

Botschaft des Regierungsrates  
an den Kantonsrat

B 155

**zum Entwurf eines Gesetzes  
über die Finanzierung der  
Pflegeleistungen der Kranken-  
versicherung (Pflegefinan-  
zierungsgesetz)**

## Übersicht

*Der Regierungsrat beantragt dem Kantonsrat den Erlass eines neuen Gesetzes über die Finanzierung der Pflegeleistungen der Krankenversicherung (Pflegefinanzierungsge setz). Dieses setzt die Neuordnung der Pflegefinanzierung des Bundes, die am 1. Januar 2011 in Kraft treten wird, im Kanton um. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung regelt im Hauptpunkt die Aufteilung der Pflegekosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zwischen den pflegebedürftigen Personen, den Krankenversicherern und den Kantonen. Bei den Pflegekosten handelt es sich um die Kosten, die bei der Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim sowie neu bei der sogenannten Akut- und Übergangspflege, die im Anschluss an einen Spitalaufenthalt für 14 Tage verordnet werden kann, anfallen. Ergänzt werden die Massnahmen im Krankenversicherungsrecht durch die Einführung einer Hilflosenentschädigung zur AHV leichten Grades bei Pflege zu Hause und durch eine Erhöhung der Vermögensfreibeträge bei den Ergänzungsleistungen. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung verfolgt zwei Ziele: Zum einen soll die wirtschaftlich schwierige Situation bestimmter pflegebedürftiger Personen verbessert werden, zum anderen soll die Krankenversicherung finanziell nicht durch altersbedingte Pflegeleistungen zusätzlich belastet werden. Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf sollen die nötigen rechtlichen Grundlagen zur Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Kanton geschaffen werden.*

*Kernstück der Neuordnung ist die künftige Finanzierung der ambulanten Krankenpflege Spitex und der Krankenpflege im Pflegeheim. Hier gilt, dass die Krankenversicherer einen bestimmten, gesamtschweizerisch einheitlichen, nach Pflegebedarf abgestuften Beitrag an die Pflegekosten leisten werden. Von den Pflegekosten dürfen künftig pro Tag nur noch maximal 20 Prozent des höchsten Beitrages der Krankenversicherer auf die pflegebedürftigen Personen überwälzt werden (ambulant: Fr. 15.95; Pflegeheim: Fr. 21.60), unabhängig von deren Einkommen und Vermögen. Für den verbleibenden Teil der Pflegekosten hat der Kanton die Finanzierung zu regeln.*

*Der Entwurf sieht vor, dass auf die pflegebedürftigen Personen der maximal zulässige Beitrag an die Pflegekosten überwälzt werden soll, da in erster Linie sie von der Neuordnung der Pflegefinanzierung profitieren. Die dadurch bei der ambulanten Krankenpflege entstehende, gegenüber heute neue Belastung der pflegebedürftigen Personen wird bei Langzeitpflegebedürftigkeit durch die neue Hilflosenentschädigung leichten Grades des Bundes teilweise kompensiert. Nur bei der ambulanten Krankenpflege von Kindern und Jugendlichen soll aus familienpolitischen Gründen auf eine Erhebung des Pflegebeitrages verzichtet werden.*

*Da die ambulante Krankenpflege und die Krankenpflege im Pflegeheim bereits heute Sache der Gemeinden sind, soll die Restfinanzierung der damit verbundenen Kosten ebenfalls durch diese erfolgen, konkret durch die Wohnsitzgemeinde der pflegebedürftigen Person. Diese langjährige Zuständigkeitsordnung hat sich bewährt und wurde unlängst im Rahmen der Finanzreform 08 bestätigt.*

*Das Bundesrecht bestimmt die maximale Höhe der Pflegekosten und damit auch der Restfinanzierung, für welche die Gemeinden aufzukommen haben, nicht. Darum soll jede Gemeinde mit einem oder mehreren Spitex-Anbietern oder Pflegeheimen den von ihr zu leistenden Restfinanzierungsbeitrag selber vereinbaren. So kann den unter-*

*schiedlichen Kostenstrukturen der Leistungserbringer im Kanton Rechnung getragen werden. Im entsprechenden Umfang besteht ein Anspruch der pflegebedürftigen Person auf Übernahme dieser Kosten durch ihre Wohnsitzgemeinde.*

*Die Gemeinden sind weiter auch für die Mitfinanzierung der neuen Akut- und Übergangspflege zuständig, da hier ebenfalls die Spitex und die Pflegeheime Leistungserbringer sind, die in den Aufgabenbereich der Gemeinden fallen. Die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege richtet sich nach den Regeln der neuen Spitalfinanzierung. Das heisst, die Gemeinden übernehmen mindestens 55 Prozent der Kosten, die restlichen maximal 45 Prozent gehen zulasten der Krankenversicherer. Der Kostenteiler zwischen Gemeinden und Krankenversicherern wird vom Kanton nach Rücksprache mit den Gemeinden festgelegt. In entsprechendem Umfang besteht wiederum ein Anspruch der pflegebedürftigen Personen auf Übernahme der Kosten durch ihre Wohnsitzgemeinde. Der eigentliche Preis der Akut- und Übergangspflege wird in einem Tarifvertrag zwischen Leistungserbringern (Spitex, Pflegeheime) und den Krankenversicherern vereinbart.*

*Um dem sich abzeichnenden Mangel an Pflegepersonal entgegenzuwirken, soll die Ausbildung von Pflegepersonal bei der Spitex und in den Pflegeheimen gefördert werden. Die für diese Bereiche verantwortlichen Gemeinden sollen darum besorgt sein, dass genügend Pflegepersonal ausgebildet wird. Der Regierungsrat kann weiter die Verbände der Leistungserbringer ermächtigen, bei den Leistungserbringern, die Beiträge nach diesem Gesetz erhalten, einen Ausbildungsbeitrag einzuziehen und an solche Leistungserbringer zu verteilen, die Pflegepersonal ausbilden.*

*Für das Verfahren kommen die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) zur Anwendung.*

*Im Zusammenhang mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung ist eine Anpassung der bei den Ergänzungsleistungen maximal anrechenbaren Tagestaxen nötig (heute: 575% des allgemeinen Lebensbedarfs einer alleinstehenden Person bzw. aktuell 295 Franken pro Tag), weil die Ergänzungsleistungen künftig bei anspruchsberechtigten Personen nur noch für die Kosten der Pension und Betreuung und für die Patientenbeteiligung an den Pflegekosten aufkommen. Die Festlegung der anrechenbaren Tagestaxe liegt in der Kompetenz des Regierungsrates. Dieser beabsichtigt, die Taxgrenze bei den Ergänzungsleistungen künftig bei 133 Franken (bzw. aktuell 260%) festzulegen. Damit sind die Pflegeheimtaxen von 93 Prozent der Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen gedeckt (heute 90%). Für die nicht gedeckten Kosten werden vorab die Heimbewohnerinnen und -bewohner mit ihrem Vermögen und subsidiär die Gemeinden aufzukommen haben; wobei diese darauf zu achten haben, dass betroffene Heimbewohner nicht auf wirtschaftliche Sozialhilfe angewiesen sind, das heisst, dass allfällige Deckungslücken über Taxausgleiche und Beihilfen geschlossen werden.*

