Tabelle 124: Entwicklung der EL und Hilflosenentschädigung im Zusammenhang mit Heimaufenthalten 2009 – 2016

12.5 Fazit

Die Daten der Jahre 2015 und 2016 stützen grundsätzlich den Trend der ersten Zahlenreihen von 2010 bis 2014.

Es zeigt sich, dass sich die Kosten der Einwohnergemeinden nach einem starken Anstieg im Zuge der Einführung der neuen Pflegefinanzierung weiter relativ stabil halten. Hingegen hat der Kanton eine ungebremste Steigerung der Spitalkosten zu verzeichnen.

13. Empfehlung der Arbeitsgruppe

Zurzeit wird die Wirksamkeit der Pflegefinanzierung vom Eidgenössischen Departement des Innern analysiert. Im November 2017 wird ein Schlussbericht erwartet, der voraussichtlich Anfang 2018 durch den Bundesrat verabschiedet werden soll. Es besteht die Hoffnung, dass in diesen Arbeiten auch die Plafonierung der Versicherungsbeiträge und damit die Last der Kantone thematisiert wird. Um der Thematik ausreichend Durchsetzungskraft zu verschaffen, empfiehlt die Arbeitsgruppe dem Regierungsrat, in der GDK das Thema „Aufhebung der Plafonierung der Versicherungsbeiträge in der Pflegefinanzierung“ zu lancieren. Der politische Diskurs ist diesbezüglich voranzutreiben.

IV. Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden

14. Interkommunale Arbeitsgruppe der Einwohnergemeinden

Gestützt auf den Bericht des Regierungsrats zum Bericht der Arbeitsgruppe „Analyse der Versorgungskette im Pflegebereich“ vom 6. Januar 2015 hat der Regierungsrat den Einwohnergemeinden empfohlen, die an sie gerichteten Empfehlungen zu prüfen und entsprechend zu priorisieren und zu planen.

Zur Bearbeitung dieser Empfehlungen haben die sieben Obwaldner Einwohnergemeinden eine interkommunale Arbeitsgruppe eingesetzt, in welche folgende Mitglieder delegiert wurden:

Gemeinde Engelberg:	Seppi Hainbuchner, Gemeinderat
Gemeinde Sachseln:	Trudy Odermatt, Gemeinderätin
Gemeinde Sarnen:	Max Rötheli, Gemeindeschreiber
Gemeinde Alpnach:	Thomas Wallimann, Gemeinderat (bis 31.12.2016) Regula Gehrig, Gemeinderätin (ab 1.1.2017)
Gemeinde Giswil:	Doris Ming, Gemeinderätin
Gemeinde Lungern:	Martin Gasser, Gemeinderat
Gemeinde Kerns:	Sonnie Burch, Gemeinderätin

Zu den Empfehlungen nehmen die Obwaldner Einwohnergemeinden wie folgt Stellung.

15. Stellungnahme der Einwohnergemeinden zu den Empfehlungen 4b und 15 15.1 Empfehlungen 4b und 15

Empfehlung 4b (Steuerung der Spitex): Die AG empfiehlt EG, gemeinsam mit dem Finanzdepartement und der Spitex Obwalden umfassend zu prüfen, ob und unter welchen Voraussetzungen in Zukunft der Kanton oder die Gemeinden verantwortlich sein sollen.

Empfehlung 15: AG empfiehlt EG, sich unter der Leitung der Gemeindepräsidienkonferenz über ihre zukünftigen gesundheitspolitischen Verantwortungsbereiche zu einigen und ihre Zusammenarbeit so zu regeln, dass sie gegenüber dem Kanton und den Leistungserbringern verbindlich handeln können.

Die Empfehlungen 4b und 15 stehen in einem engen Zusammenhang, basieren doch beide auf der in Art. 6 Abs. 1 Bst. b, c und d des Gesundheitsgesetzes festgehaltenen kommunalen Verantwortung für die ambulante Pflege sowie für die Pflege und Betreuung in den Betagteninstitutionen. Die Einwohnergemeinden können die im Bericht der kantonalen Arbeitsgruppe Analyse der Versorgungskette beschriebenen Überlegungen und Anliegen der Leistungserbringer sehr gut nachvollziehen und sehen einen entsprechenden Handlungsbedarf. Die im Bericht der Arbeitsgruppe Analyse der Versorgungskette dargestellten uneinheitlichen Meinungen in zentralen Fragen von Verantwortungsbereichen der Einwohnergemeinden sind tatsächlich unbefriedigend. Die zukünftige Verantwortung der Einwohnergemeinden in der Gesundheitsversorgung ist daher vordringlich zu klären. Dies gilt umso mehr, als der Gesetzgeber des neuen Gesundheitsgesetzes, welches auf den 1. Februar 2016 in Kraft getreten ist, dieses Thema bewusst offengelassen hat.