*Die Neuordnung der Pflegefinanzierung führt grundsätzlich zu keinen Mehrkosten für das Gesamtsystem der Langzeitpflege, abgesehen von geringen Zusatzkosten aufgrund der Erhöhung der Vermögensfreibeträge bei den Ergänzungsleistungen und der Einführung der Akut- und Übergangspflege (5 Mio. Fr.). Allerdings bringt sie eine Neuverteilung der Lasten zwischen Kanton, Gemeinden, Krankenversicherern und Patientinnen und Patienten sowie mehr Kostenwahrheit mit sich. Insbesondere der Anteil der Gemeinden an den Pflegekosten nimmt stark zu. Berechnungen und Schätzungen zei-*

gen, dass von einer Mehrbelastung der Gemeinden von rund 39,9 Millionen Franken auszugehen ist. Diese Mehrbelastung resultiert primär aus der künftigen Begrenzung des Beitrags der Heimbewohnerinnen und -bewohner an die Pflegetaxen und aus der fehlenden Möglichkeit, die übrigen Pflegekosten bei den Ergänzungsleistungen anzurechnen. Die Kosten fallen für die Gemeinden unmittelbar in Form von Ansprüchen der Einwohnerinnen und Einwohner an. Über einen Finanzierungsspielraum, wie beim heutigen Betriebsdefizit beziehungsweise beim Sanierungsaufwand, verfügen die Gemeinden nicht mehr. Die Auswirkungen sind je nach Gemeinde unterschiedlich. Insbesondere spielt es eine Rolle, ob die Heimtaxen bereits auf Vollkostenbasis, inklusive Investitions- und Amortisationskosten, errechnet wurden oder ob sie politisch und ohne Berücksichtigung der effektiven Kosten, insbesondere der Gebäudekosten, gestaltet wurden. Auf der anderen Seite führt die Neuordnung der Pflegefinanzierung im Kanton Luzern zu einer Entlastung der Patientinnen und Patienten (-26 Mio. Fr.), der Krankenversicherer (-5,4 Mio. Fr.) und des Kantons (-5 Mio. Fr.). Für den Bund resultiert eine geringe Mehrbelastung (+1,5 Mio. Fr.). Der Ausgleich der Belastungen aus der Neuordnung der Pflegefinanzierung für Gemeinden mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil an hochbetagten Menschen soll nicht im Rahmen dieses Gesetzes, sondern über den kantonalen Finanzausgleich erfolgen, dessen Revision bereits eingeleitet ist.

Im Zusammenhang mit den finanziellen Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung ist darauf hinzuweisen, dass mit der neuen Spitalfinanzierung ab 2012 im Zuständigkeitsbereich des Kantons mit ähnlich hohen Mehrkosten zu rechnen ist. Wir gehen davon aus, dass damit auch in diesem Bereich die mit der Finanzreform 08 angestrebte Kostenneutralität der Aufgabenneuverteilung zwischen Kanton und Gemeinden erreicht wird.

# Inhaltsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| Übersicht .....   | 2  |
| A. Ausgangslage.....  | 7  |
| I. Rahmenbedingungen der heutigen Pflegefinanzierung.....                 | 7  |
| II. Kosten der heutigen Pflegefinanzierung.....                           | 9  |
| 1. Ambulante Krankenpflege .....  | 9  |
| 2. Krankenpflege im Pflegeheim .....                                      | 10 |
| B. Neuordnung der Pflegefinanzierung.....                                 | 11 |
| I. Allgemeines.....   | 11 |
| II. Krankenpflege nach KVG .....  | 11 |
| 1. Krankenpflege ambulant und im Pflegeheim .....                         | 11 |
| 2. Akut- und Übergangspflege .....  | 13 |
| III. Ergänzungsleistungen .....   | 14 |
| IV. Hilflosenentschädigung zur AHV.....                                   | 15 |
| C. Vernehmlassungsverfahren .....   | 15 |
| I. Allgemeine Bemerkungen zum Vernehmlassungsentwurf.....                 | 16 |
| II. Stellungnahmen zu einzelnen Punkten.....                              | 16 |
| 1. Finanzielle Mehrbelastung der Gemeinden.....                           | 16 |
| 2. Zuständigkeit in der Akut- und Übergangspflege .....                   | 18 |
| 3. Patientenbeteiligung bei der ambulanten Krankenpflege .....            | 20 |
| 4. Anrechenbare Heimtaxen bei den EL .....                                | 21 |
| D. Grundzüge des Gesetzesentwurfs.....                                    | 23 |
| I. Restfinanzierung der Pflegekosten ambulant und im Pflegeheim.....      | 23 |
| 1. Zuständigkeit.....   | 23 |
| 2. Beitrag der pflegebedürftigen Person.....                              | 24 |
| 3. Höhe der Restfinanzierung.....   | 25 |
| II. Mitfinanzierung der Kosten der Akut- und Übergangspflege.....         | 26 |
| 1. Zuständigkeit.....   | 26 |
| 2. Festlegung des «kantonalen Anteils» .....                              | 27 |
| 3. Anordnung der Akut- und Übergangspflege,<br>Leistungserbringer .....   | 28 |
| III. Förderung der Ausbildung .....                                       | 30 |
| 1. Ausgangslage .....   | 30 |
| 2. Schaffung von geeigneten Rahmenbedingungen<br>für die Ausbildung ..... | 31 |
| IV. Verfahren und ergänzendes Recht .....                                 | 31 |
| 1. Anwendung des ATSG.....  | 31 |
| 2. Zentrale Eckwerte des Verfahrens .....                                 | 32 |
| V. Ergänzungsleistungen .....   | 34 |

|      |  |    |
|------|--|----|
| E.   | Finanzielle Auswirkungen .....                       | 35 |
| I.   | Vorbemerkung .....                                   | 35 |
| II.  | Krankenpflege ambulant und im Pflegeheim.....        | 36 |
| 1.   | Ambulante Krankenpflege .....                        | 36 |
| 2.   | Krankenpflege im Pflegeheim .....                    | 37 |
| III. | Akut- und Übergangspflege .....                      | 38 |
| IV.  | Ergänzungsleistungen .....                           | 39 |
| V.   | Gesamtübersicht.....                                 | 40 |
| F.   | Die einzelnen Bestimmungen des Gesetzesentwurfs..... | 41 |
| G.   | Antrag .....   | 48 |
|      | Entwurf .....  | 49 |

# Der Regierungsrat des Kantons Luzern an den Kantonsrat

Sehr geehrter Herr Präsident  
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen hiermit den Entwurf eines Gesetzes über die Finanzierung der Pflegeleistungen der Krankenversicherung (Pflegefinanzierungsgesetz).

## **A. Ausgangslage**

### **I. Rahmenbedingungen der heutigen Pflegefinanzierung**

Nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung heute, abgesehen von Selbstbehalten und Franchisen (Art. 64 KVG), die Kosten für Pflegemassnahmen, die ambulant und bei Hausbesuchen sowie im Pflegeheim durchgeführt werden (Art. 25 Abs. 2a KVG). Übernommen werden Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen (Leistungen), die von Pflegefachleuten oder Spitex-Organisationen und in Pflegeheimen aufgrund einer Bedarfsabklärung auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden (Art. 7 Abs. 1 Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31). Das heutige KVG ginge an sich davon aus, dass die Krankenversicherer die Kosten der Pflege ambulant und im Pflegeheim zu 100 Prozent übernehmen. Eine Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten beziehungsweise der Heimbewohnerinnen und -bewohner über Franchise und Kostenbeteiligung hinaus wäre im heutigen KVG grundsätzlich nicht vorgesehen, ebenso wenig eine Mitfinanzierung der Pflegekosten durch die Kantone und Gemeinden. Da sich jedoch bereits kurz nach Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996 zeigte, dass die dieser Regelung zugrunde liegenden Berechnungen zu tief angelegt waren, erliess der Bund auf den 1. Januar 1998 hin Rahmentarife für die von den Krankenversicherern zu vergütenden Kosten der Pflege ambulant und im Pflegeheim. Diese sollten bei der Tariffestlegung so lange zu beachten sein, als die Spitzex-Anbieter (öffentliche und private Spitzex-Organisationen, selbständige Pflegefachleute) und die Pflegeheime nicht über mit den Versicherern gemeinsam erarbeitete Grundlagen für die Tarifberechnung verfügen (Art. 104a KVG). Da bis heute keine Einigung über diese Grundlagen erzielt werden konnte, sind die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Kosten der Pflegemassnahmen heute durch Rahmentarife begrenzt. Innerhalb dieser Rahmentarife haben die Tarifpartner (Leistungserbringer, Krankenversicherer) die effektiv übernommenen Tarife in kantonalen Verträgen fixiert. Die Pflegekosten werden bei der ambulanten Krankenpflege pro Stunde vergü-

tet, unterteilt in drei Leistungsarten,<sup>1</sup> bei der Krankenpflege im Pflegeheim pro Tag, unterteilt in vier Pflegebedarfsstufen, welche von leichter bis zu schwerer Pflegebedürftigkeit reichen<sup>2</sup> (Art. 9a Abs. 1 und 2 KLV). Schätzungen gehen davon aus, dass die heutigen Rahmentarife der Krankenversicherer die Kosten der Pflege ambulant und im Pflegeheim effektiv etwa zu 55–60 Prozent decken (vgl. Amtliches Bulletin 2007 des Nationalrates [Amtl. Bull. 2007 N], S. 1106).

Der nicht von den Krankenversicherern gedeckte Teil der Pflegekosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geht heute bei der ambulanten Krankenpflege zulasten der Gemeinden (gemeinnützige Spitäler; § 44 Abs. 3 Gesundheitsgesetz [GesG]; SRL Nr. 800) beziehungsweise zulasten der Klientinnen und Klienten oder der Leistungserbringer (private Spitäler). Dasselbe gilt für die Leistungen der Spitäler, die nicht als Pflegekosten im Sinn des Krankenversicherungsrechts (Art. 7 Abs. 2 KLV) gelten (z.B. Hauswirtschaftshilfe).

Bei der Krankenpflege im Pflegeheim gehen der nicht von den Krankenversicherern gedeckte Teil der Pflegekosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie die Kosten für Pension und Betreuung grundsätzlich zulasten der Heimbewohnerinnen und -bewohner. Soweit diese nicht in der Lage sind, für diese Kosten aufzukommen, kommen subsidiär die Ergänzungsleistungen (EL) zum Tragen. Bei der Berechnung der EL wird nach Artikel 11 Absatz 1c des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 6. Oktober 2006 (ELG; SR 831.30) insbesondere je nach Art der Rente und der Haushaltgrösse ein Teil des Reinvermögens als Einnahme angerechnet. Bei Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital leben (in Heimen oder Spitälerinnen lebende Personen), können die Kantone die anrechenbaren Tagestaxen begrenzen (Art. 10 Abs. 2a ELG). Im Kanton Luzern liegt die momentane Begrenzung der anrechenbaren Taxe bei 575 Prozent des allgemeinen Lebensbedarfs einer alleinstehenden Person (§ 1 Abs. 2 Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV [ELV-LU]; SRL Nr. 881a). Die Kosten der EL werden nach Artikel 13 ELG grundsätzlich zu fünf Achteln vom Bund und zu drei Achteln von den Kantonen getragen (Abs. 1). Bei in Heimen (oder Spitälerinnen) lebenden Personen übernimmt der Bund fünf Achtel der jährlichen EL, soweit die Beträge für den allgemeinen Lebensbedarf nach Artikel 10 Absatz 1a Ziffer 1 ELG, für den höchstmöglichen Mietzins nach Artikel 10 Absatz 1b Ziffer 1 ELG und für die anerkannten Ausgaben nach Artikel 10 Absatz 3 ELG durch die anrechenbaren Einnahmen nicht gedeckt sind; die mit dem Heim- oder Spitalaufenthalt in direktem Zusammenhang stehenden Einnahmen (KVG- und Zusatzversicherungsleistungen, Hilflosenentschädigung [HE]) werden dabei nicht berücksichtigt. Den Rest tragen die Kantone (Abs. 2). Gegenwärtig ergibt sich so bezüglich der in Heimen lebenden Personen eine Aufteilung der Kosten von rund 13 Prozent für den Bund und rund 87 Prozent für den Kanton. Kantonsintern tragen vom Aufwand, der nach Abzug des Bundesbeitrags verbleibt, der Kanton 30 Prozent und die Gesamtheit der Gemeinden 70 Prozent (§ 12 Abs. 2 Gesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV [ELG-LU]; SRL Nr. 881).

<sup>1</sup> Für einfache und stabile Situationen (Grundpflege): 30–48.50 Franken; für instabile und komplexe Situationen (Behandlungspflege): 45–70 Franken; für Abklärungen und Beratungen: 50–75 Franken; Beiträge pro Stunde.