Die Einwohnergemeinden sind sich einig geworden, dass sie die gesundheitspolitische Verantwortung im bisherigen Rahmen weiterhin wahrnehmen wollen. Diese ist historisch verankert, da in allen sieben Einwohnergemeinden ein Alters- und Pflegeheim steht. Eine Zusammenführung (Kantonalisierung) der Betagteninstitutionen in Obwalden ist in naher Zukunft unrealistisch. Die Gesundheitsversorgung betagter Menschen ist - wie die Schule - ein Pfeiler einer kommunalen

Gemeinschaft, weshalb die Zuständigkeit dafür weiterhin bei den Gemeinden bleiben soll. Um die Versorgung zu gewährleisten, müssen Leistungsaufträge mit den Leistungserbringern abgeschlossen werden.

Eine Verschiebung der Zuständigkeit und Verantwortung zum Kanton wird abgelehnt. Dementsprechend möchten die Einwohnergemeinden auch keine kantonale öffentliche Spitex. Mit der demografischen Entwicklung muss die Versorgung betagter Menschen noch durchlässiger werden, weshalb diese aus einer Hand gesteuert werden soll.

Die Einwohnergemeinden sind sich bewusst, damit auch in Zukunft die Verantwortung für die Restkostenfinanzierung für die Bewohnerinnen und Bewohnern in den Betagteninstitutionen sowie für die Klientinnen und Klienten der Spitex übernehmen zu müssen. Vorausgesetzt wird, dass der Kanton seinen Beitrag an die Spitex Obwalden als öffentliche Spitex gemäss Art. 29 Gesundheitsgesetz im Sinne eines Bereitstellungsbeitrags (Versorgungspflicht) weiterhin übernimmt.

Um die strategische Verantwortung für die Gesundheitsversorgung hochbetagter Menschen vorausschauend und nachhaltig wahrnehmen zu können, müssen die Einwohnergemeinden gegenüber den Leistungserbringern und dem Kanton als verbindliche, kontinuierliche und fachlich kompetente Partner auftreten können. Eine gemeinsame Stossrichtung ist in Zukunft unabdingbar.

Die vorgeschlagene Gründung eines kommunalen Gesundheitszweckverbandes lehnen die Einwohnergemeinden zum jetzigen Zeitpunkt ab, da sie damit die in der Gesundheitspolitik erforderliche Nähe zum Versorgungsauftrag und die für eine politische Steuerung nötige Flexibilität verlieren würden. Die Bürgernähe, gerade in Altersfragen, erachten die Einwohnergemeinden als sehr wichtig.

Spitex Obwalden ist bereits heute als Gemeindeaufgabe kantonsweit in einer gemeinsamen Organisation der Gemeinden zusammengeführt und funktioniert gut. Es besteht eine gemeinsame Leistungsvereinbarung mit der Spitex Obwalden, in welcher alles Wesentliche klar geregelt ist. Den Gemeinden kommt die Aufsichtspflicht zu, welche mit einer eingesetzten interkommunalen Aufsichtskommission wahrgenommen wird. Gemäss Pflichtenheft wurden dieser Aufsichtskommission nebst der Aufsicht weitere Aufgaben übertragen, welche nur zum Teil wahrgenommen werden. Es fehlen in der Aufsichtskommission operative Ressourcen, welche Koordinationsaufträge und weitere operative Aufgaben ausführen können.

Ausgehend vom Modell dieser interkommunalen Aufsichtskommission sollen in Zukunft die fachliche Kompetenz und die Kontinuität mit der neu gebildeten interkommunalen Gesundheitskommission mit Vertretern aus allen Obwaldner Gemeinden gewährleistet sein. Diese übernimmt im Auftrag aller Einwohnergemeinden die strategische Verantwortung im Gesundheitsbereich.

Die Kommission soll gemeinsam vereinbarte Themen der Gesundheitsversorgung betagter Menschen diskutieren, Lösungen aufbereiten und mit den Leistungserbringern verhandeln. Ziel ist es, die benötigten Versorgungsleistungen im Auftrag der Einwohnergemeinden zu definieren und zu steuern. Da die Aufgaben und Zusammenhänge aber immer komplexer werden, ist eine professionelle fachkompetente Begleitung für ein erfolgreiches und nachhaltiges Wirken der Kommission unabdingbar. Dementsprechend müssen der interkommunalen Gesundheitskommission Ressourcen in Form einer gemeinsamen Fachstelle zur Verfügung stehen. Der Leiter oder die Leiterin dieser Fachstelle wirkt im Auftrag der Einwohnergemeinden gegenüber den Leistungserbringern als Anlaufstelle und nimmt Koordinations- und Administrationsaufgaben wahr. Diese Fachstelle ist personalrechtlich bei einer Gemeindeverwaltung anzusiedeln, hat aber die gesundheitspolitischen Interessen aller sieben Obwaldner Einwohnergemeinden allpar-