<sup>2</sup> Erste Pflegebedarfsstufe: 10–20.50 Franken; zweite Pflegebedarfsstufe 15–41.50 Franken; dritte Pflegebedarfsstufe: 30–67 Franken; vierte Pflegebedarfsstufe: 40–82.50 Franken; Beiträge pro Tag.

Die geltende Taxbegrenzung von 575 Prozent des allgemeinen Lebensbedarfs für Alleinstehende beziehungsweise von aktuell 295 Franken pro Tag bedeutet, dass bei 90 Prozent der EL-beziehenden Heimbewohnerinnen und -bewohner die Taxen des Heimaufenthalts durch die EL gedeckt sind. Bei Pflegeheimen, bei denen die in Rechnung gestellte Taxe höher als die nach EL anrechenbare maximale Tagestaxe ist, erfolgt eine subsidiäre Finanzierung durch einen erhöhten Vermögensverzehr (die Vermögensgrenzen bei EL und wirtschaftlicher Sozialhilfe [WSH] sind unterschiedlich) oder über Beiträge der Gemeinden (WSH, Taxausgleich u.Ä.). Soweit Gemeinden aus politischen Gründen die Taxen ihrer Pflegeheime tiefer als die Vollkosten angesetzt haben, gehen diese Heimkosten zulasten ihrer Restdefizite (§ 69 Abs. 2 Sozialhilfegesetz [SHG]; SRL Nr. 892).

## **II. Kosten der heutigen Pflegefinanzierung**

### **1. Ambulante Krankenpflege**

Im Kanton Luzern sind zurzeit 41 gemeinnützige und 10 private Spitex-Organisationen tätig. Dazu kommen rund 20 selbständige Pflegefachleute, die ebenfalls Spitex-Leistungen anbieten. Die öffentlichen Spitex-Anbieter haben im Jahr 2008 insgesamt 270 000 Pflegestunden nach KVG erbracht, bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 38 Minuten pro Patientin und Patient (Lustat: Spitex-Statistik 2008). Zwischen den einzelnen Spitex-Organisationen bestehen erhebliche Unterschiede in der Kostenstruktur, je nachdem, ob das Tätigkeitsgebiet in der Stadt oder auf dem Land liegt und welche Leistungen angeboten werden (z.B. 24-Std.-Dienst). Über die Kosten der von den privaten Anbietern erbrachten Pflegeleistungen stehen keine Daten zur Verfügung. Diese werden jedoch ab 2010 ebenfalls in der kantonalen Spitexstatistik erfasst werden. Im Einzelnen ist heute von folgender Verteilung der Pflegekosten der gemeinnützigen Spitex auszugehen:

|                              |      |      |
|------------------------------|------|------|
| Krankenversicherer           | 13,5 | 50%  |
| Klientinnen/Klienten         |      |      |
| – Selbstbehalt und Franchise | 1,3  | 5%   |
| Gemeinden                    | 12,1 | 45%  |
| Total                        | 26,9 | 100% |

*Tab. 1: Verteilung Spitex-Kosten 2008 gemeinnützige Spitex nach geltendem System (in Mio. Fr./Jahr; ohne private Anbieter)*

## 2. Krankenpflege im Pflegeheim

Die Kostenberechnung für die Krankenpflege im Pflegeheim basiert auf Daten der Luzerner Altersheimleiterinnen- und -leiter-Konferenz [LAK] (Kore 2008, Taxumfrage 2009, Hochrechnung Pflegeeinstufungen von 3002 auf 4509 Bewohner) und der Ausgleichskasse Luzern [AKLU].

2009 befanden sich im Jahressdurchschnitt 4509 Personen in den 66 anerkannten stationären Institutionen der Krankenpflege, davon 4319 in den Pflegestufen Besa<sup>1</sup> 1–4, in welchen Pflegekosten nach KVG anfallen. Von allen anerkannten Pflegeheimen werden im Jahr 2010 für die Aufenthalte mit und ohne Pflege (Besa 0–4) für Pflegeleistungen sowie Pension und Betreuung voraussichtlich Taxen im Gesamtvolumen von rund 380 Millionen Franken in Rechnung gestellt werden. Die Vollkosten für diese Leistungen betragen effektiv allerdings 400 Millionen Franken. Die Differenz von rund 20 Millionen Franken (= nicht eingeforderte Kosten) ist das Ergebnis der bereits erwähnten Taxpolitik der Gemeinden (vgl. oben Kap. A.I.).

|                                  |     |      |
|----------------------------------|-----|------|
| Pension und Betreuung (Besa 0–4) | 199 | 50%  |
| Pflegeleistungen (Besa 1–4)      | 181 | 45%  |
| Nicht eingeforderte Kosten       | 20  | 5%   |
| – Pension und Betreuung          | 15  |      |
| – Pflegeleistungen               | 5   |      |
| Total                            | 400 | 100% |

Tab. 2: Verteilung Heimvollkosten 2010 nach Kostenarten (in Mio. Fr./Jahr)

Diese Kosten verteilen sich heute wie folgt auf die einzelnen Kostenträger:

|  |     |      |
|--|-----|------|
| Bewohnerinnen/Bewohner                             | 209 | 52%  |
| KVG-Versicherer                                    | 82  | 20%  |
| Bund   |     |      |
| – EL-Anteil  | 12  | 3%   |
| Kanton   |     |      |
| – EL-Anteil  | 23  | 6%   |
| Gemeinden  | 74  | 19%  |
| – EL-Anteil  | 54  |      |
| – nicht eingeforderte Kosten Pension und Betreuung | 15  |      |
| – nicht eingeforderte Kosten Pflege                | 5   |      |
| Total  | 400 | 100% |

Tab. 3: Verteilung Heimvollkosten 2010 auf Kostenträger nach geltendem System nach EL (in Mio. Fr./Jahr)

<sup>3</sup> Besa: Bewohner/innen-Einstufungssystem und Abrechnungssystem.

## **B. Neuordnung der Pflegefinanzierung**

### **I. Allgemeines**

Am 13. Juni 2008 haben die eidgenössischen Räte das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (Amtliche Sammlung [AS] 2009, S. 3517) verabschiedet. Es handelt sich um einen Mantelerlass, in dem neben dem KVG auch das Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 20. Dezember 1946 (AHVG; SR 831.10) und das ELG geändert wurden. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung regelt entsprechend der verwendeten Terminologie die Finanzierung von ambulant durch Institutionen der spitälexternen Kranken- und Gesundheitspflege (nachfolgend ambulante Krankenpflege) oder stationär in einem Krankenheim, einem Alters- und Pflegeheim, einer Pflegewohnung oder einer Pflegeabteilung in einem Akutspital (nachfolgend Krankenpflege im Pflegeheim) erbrachten Pflegeleistungen neu. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung verfolgt zwei Ziele: Zum einen soll die wirtschaftlich schwierige Situation bestimmter pflegebedürftiger Personen verbessert werden, zum anderen soll die soziale Krankenversicherung finanziell nicht zusätzlich durch altersbedingte Pflegeleistungen belastet werden. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung tritt am 1. Januar 2011 in Kraft (vgl. AS 2009, S. 6847).

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung, davon insbesondere die Änderungen im Bereich der Krankenpflege nach KVG, hat für die Gemeinden, aber auch für den Kanton, die Leistungserbringer und die pflegebedürftigen Personen grosse Auswirkungen. Unser Rat hat dem Gesundheits- und Sozialdepartement deshalb den Auftrag erteilt, die gesetzlichen Grundlagen für die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Kanton Luzern zu erarbeiten. Dies geschah in Zusammenarbeit mit dem Finanzdepartement, der AKLU, dem Verband Luzerner Gemeinden (VLG), dem Sozialvorsteher-Verband Luzern (SVL), der LAK, dem Spitex Kantonalverband Luzern (SKL) und dem Branchenverband der Krankenversicherer (Santésuisse).

### **II. Krankenpflege nach KVG**

#### **1. Krankenpflege ambulant und im Pflegeheim**

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung werden die bisherigen Rahmentarife der Krankenversicherer abgelöst. Die Krankenversicherer leisten neu einen fixen Beitrag an die Kosten der ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim (Art. 25a Abs. 1 KVG neu), der vom Bundesrat gesamtschweizerisch einheitlich und differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken festgelegt wird (Art. 25a Abs. 4 KVG neu). Die Tarife und Preise der ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim werden damit nicht mehr in Tarifverträgen zwischen den Krankenversi-

cherern und den Spitex-Anbietern und den Pflegeheimen vereinbart, sondern positiv rechtlich durch den Bund festgelegt. Im Einzelnen ergibt sich Folgendes (vgl. AS 2009, S. 3527):

- In der ambulanten Krankenpflege gibt es (nach wie vor) drei nach Pflegeleistungsgruppen differenzierte Beiträge der Krankenversicherer.<sup>4</sup> Vergütungen werden in Zeiteinheiten von 5 Minuten abgerechnet. Zu vergüten sind mindestens 10 Minuten (Art. 7a Abs. 1 und 2 KLV neu).
- Bei der Krankenpflege im Pflegeheim gibt es demgegenüber neu zwölf nach Pflegebedarfsstufen differenzierte Beiträge (Art. 7a Abs. 3 KLV neu).<sup>5</sup> Das heisst, das bisherige 4-stufige Pflegebedarfssystem nach Besa wird in ein 12-stufiges umgelaert.

Die von den Krankenversicherern zu übernehmenden Pflegeleistungen werden durch den Bund im ersten Jahr kostenneutral festgelegt. Danach kann der Bund Anpassungen vornehmen. Die bei Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung gelgenden Tarife und Tarifverträge sind innert dreier Jahre an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge der Krankenversicherer an die Pflegeleistungen anzugeleichen. Die Kantonsregierungen regeln diese Angleichung (Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 13. Juni 2008).

Nach Artikel 25a Absatz 5 KVG neu dürfen künftig von den nicht durch Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat für die Krankenversicherer festgesetzten Pflegebeitrages auf die versicherte Person überwälzt werden (Art. 7a Abs. 1a und 3l KLV neu; ambulante Krankenpflege: Fr. 15.95 pro Tag bzw. Fr. 5821.75 pro Jahr; Krankenpflege im Pflegeheim: Fr. 21.60 pro Tag beziehungsweise Fr. 7884.– pro Jahr). Soweit die Pflegekosten nicht durch die Beiträge von Sozialversicherungen und den Beitrag der betreuungsbedürftigen Person gedeckt sind, sieht Artikel 25a Absatz 5 KVG neu eine Restfinanzierung vor, die der Kanton zu regeln hat. Dabei ist Folgendes zu berücksichtigen:

- Der künftige Beitrag der Patientinnen und Patienten an die Pflegekosten von höchstens Fr. 15.95 ambulant und Fr. 21.60 im Pflegeheim gilt unabhängig von Einkommen und Vermögen. Die Patientinnen und Patienten geniessen im entsprechenden Umfang einen Tarifschutz in Bezug auf die Pflegekosten (Art. 44 Abs. 1 KVG). Das heisst, ihnen darf – zumindest gegen ihren Willen – weder von den Leistungserbringern noch von den Krankenversicherern noch vom Restfinanzierer eine weiter gehende Vergütung für Pflegekosten in Rechnung gestellt werden, ausser Franchise und Selbstbehalt. Zu berücksichtigen gilt es weiter, dass der Beitrag der pflegebedürftigen Person nur in den Fällen und nur so weit ge-

<sup>4</sup> a. Massnahmen der Abklärung und der Beratung: Fr. 79.80; b. Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung: Fr. 65.40; c. Massnahmen der Grundpflege: 54.60 Franken; Beiträge pro Stunde.

<sup>5</sup> a. bei einem Pflegebedarf bis 20 Minuten: 9 Franken; b. bei einem Pflegebedarf von 21 bis 40 Minuten: 18 Franken; c. bei einem Pflegebedarf von 41 bis 60 Minuten: 27 Franken; d. bei einem Pflegebedarf von 61 bis 80 Minuten: 36 Franken; e. bei einem Pflegebedarf von 81 bis 100 Minuten: 45 Franken; f. bei einem Pflegebedarf von 101 bis 120 Minuten: 54 Franken; g. bei einem Pflegebedarf von 121 bis 140 Minuten: 63 Franken; h. bei einem Pflegebedarf von 141 bis 160 Minuten: 72 Franken; i. bei einem Pflegebedarf von 161 bis 180 Minuten: 81 Franken; j. bei einem Pflegebedarf von 181 bis 200 Minuten: 90 Franken; k. bei einem Pflegebedarf von 201 bis 220 Minuten: 99 Franken; l. bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten: 108 Franken; Beiträge pro Tag.

schuldet ist, als die Pflegekosten nicht bereits oder nicht vollständig durch Beiträge der Krankenversicherer gedeckt sind.