teilich zu vertreten. Für die Bearbeitung von spezifischen Themen kann diese Gesundheitskommission überdies Fachausschüsse bilden und im Rahmen eines beschränkten Budgets externe Fachpersonen beiziehen. Die Fachstelle soll mit einem 20 %-Pensum geführt werden. Zur Hälfte wird die Fachstelle mit einem Sockelbeitrag finanziert, da diese viele Arbeiten übernehmen soll, die in allen Einwohnergemeinden geleistet werden müssen (z.B. Vernehmlassungen, Reglemente etc.). Die andere Hälfte wird entsprechend der Einwohnerzahlen auf die Einwohnergemeinden verteilt. Der Kostenteiler nach Einwohner gilt auch für alle übrigen Kosten, die gemäss bewilligtem Budget bei der Fachstelle oder in der interkommunalen Gesundheitskommission anfallen.

Die Organisation der interkommunalen Gesundheitskommission sowie der Fachstelle Gesundheit ist in einem Vertrag zu regeln. Damit die Kommission als handlungsfähiges und verbindliches Gegenüber auftreten kann, sind ihr einerseits genau definierte Kompetenzen einzuräumen, welche von allen Vertragspartnern vorbehaltlos akzeptiert und lediglich mit einem formellen Genehmigungsbeschluss erwahrt werden. Dazu gehört z.B. die Kompetenz, Beiträge an Leistungsvereinbarungen in einem beschränkten Rahmen zu erhöhen oder Pilotprojekte anzustossen. Andererseits ist eine grundsätzliche Bereitschaft in Form einer Selbstverpflichtung der Einwohnergemeinden erforderlich, der interkommunalen Gesundheitskommission den Verhandlungsspielraum einzuräumen, den sie als ernst zu nehmender Player im Gesundheitswesen braucht. Da das letzte Wort bei den Einwohnergemeinderäten bleibt, müssen aber alle Verhandlungs- und Entscheidungsprozesse auf die kommunalen Abläufe (z.B. Budgetprozess) abgestimmt sein. Aus dem Gesagten ergibt sich als Grundlage ein Zusammenarbeitsvertrag gemäss Anhang 2:

Massnahme der Einwohnergemeinden zu Empfehlung 4b und 15: Abschluss eines Zusammenarbeitsvertrags unter den Obwaldner Gemeinden betreffend Bildung einer Interkommunalen Gesundheitskommission und Schaffung einer Fachstelle Gesundheit.

15.2 Empfehlung 11b

Empfehlung 11b: Die AG empfiehlt EG und dem Kanton, Projekte zur Förderung der Freiwilligenarbeit zu unterstützen.

In den nächsten 30 Jahren wird die Bevölkerung im Rentenalter in allen Kantonen stark wachsen. Sie dürfte in nahezu allen Kantonen auf über 50 Prozent zunehmen. Der Kanton Obwalden gehört im 2040 voraussichtlich zu jenen Kantonen in der Schweiz mit dem höchsten Anteil an Rentnerinnen und Rentnern. Die Gemeinden im Kanton Obwalden und der Kanton sind deshalb in der Senioren- und Altersarbeit besonders gefordert.

Im Zusammenhang mit dem Thema Freiwilligenarbeit hält sich der Bericht der kantonalen Arbeitsgruppe Analyse der Versorgungskette relativ knapp. Die interkommunale Arbeitsgruppe hat deshalb zusätzliche Abklärungen getroffen und in allen Gemeinden im Kanton Obwalden eine Datenerhebung betreffend Freiwilligenarbeit vorgenommen. Alle sieben Gemeinden haben auf den Fragebogen geantwortet. Bei der Datenerhebung im Kanton Obwalden sollte geklärt werden, wo Freiwilligenarbeit in den Bereichen Gesundheit, Betreuung, Begleitung und Nachbarschaftshilfe geleistet wird.

Die Abklärung hat gezeigt, dass in allen Gemeinden vor allem informelle⁷ freiwillige Nachbarschaftshilfe geleistet wird. Die weiteren Details der durchgeführten Umfrage in den Obwaldner Gemeinden sind im Anhang 3 zu entnehmen.

⁷ Informelle Freiwilligenarbeit: Individuelle Hilfe und Nachbarschaftshilfe; Formelle bzw. institutionalisierte Freiwilligenarbeit: Freiwilligentätigkeit im Rahmen von Organisationen und Institutionen

Es darf positiv festgehalten werden, dass bereits heute in allen Gemeinden sehr gute meist ehrenamtliche Freiwilligenarbeit geleistet wird. Wichtig ist, dass der Wert der informellen Freiwilligenarbeit geschätzt bzw. die Wertschätzung den freiwilligen Helferinnen und Helfern gegenüber gebührend beachtet wird. Die Empfehlung der kantonalen Arbeitsgruppe Analyse der Versorgungskette erachten die Einwohnergemeinden als sehr wichtig, indem Projekte zur Förderung der Freiwilligenarbeit von den Gemeinden und dem Kanton finanziell unterstützt werden sollen.

Massnahmen der Einwohnergemeinden zu Empfehlung 11b:

1. Der Würdigung von Angehörigenarbeit und Nachbarschaftshilfe mit der informellen Freiwilligenarbeit ist weiterhin gebührend Beachtung zu schenken.
2. Projekte in der Freiwilligenarbeit sollen durch die Gemeinden (und durch den Kanton) nach Möglichkeit weiterhin finanziell und/oder ideell unterstützt und dadurch mittelfristig und langfristig sichergestellt werden.

15.3 Empfehlung 12a

Empfehlung 12a: AG empfiehlt, die Förderung von betreuten Alterswohnformen durch die Gemeinden und den Kanton mit hoher Priorität und konkreten Massnahmen voranzutreiben.

Betreute Alterswohnformen werden immer wichtiger und sind aufgrund der gesellschaftlichen Bedürfnisse zu fördern. Dabei muss ein vielfältiges Angebot an Wohnkonzepten, die es der älteren Bevölkerung ermöglichen nach ihren Bedürfnissen und finanziellen Möglichkeiten möglichst lange selbstständig zu bleiben und selbstbestimmt soziale Kontakte zu haben, angestrebt werden. Das Angebot an hindernisfreien Alterswohnungen an zentralen Lagen, kleinere und günstige, bezahlbare Wohnungen für die Seniorinnen und Senioren muss angestrebt werden. Die Gemeinden müssen in Zukunft vermehrt dieses Ziel bei der räumlichen Entwicklung und bei den Bau- und Zonenreglementen mit einbeziehen. Mögliche Massnahmen werden nachfolgend aufgezeigt. Die Gemeinden werden aber die Kommunikation und Information wie auch die Beratung zum Thema Wohnen und Betreuung wahrnehmen müssen. Auch eine aktivere Zonenpolitik mit dem Einfluss der Gemeinden auf die Entwicklung von Grundstücken wird verfolgt werden müssen. Auf Quartierentwicklungen und Quartiererneuerungen muss das nötige Augenmerk gelegt werden. Aber auch dem hindernisfreien Verkehrsraum muss besonders Beachtung geschenkt werden.

Der Auftrag zur Förderung von altersgerechtem Wohnraum bedeutet für die Einwohnergemeinden nicht automatisch die Verpflichtung zur Finanzierung. Ob sich eine Einwohnergemeinde an der Finanzierung von altersgerechtem Wohnraum beteiligt, hängt vorab von der Versorgungssituation in der entsprechenden Gemeinde ab. Alternative Realisierungsformen, wie zum Beispiel das Genossenschaftliche Bauen und Wohnen, müssen vermehrt gesucht werden.

Für die Überlegungen zur aktiven und passiven Förderung, zur Information und weiteren möglichen Massnahmen wird auf den Anhang 4 verwiesen.

Massnahmen der Einwohnergemeinden zu Empfehlung 12a:

Im Rahmen der Förderung von betreuten Alterswohnformen stehen jeder einzelnen Gemeinde folgende Möglichkeit offen, eine Massnahme für sich zu formulieren und umzusetzen:

1. Passive Förderung (hindernisfreies Bauen durch Vorschriften in Bau- und Zonenreglementen, Umbau im Bestand durch altersgerechte Umbauten, usw.).
2. Information (Schaffung Beratungsstelle, Wissensaustausch, Vermittlung Freiwilligenarbeit, auf Anliegen von älteren Bewohnern sensibilisieren).
3. Aktive Förderung (Versorgungslücken schliessen, aktive Zonenpolitik Quartiererneuerungen und -entwicklung, usw.).

4. Weitere Massnahmen zum Wohnumfeld im öffentlichen Raum und Quartier (Geschwindigkeitsreduktion in Quartieren und Zentrumsbereichen, altersgerechter öffentlicher Raum und Verkehr, Versorgungssicherheit, usw.).

15.4 Schlussbemerkung

Mit dieser Stellungnahme zeigen die Einwohnergemeinden, dass sie die ihr gesetzlich zugewiesene Verantwortung im Gesundheitswesen in Zukunft aktiver und besser aufeinander abgestimmt wahrnehmen wollen. Der gemeinsam zu bildenden interkommunalen Gesundheitskommission werden Kompetenzen eingeräumt, die zu achten alle Einwohnergemeinden verpflichtet sind. Dadurch werden die Effizienz und die Qualität von gesundheitspolitischen Entscheiden erheblich gesteigert. Die Einwohnergemeinden sehen in diesem Vorgehen die Chance, ihre Autonomie auch in komplexen Themenbereichen zu wahren und vorhandene Synergien im Rahmen der verfassungsrechtlichen Möglichkeiten zu nutzen. Durch das gemeinsame Verhandeln und Auftreten in einem verbindlichen interkommunalen Gremium kann eine neue Kultur unter den Einwohnergemeinden und im Dialog mit dem Kanton entstehen, die sich auch auf weitere kommunale Themen ausweiten lassen würde.