- Unter dem Begriff Sozialversicherungen im Sinn von Artikel 25a Absatz 5 KVG neu sind im Wesentlichen die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu verstehen. Die EL und die HE sind ausdrücklich keine Sozialversicherungen in diesem Sinne und dürfen entsprechend nicht zur Deckung der Pflegekosten herangezogen werden (vgl. Bundesamt für Gesundheit [BAG], Kommentar Änderung Verordnung über die Krankenversicherung vom 10. Juni 2009, S. 3).
- Das Bundesrecht definiert nicht, was 100 Prozent der Pflegekosten sind. Somit ist die Restfinanzierung a priori nicht begrenzt.
- Der Anspruch auf den Restfinanzierungsbeitrag steht der pflegebedürftigen Person zu (Subjektfinanzierung).
- Wie bereits heute werden die KVG-Leistungen und damit auch die Restfinanzierung der Pflegekosten künftig unabhängig vom Alter der pflegebedürftigen Personen erbracht. Sie knüpfen einzig an die ärztlich festgestellte Pflegebedürftigkeit und die Inanspruchnahme eines anerkannten Leistungserbringers beziehungsweise den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim an.

Nicht Gegenstand der Neuordnung der Pflegefinanzierung ist die Finanzierung der Nicht-Pflegeleistungen der Spitex und der Pflegeheime. Für diese sind nach wie vor die §§ 44 Absatz 3 GesG und 69 Absatz 2 SHG massgebend (vgl. Kap. A.I.).

## **2. Akut- und Übergangspflege**

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung werden neu Leistungen der sogenannten Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, von den Krankenversicherern und vom Wohnkanton der Versicherten während längstens zwei Wochen (14 Tage) nach den Regeln der (neuen) Spitalfinanzierung vergütet (Art. 25a Abs. 2 KVG neu).

Bei der Akut- und Übergangspflege handelt es sich grundsätzlich um eine neue Leistungsart im Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die es heute in dieser Form noch nicht gibt. Unter ökonomischen Gesichtspunkten besteht das Ziel der Akut- und Übergangspflege darin, die Patientinnen und Patienten in einer kostengünstigeren Einrichtung zu behandeln, sobald sie kein teures Spitalbett mehr brauchen. Ein erheblicher Teil der (vor allem älteren) Patientinnen und Patienten bleibt heute länger im Akutspital, als es aus rein medizinischen Gründen notwendig wäre. Aus verschiedenen Gründen ist es jedoch oft noch zu früh für eine Entlassung nach Hause, und auch die Verlegung in eine Rehabilitation ist nicht sinnvoll oder den Bedürfnissen dieser Personengruppe nicht angepasst.

Inhaltlich entsprechen die Leistungen der Akut- und Übergangspflege jedoch den Pflegeleistungen der regulären ambulanten Krankenpflege oder der Krankenpflege im Pflegeheim. Entsprechend können sie sowohl von Pflegeheimen als auch von selbstständigen Pflegefachleuten und Spitex-Organisationen angeboten werden (Art. 7

Abs. 3 KLV neu). Damit ist es praktisch nicht möglich, die Akut- und Übergangspflege von der «gewöhnlichen» Krankenpflege nach einem Spitalaufenthalt abzutrennen. Vor allem bei der ambulanten Akut- und Übergangspflege besteht die Gefahr, dass im Endeffekt einfach die ersten beiden Wochen der Krankenpflege nach einem Spitalaufenthalt anders finanziert werden. Eine kumulative Vergütung von Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege ist ausgeschlossen.

Anders als bei der regulären Krankenpflege werden die Pflegeleistungen der Akut- und Übergangspflege nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet (Art. 25a Abs. 2 KVG neu; Art. 49a KVG). Nach Artikel 7b Absatz 1 KLV neu übernehmen der Wohnkanton und die Versicherer die Pflegekosten der Akut- und Übergangspflege anteilmässig. Der kantonalen Anteil beträgt mindestens 55 Prozent. Der Wohnkanton setzt jeweils für das Kalenderjahr, spätestens neun Monate vor dessen Beginn, den für alle Kantonseinwohnerinnen und -einwohner geltenden kantonalen Anteil fest. Die Krankenversicherer schliessen mit den Anbietern der Akut- und Übergangspflege (Spitex, Pflegeheime) Tarifverträge über die Pflegekosten ab (der Kanton oder die Gemeinden sind dabei nicht Vertragsparteien). Sie vereinbaren darin die konkreten Tarife/Preise, welche die Krankenversicherer an die Pflegekosten der Akut- und Übergangspflege leisten, in Form von Pauschalen, in der Regel Fallpauschalen. Die Tarifverträge sind vom Regierungsrat zu genehmigen (Art. 46 Abs. 4 KVG). Eine Beteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger an den Kosten der Pflegeleistungen ist damit – anders als bei der regulären Krankenpflege –, abgesehen von Franchise und Selbstbehalt (Art. 64 KVG), nicht vorgesehen.

Von den Kosten der Pflegeleistungen der Akut- und Übergangspflege sind wiederum die Kosten für Pension und Betreuung in den Pflegeheimen und die ambulanten hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen zu unterscheiden. Deren Finanzierung wird vom Bund nicht geregelt. Auch in der Akut- und Übergangspflege gilt, dass die nichtpflegerischen Leistungen mangels bundesrechtlicher Vorgaben grundsätzlich von den Leistungsbezügerinnen und -bezügern selbst zu tragen sind (vgl. §§ 44 GesG und § 69 SHG).

### **III. Ergänzungsleistungen**

Bei den Ergänzungsleistungen ergeben sich aufgrund der Neuordnung der Pflegefinanzierung folgende Neuerungen:

- Die geltenden allgemeinen Vermögensfreibeträge werden für alleinstehende Personen von heute 25 000 auf 37 500 Franken und für Ehepaare von 40 000 auf 60 000 Franken erhöht (Art. 11 Abs. 1c ELG neu). Diese Erhöhung gilt allgemein, das heisst unabhängig von einem Pflegeheimaufenthalt.
- Neu gilt zudem eine Vermögensfreigrenze von 300 000 Franken für selbstbewohntes Wohneigentum, wenn ein Ehepartner in einem Pflegeheim oder Spital gepflegt wird und der andere zu Hause wohnt oder wenn eine Person bei Pflege zu Hause eine Hilflosenentschädigung bezieht (Art. 11 Abs. 1<sup>bis</sup> ELG neu).

- Schliesslich haben die Kantone nach Artikel 10 Absatz 2a ELG neu bei der Begrenzung der anrechenbaren Tagestaxen (für Pension und Betreuung) in den Heimen bei den EL dafür zu sorgen, dass durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim *in der Regel* keine Sozialhilfe-Abhängigkeit begründet wird.