Die Einwohnergemeinden sind überzeugt, mit den vorgesehenen Massnahmen zu den vier Empfehlungen aus dem Bericht der kantonalen Arbeitsgruppe Analyse der Versorgungskette für die kommenden Aufgaben der Altersversorgung gut gerüstet zu sein.

16. Stellungnahme der Arbeitsgruppe Analyse der Versorgungskette

Die Arbeitsgruppe Analyse der Versorgungskette begrüsst die Stellungnahme der Einwohnergemeinden zu den Empfehlungen und würdigt insbesondere den wegweisenden Entscheid zur Schaffung einer Interkommunalen Gesundheitskommission samt Fachstelle Gesundheit. Die Arbeitsgruppe stützt die Beurteilung der Einwohnergemeinden, wonach dieses Vorgehen den Einwohnergemeinden ermöglicht, ihre Autonomie auch in komplexen Themenbereichen zu wahren und vorhandene Synergien zu nutzen. Die Zusammenarbeit in der inzwischen neu geschaffenen interkommunalen Gesundheitskommission konnte sich in diesem Sommer bereits bewähren, indem alle Einwohnergemeinde dem zukunftsweisenden Pilotprojekt "Nachtspitex" mit einem gleichlautenden Entscheid zugestimmt haben. Es bleibt zu hoffen, dass sich die Leistungserbringer auch in Zukunft auf geschlossen auftretende Leistungsbesteller verlassen können.

Die kantonale Arbeitsgruppe Analyse der Versorgungskette liess der zuständigen Arbeitsgruppe der Einwohnergemeinden die Resultate zur finanziellen Analyse der Pflegekette vorgängig zukommen, damit diese ebenfalls in die Erarbeitung der Stellungnahme einfliessen konnten. Die Arbeitsgruppe stellt fest, dass die Einwohnergemeinden mit ihrer Stellungnahme die bisherige Aufgabenteilung zwischen Kanton und Einwohnergemeinden stützen und auch keine Anpassung der Finanzierungssystematik fordern. Die Prüfung der Aufgabenteilung und der entsprechenden Finanzierungszuständigkeiten zwischen Kanton und Einwohnergemeinden erachtet die Arbeitsgruppe Analyse der Versorgungskette somit als abgeschlossen.

V. Synthese

Mit dem vorliegenden Dokument sollte ein Gesamtbericht über die Analyse der Versorgungskette im Pflegebereich mit folgenden Elementen erarbeitet werden:

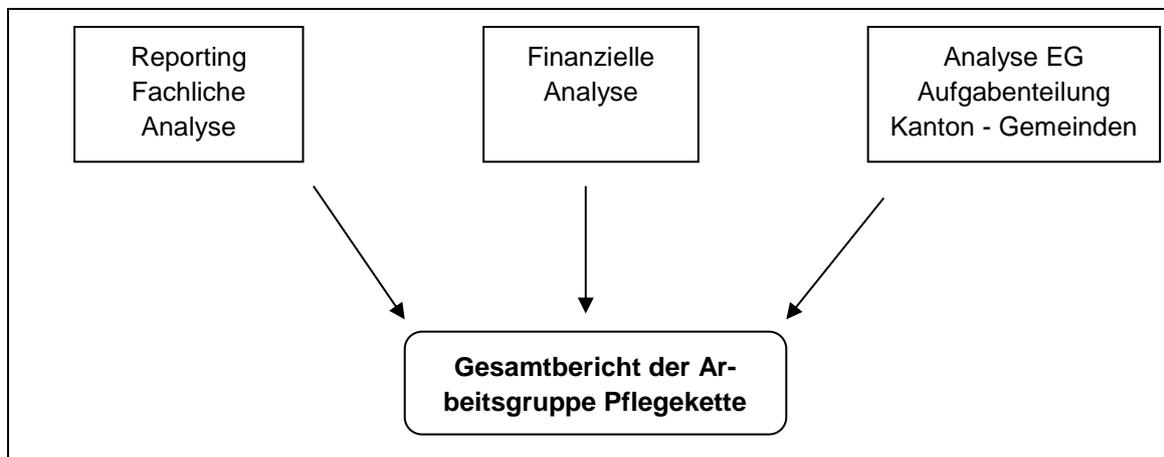


Abbildung 2: Aufbau Gesamtbericht

17. Reporting Fachliche Analyse

Basierend auf den Anmerkungen des Kantonsrats vom 12. März 2015 hat die Arbeitsgruppe in Kapitel II einerseits das Thema der Übergangspflege behandelt (Anmerkung a) und andererseits ein umfassendes Reporting über die Umsetzung der fachlichen Analyse vorgenommen (Anmerkung c).

Die Arbeitsgruppe stellt fest, dass sich im Kanton Obwalden die Versorgungssituation im Pflegebereich gut präsentiert. Seit den Empfehlungen im Rahmen des Berichts der Arbeitsgruppe zur Analyse der Versorgungskette im Pflegebereich vom 30. Oktober 2014 an Kanton, Einwohnergemeinden und Leistungserbringer haben sich diverse Angebote und Rahmenbedingungen positiv weiterentwickelt. Die Arbeitsgruppe erachtet es aber als wichtig, in diversen Bereichen auch in Zukunft ein Augenmerk auf die weitere Entwicklung zu richten bzw. zu einzelnen Punkten bereits heute Massnahmen zu ergreifen (vgl. Empfehlungen in Kapitel VI).

18. Finanzielle Analyse

Die Arbeitsgruppe ist in Kapitel III dem Auftrag zur finanziellen Analyse der Versorgungskette im Pflegebereich nachgekommen.

Die Gesamtkosten der Einwohnergemeinden, auf die stationäre und ambulante Langzeitpflege bezogen, haben sich von 6,2 Millionen Franken im 2010 auf rund 9,7 Millionen Franken im 2016 gesteigert. Dies entspricht einer Zunahme von rund 57 Prozent. Dieser Sprung ist zum Zeitpunkt des Systemwechsels entstanden. Nach der Einführung der Pflegefinanzierung im Jahr 2011 blieb die Kostenentwicklung bis heute relativ moderat.

Demgegenüber haben sich die Gesamtkosten des Kantons, auf die inner- und ausserkantonalen Spitalkosten bezogen, von 25,9 Millionen Franken im 2011 auf rund 34,7 Millionen Franken im 2016 erhöht. Dies entspricht einer Steigerung um rund 34 Prozent. Die Kostenentwicklung erfolgt kontinuierlich und ungebremst.

Für die Zukunft dürften sich die Kosten bei den Einwohnergemeinden in Anlehnung an die Demografie und die entsprechende Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung weiterentwickeln. Beim

Kanton ist aufgrund der Mengenausweitung und des Bevölkerungswachstums weiterhin mit einem klaren Anstieg der Spitalkosten zu rechnen.

Die finanzielle Analyse zeigte als Tendenz auf, dass sowohl auf Gemeindeebene als auch auf kantonaler Ebene die finanziellen Ausgaben kaum rückläufig sein werden. Aufgrund der alternierenden Bevölkerung und des medizinischen Fortschritts bleiben die finanziellen Belastungen sowohl auf Gemeindeebene als auch auf Kantonsebene hoch.

19. Aufgabenteilung zwischen Kanton und Einwohnergemeinden

Die Arbeitsgruppe stellt fest, dass eine Änderung der Aufgabenteilung weder vom Kanton noch von den Einwohnergemeinden gewünscht wird. Die Einwohnergemeinden haben mit der Schaffung der Gesundheitskommission samt entsprechender Fachstelle klar bekundet, dass sie ihre Aufgaben weiterhin wahrnehmen wollen. Die Zuständigkeit des Kantons im Bereich Spitalversorgung wird nicht angezweifelt. Im Sinne des Prinzips „wer zahlt, befiehlt“ ist damit auch keine Änderung der Finanzierungssystematik zu vollziehen. Die Prüfung der Aufgabenteilung zwischen Kanton und Einwohnergemeinden samt finanzieller Analyse erachtet die Arbeitsgruppe somit als abgeschlossen.

Die Motion von Kantonsrat Walter Wyrsh zur „Überprüfung der Aufgabenverteilung (52.10.06)“, welche am 29. Oktober 2010 vom Kantonsrat in ein Postulat umgewandelt wurde, ist damit ebenfalls erfüllt. Im Bericht des Regierungsrats zum Bericht der Arbeitsgruppe „Analyse der Versorgungskette im Pflegebereich“ vom 30. Oktober 2014 wurde festgehalten, dass diesem Anliegen erst mit der finanziellen Analyse der Versorgungskette nachgekommen werden kann.

20. Fazit

Die Arbeitsgruppe kommt aufgrund der vorgenommenen Analysen zum Schluss, dass die Versorgung im Pflegebereich im Kanton Obwalden gut funktioniert. Die für die Bildung der Arbeitsgruppe ausschlaggebenden Themen (Aufgabenteilung zwischen Kanton und Einwohnergemeinden sowie Einführung der neuen Pflegefinanzierung und neuen Spitalfinanzierung) konnten umfassend aufgearbeitet und geklärt werden. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse lösten diverse positive Entwicklungen im Kanton aus. Es sind hier als Beispiele die Bildung der Interkommunalen Gesundheitskommission, die Umsetzung der Nationalen Strategien Demenz und Palliative Care, die Förderung der Hausarztmedizin sowie verschiedene Bestrebungen in Richtung weiterer bedarfsgerechter Angebote für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen anzubieten (24-Stunden-Dienstleistung der Spitex, Ausbaupläne mehrerer Betagteninstitutionen, Prüfung von gerontopsychiatrischer Versorgung, Austrittsmanagement am KSOW etc.) zu nennen.