## **IV. Hilflosenentschädigung zur AHV**

Im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung sieht die AHV-Gesetzgebung neu eine Hilflosenentschädigung (HE) leichten Grades zur AHV bei Pflege zu Hause im Umfang von 20 Prozent des Mindestbetrages der AHV-Altersrente (zurzeit 228 Fr./Monat); (Art. 43<sup>bis</sup> Abs. 1, 1<sup>bis</sup>, 2 und 3 AHVG neu) vor. Da die Finanzierung der HE Sache des Bundes ist (Art. 102 Abs. 2 AHVG), besteht diesbezüglich für den Kanton und die Gemeinden kein Handlungsbedarf. Es ist davon auszugehen, dass die anspruchsberechtigten Personen über die bestehenden Kanäle (Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV], Leistungserbringer) informiert werden.

## **C. Vernehmlassungsverfahren**

Von Dezember 2009 bis Februar 2010 führten wir zum Entwurf eines Pflegefinanzierungsgesetzes ein breites Vernehmlassungsverfahren durch. Es gingen 98 Vernehmlassungsantworten ein. Folgende Vernehmlassungsadressaten liessen sich vernehmen:

- alle im Kantonsrat vertretenen Parteien (CVP, Grüne, FDP, SP und SVP) sowie die Grünliberalen der Stadt Luzern,
- 66 Gemeinden (Adligenswil, Aesch, Alberswil, Ballwil, Beromünster, Buchrain, Büron, Buttisholz, Dierikon, Doppleschwand, Ebikon, Egolzwil, Eich, Emmen, Entlebuch, Ermensee, Eschenbach, Escholzmatt, Ettiswil, Flühli, Gettnau, Geuensee, Gisikon, Grosswangen, Hasle, Hergiswil, Hildisrieden, Hitzkirch, Hochdorf, Hohenrain, Horw, Inwil, Knutwil, Kriens, Luthern, Luzern, Malters, Marbach, Mauensee, Meggen, Meierskappel, Menznau, Nebikon, Neudorf, Neuenkirch, Nottwil, Oberkirch, Rain, Römerswil, Romoos, Rothenburg, Ruswil, Schenkon, Schlierbach, Schötz, Schüpfheim, Schwarzenberg, Sempach, Sursee, Triengen, Urdiligenswil, Vitznau, Wauwil, Werthenstein, Willisau, Wolhusen, Wikon),
- Verband Luzerner Gemeinden (VLG), Sozialvorsteher-Verband Kanton Luzern Sektionen Hochdorf, Sursee und Willisau,
- Alterswohnheim Chrüzmatt (Hitzkirch), Kinderspitex, LAK, Patientenstelle Zentralschweiz, Pflegeheim Seeblick (Sursee), Pflegeheim Steinhof (Luzern), Pro Senectate Kanton Luzern, Seniorenrat Stadt Luzern, Spitex-Kantonalverband (SKL), Spitex Kriens/Luzern, Santésuisse, Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachleute (SBK), SBK Zentralschweiz, Senesuisse, Spitex privée Suisse, SPZ Nottwil, Swissana Clinic Meggen, VPOD,
- Ausgleichskasse Luzern,
- Departemente und Gerichte.

## I. Allgemeine Bemerkungen zum Vernehmlassungsentwurf

Der Grossteil der Antwortenden nahm zur Kenntnis, dass die Rahmenbedingungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung durch das Bundesrecht vorgegeben sind (vgl. Kap. B.II) und sich damit auch der Handlungsspielraum für das vorliegende Gesetz in diesem Rahmen bewegt.

Da die Neuordnung der Pflegefinanzierung zu einem Grossteil den Aufgabenbereich der Gemeinden betrifft und für diese mit grossen finanziellen Mehrbelastungen verbunden ist, legte erwartungsgemäss ein Grossteil der Antwortenden ihren Fokus auf die Finanzthematik (Entlastung der Gemeinden, EL-Taxgrenze) und die Frage der Zuständigkeit für die Akut- und Übergangspflege (politische Parteien, VLG, Gemeinden). Darüber hinaus gab auch die Ausgestaltung der Patientenbeteiligung bei der ambulanten Krankenpflege Anlass zu Diskussionen (Grüne, SP, SKL). Demgegenüber waren der Gesetzesentwurf selbst und auch die mit ihm in die Vernehmlassung gegebenen Verordnungsentwürfe bis auf einige Ergänzungs- und Präzisierungsanträge wenig umstritten.

Nachfolgend gehen wir auf die aus unserer Sicht wegen ihres politischen Stellenwertes zentralen Punkte der Vernehmlassungsantworten ein. Darüber hinaus wurde, wo nötig, bereits in den bisherigen Ausführungen und wird bei den nachfolgenden Erläuterungen näher auf die Vernehmlassungen eingegangen.

## II. Stellungnahmen zu einzelnen Punkten

### 1. Finanzielle Mehrbelastung der Gemeinden

Die Zuständigkeit der Gemeinden für die ambulante Krankenpflege und die Krankenpflege im Pflegeheim wird von der Mehrheit der Antwortenden, darunter den Gemeinden, grundsätzlich nicht bestritten. Die vor allem aus diesem Bereich auf die Gemeinden zukommende finanzielle Mehrbelastung von gesamthaft rund 40 Millionen Franken pro Jahr wird von den Parteien und den Gemeinden allgemein als hoch oder zu hoch empfunden. Verschiedentlich wird geltend gemacht, die in der Vernehmlassungsbotschaft angeführten Kostenfolgen seien beschönigt dargestellt. Zur Milderung der finanziellen Belastung der Gemeinden werden verschiedene Vorschläge gemacht. Die Grünen und die SP verlangen explizit eine finanzielle Mitbeteiligung des Kantons an den Kosten der Pflegeleistungen. Ebenso die SVP, welche vorschlägt, dass der Kanton wie im Kanton Zürich Normkosten aufgrund von Stichproben von wirtschaftlichen Leistungserbringern ermitteln solle. Von diesen Kosten solle der Kanton – abhängig vom Finanzkraftindex der jeweiligen Wohngemeinde – einen Anteil übernehmen. Der VLG und mit ihm eine Vielzahl von Gemeinden beantragen die sofortige Anpassung des Kostenteilers bei den EL von heute 70:30 zugunsten der Ge-

meinden um 10 Millionen Franken zugunsten der Gemeinden, mittelfristig auf 50:50, insbesondere wenn sich zeigen sollte, dass die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung geringer sein sollten. Zudem solle die Pflegefinanzierung im Rahmen der kommenden Revision des Finanzausgleiches gesonderte Berücksichtigung finden. Die CVP sowie einige wenige Gemeinden regten die Schaffung eines Lastenausgleichspools unter den Gemeinden an. In diesen sollten die Gemeinden nach Einwohnern bemessen einzahlen. Aus dem Lastenausgleichspool sollten die Pflegekosten bis zu einem bestimmten kantonalen Benchmark übernommen werden. Die Wohngemeinde solle nur für Kosten, die über dem Benchmark liegen, aufkommen müssen. Die gesamte Pflegefinanzierung solle zudem zentral administriert werden. Mit dem Lastenausgleichspool sollten die Solidarität unter den Gemeinden gefördert und Anreize für ein Angebot für das Wohnen im Alter geschaffen werden.