Die Arbeitsgruppe stellt fest, dass heute unter den Auftraggebern, Finanzierern und Leistungserbringern des Pflegebereichs ein breiter Konsens zu den angestrebten Rahmenbedingungen, künftigen Herausforderungen und der notwendigen Zusammenarbeit besteht.

Für die Arbeitsgruppe sind die durch den Regierungsrat im Jahr 2011 erlassenen Aufträge mit den bisherigen Arbeiten und dem nun vorliegenden Bericht beendet.

Der Weg ist indes auch für die Arbeitsgruppe nicht zu Ende. Das Gesundheitswesen ist in den letzten Jahren viel agiler geworden und Veränderungen werden auch in Zukunft immer schneller kommen und müssen bewältigt werden. Die Basis für die Bewältigung der zukünftigen Themen wurde durch die bisherige gemeinsame Arbeit und durch die nun bereits etablierten Lösungsstrategien gelegt. Die Arbeitsgruppe ist aufgrund dessen zuversichtlich, auch für zukünftige Problemstellungen gemeinsam Lösungen zu finden.

VI. Empfehlungen

Es werden zusammenfassend von der Arbeitsgruppe folgende Empfehlungen ausgesprochen:

Empfehlungen an den Regierungsrat:

Empfehlung 1: Dem Regierungsrat wird empfohlen, das ursprüngliche Projekt Übergangspflege wieder aufzugreifen. Dabei ist eine Übergangspflege im Sinne des KVG zu verfolgen, welche eine Finanzierung gemäss Spitalfinanzierung vorsieht.

Empfehlung 2: Die Arbeitsgruppe empfiehlt dem Regierungsrat, eine ständige Arbeitsgruppe Versorgungskette einzusetzen.

Empfehlung 3: In der nächsten Revision des Gesundheitsgesetzes ist insbesondere der Bereich eHealth auf den aktuellsten Stand und an übergeordnetes Recht anzupassen sowie die Zuständigkeit der Einwohnergemeinden bezüglich Pflorgetarife klarer zu verankern.

Empfehlung 4: Die Arbeitsgruppe empfiehlt dem Regierungsrat, das Thema „Aufhebung der Plafonierung der Versicherungsbeiträge in der Pflegefinanzierung“ in der GDK zu lancieren. Der politische Diskurs ist diesbezüglich voranzutreiben.

Empfehlungen an die Leistungserbringer:

Empfehlung 5: Die Arbeitsgruppe empfiehlt dem KSOW, in seiner nächsten Strategie die Patientengruppe der hochbetagten Menschen noch gezielter zu berücksichtigen. Dies betrifft sowohl die Vor- und Nachbetreuung sowie Aspekte der Altersmedizin. Zudem empfiehlt die Arbeitsgruppe allen Leistungserbringern, den Schnittstellen noch mehr Bedeutung zukommen zu lassen.

Empfehlung 6: Die Arbeitsgruppe hält fest, dass die Kostensicht betreffend Aus- und Weiterbildung des Pflegepersonals ein gewichtiges Argument darstellt. Aufgrund der Entwicklungen im Gesundheitsmarkt stuft jedoch der zukünftige Bedarf an Fachpersonal die reine Kostensicht zurück. Gemäss dem vom Obsan im Herbst 2016 veröffentlichten Bericht "Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Prognose bis 2030"⁸ erachtet die Arbeitsgruppe die Dringlichkeit überhaupt genügend Pflegekräfte auf dem Markt zu finden, als vordergründig. Die Arbeitsgruppe will dieser Herausforderung jedoch nicht mit einem Bonus- / Malussystem begegnen (wie beispielsweise im Kanton Luzern). Sie empfiehlt im Gegenzug den Leistungserbringern, gemeinsam ihre Anstrengungen in der Rekrutierung von Auszubildenden und in der Erhaltung der Attraktivität eines Berufs im Gesundheitswesen im Sinne eines Berufsmarketings zu intensivieren.

Die Arbeitsgruppe Analyse der Versorgungskette beantragt, den vorliegenden Bericht mit den entsprechenden Empfehlungen zur Kenntnis zu nehmen.

⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2016); Gesundheitspersonal in der Schweiz; Bestandesaufnahme und Prognose bis 2030; OBSAN Bericht 71

Anhänge:

- Anhang 1: Detailergebnisse Pflegefinanzierung
- Anhang 2: Zusammenarbeitsvertrag zwischen den Obwaldner Einwohnergemeinden betreffend die Bildung einer Interkommunalen Gesundheitskommission und der Schaffung einer Fachstelle Gesundheit
- Anhang 3: Umfrage in den Obwaldner Einwohnergemeinden zur Freiwilligenarbeit in den Bereichen Gesundheit, Betreuung, Begleitung und Nachbarschaftshilfe
- Anhang 4: Überlegungen betreffend Förderung von betreuten Alterswohnformen der Obwaldner Einwohnergemeinden

VII. Glossar

AGS	Assistentin / Assistent Gesundheit und Soziales
Baserate	Die Baserate bezeichnet den Taxpunktwert, der im DRG-System für einen Behandlungsfall bezahlt wird, dessen Kostengewicht 1,0 beträgt. Der Basispreis wird durch die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) festgelegt.
Bedarfsabklärung	Eine standardisierte Klärung des Pflegebedarfs jedes Bewohners / jeder Bewohnerin in einem Heim, respektive des Pflegebedarfs eines Kunden / einer Kundin in der ambulanten Pflege. Die Klärung des Pflegebedarfs wird mindestens halbjährlich erneuert. Im Heim stehen die beiden Instrumente RAI NH und BESA zur Auswahl. In der ambulanten Pflege ist es das Instrument RAI HC. Der ermittelte Pflegebedarf bildet die Grundlage für die Abrechnung mit dem Krankenversicherer und damit auch für die Restfinanzierung.
Behandlungspflege	Therapeutische, diagnostische und auch palliative Massnahmen die in der Regel an eine ärztliche Diagnose und Verordnung gebunden sind
CaseMix	Beschreibt die durchschnittliche Schwere der Patientenfälle gemessen an einer Skala, die dem Gesamt-Ressourcenaufwand entspricht. Er stellt ein Mass für den relativen ökonomischen Ressourcenaufwand aller behandelten Fälle in einem Heim, einem Spital oder in der ambulanten Versorgung dar.
FaBe	Fachfrau / Fachmann Betreuung EFZ (Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis)
FaGe	Fachfrau / Fachmann Gesundheit EFZ (Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis)
Fallpauschale	Sind die Kosten pro Fall. Sie werden von der Krankenkasse (45%) und vom Kanton (55%) vergütet. Sie werden ermittelt durch die Multiplikation des Fallschwergewichts mit der Baserate.
Fallschwergewicht	Mittels des Fallschwergewichts wird das relative Kostengewicht ermittelt, das den durchschnittlichen Behandlungsbedarf einer Fallgruppe abbilden soll. Der Normwert beträgt 1.0. Liegt das Gewicht darunter, liegt der durchschnittliche Behandlungsbedarf niedriger als im Normwert. Liegt er darüber, ist der durchschnittliche Behandlungsbedarf höher als im Normwert angenommen.
FH	Fachhochschule
Gesundheit 2020	Der Bund will mit insgesamt 36 Massnahmen in allen Bereichen des Gesundheitssystems die Lebensqualität sichern, die Chancengleichheit stärken, die Versorgungsqualität erhöhen und die Transparenz verbessern
Grundpflege	Pflegeinterventionen zur Unterstützung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) (Ankleiden, Auskleiden, Aufstehen, Absitzen, Essen, Körperpflege, Verrichten der Notdurft, Fortbewegung)
HF	Höhere Fachschule
Hilflosigkeit	Eine Person gilt als hilflos, wenn sie wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für die Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf. Die Abstufung der Grade an Hilflosigkeit richtet sich nach den Definitionen der Invalidenversicherung. Eine <i>schwere</i> Hilflosigkeit liegt vor, wenn eine Person in allen Aktivitäten des täglichen Lebens in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und der dauernden Pflege oder der persönlichen Überwachung bedarf. Bei <i>mittelschwerer</i> und <i>leichter</i> Hilflosigkeit ist eine Person nur in einer gewissen Anzahl (4 bzw. 2) von alltäglichen Lebensverrichtungen auf die Hilfe Dritter angewiesen.

KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung (Verordnung über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
Referenztarif	Er stellt im Zusammenhang mit ausserkantonalen Spitalbehandlungen den zu verrechnenden Tarif dar, wenn nicht mittels Kostengutsprache die Behandlung zum Tarif des Standortspitals gutgeheissen wird. Jeder Kanton bezeichnet seinen Referenztarif in der Regel aufgrund der bereits im Kanton vorhandenen Tarifen.
Skill- und Gradmix	Jede Gesundheitsfachperson verfügt über bestimmte Fähigkeiten (Skills) und über einen bestimmten Ausbildungsabschluss (Grad). In der Gesundheitsversorgung werden Fachpersonen mit unterschiedlichen Skills und Grads angestellt. Der Mix muss eine qualitativ gute Versorgung und den gesetzlichen Anforderungen entsprechen.