Was die Qualität der Berechnungen der finanziellen Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf die Gemeinden betrifft, ist festzuhalten, dass diese die aktuell bestmögliche Bezifferung der Kostenfolgen darstellen. Vor allem für den Bereich der Pflegeheime, auf welchen der Grossteil der Kosten entfällt, ist aufgrund der Datenlage von einer relativ grossen Annäherung an die effektiven Kosten auszugehen, was auch von der BDO Visura bestätigt wurde. Weiter haben wir in der Vernehmlassungsbotschaft ausgeführt, dass die Kostenfolgen für die einzelne Gemeinde nicht im Rahmen dieser Botschaft berechnet werden können, da diese davon abhängig sein werden, inwieweit die einzelnen Pflegeheime bereits Vollkosten abrechnen.

Auch unter den Gemeinden ist die eigene Zuständigkeit für die ambulante Krankenpflege und die Krankenpflege im Pflegeheim nicht bestritten. Eine Umwidmung dieses Bereichs zu einer Verbundaufgabe und damit eine ausdrückliche Beteiligung des Kantons an den dabei anfallenden Kosten, nur gerade drei Jahre nach der Aufgabenneuverteilung im Rahmen der Finanzreform 08, steht damit für uns nicht zur Diskussion.

Der EL-Kostenteiler wurde im Rahmen der Finanzreform 08 als Ausgleichstopf bestimmt, um die angestrebte positive Haushaltsneutralität zugunsten der Gemeinden herzustellen. Der Kostenteiler liegt seither bei 70:30 zugunsten der Gemeinden. Bei rund 147,3 Millionen Franken EL-Gesamtkosten für Kanton und Gemeinden (EL-Abrechnung 2009: Gesamtkosten EL von 210,7 Mio. Fr. abzgl. Anteil Bund von 63,4 Mio. Fr.) bedeutet die vom VLG verlangte Anpassung des EL-Kostenteilers auf 2011 um 10 Millionen Franken zugunsten der Gemeinden eine Mehrbelastung des Kantons im entsprechenden Umfang. Der Kostenteiler läge dann bei 63:37 zugunsten der Gemeinden. Das mittelfristig vom VLG angestrebte Ziel von einem Teiler von 50:50 brächte eine Mehrbelastung des Kantons von 29,5 Millionen Franken pro Jahr und eine entsprechende Entlastung der Gemeinden mit sich. Wir gehen davon aus, dass die neue Spitalfinanzierung für den Kanton ebenfalls erhebliche finanzielle Mehraufwendungen in der Höhe von geschätzten 45 Millionen Franken pro Jahr mit sich bringen wird, wenn auch erst ab 2012 und dank Übergangsfristen allenfalls zeitlich gestaffelt. Aufgrund dieser grossen Unklarheiten über die Kosten der neuen Spitalfinanzierung und der definitiven Kosten der Pflegefinanzierung, erachten wir eine Anpassung des Kostenteilers bei den EL zum heutigen Zeitpunkt als falsch.

Ebenso die Einrichtung eines speziellen Lastenausgleichspools unter den Gemeinden. In den vergangenen Jahren wurden die speziellen Lastenausgleichspools, beispielsweise in der Sozialhilfe, abgeschafft. Überdurchschnittliche Lasten der Gemeinden sollten ausschliesslich über den Finanzausgleich ausgeglichen werden. Der Soziallastenausgleich sieht ausdrücklich die Berücksichtigung einer überdurchschnittlichen «Belastung» der Gemeinden durch hochbetagte Personen vor. Die Befürchtung zahlreicher Gemeinden, dass die vorgeschlagene Restfinanzierung der Pflegekosten über die Gemeinden der Schaffung von Angeboten für das «Wohnen im Alter» abträglich sei, ist deshalb unbegründet. Die Wiedereinführung eines Lastenausgleichspools wäre systemfremd. Zu erwähnen ist auch, dass die Mehrheit der Gemeinden in der Vernehmlassung keinen solchen Lastenausgleichspool beantragt hat. Vereinzelt sprachen sich Gemeinden sogar ausdrücklich dagegen aus, weil sie nicht das – aus ihrer Sicht unwirtschaftliche – Angebot der übrigen Gemeinden quersubventionieren wollen. Ein Lastenausgleichspool käme somit nur zustande, wenn der Kanton die Gemeinden per Gesetz zu einem solchen verpflichten würde. Dies müsste wohl in Form eines Gemeindeverbandes geschehen, damit die Gemeinden die Einzelheiten des Lastenausgleichs selber verbindlich für alle Gemeinden regeln könnten.

Als richtig erachten wir vielmehr die Berücksichtigung der neuen Pflegefinanzierung im kantonalen Finanzausgleich. Ihr Rat hat die Berücksichtigung der Pflegefinanzierung im Soziallastenausgleich in der Form einer Bemerkung zum Wirkungsbericht 2009 zum Finanzausgleich (B 127 Planungsbericht über die Wirkungen und die Zielerreichung des Finanzausgleichs vom 1. September 2009) an unseren Rat überwiesen. Mit dem VLG erachten wir es als richtig, die Frage der Berücksichtigung der finanziellen Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Finanzausgleich nicht mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf, sondern im Rahmen der kommenden Revision des Finanzausgleichsgesetzes (SRL Nr. 610) zu prüfen. Nur so ist eine seriöse Anpassung der Indikatoren möglich, welche dem Finanz- beziehungsweise dem Soziallastenausgleich zugrunde liegen. Wir sehen vor, dazu im Herbst 2010 ein Vernehmlassungsverfahren durchzuführen.

## **2. Zuständigkeit in der Akut- und Übergangspflege**

Die grosse Mehrheit der Antwortenden, darunter insbesondere die Gemeinden und die Parteien, erachtete die im Vernehmlassungsentwurf vorgesehene Zuständigkeit der Gemeinden für die Finanzierung des Anteils der öffentlichen Hand an den Kosten der Akut- und Übergangspflege als falsch und stellte den Antrag, dass der Kanton für diese Kosten aufkommen müsse. Begründet wurde dies damit, dass die Akut- und Übergangspflege aufgrund des vorangehenden Spitalaufenthalts in sehr enger Verbindung zur Spital- beziehungsweise Akutpflege stehe. Die Akut- und Übergangspflege werde denn auch von den Spitätern angeordnet, die im Zuständigkeitsbereich des Kantons lägen. Weiter wurde argumentiert, dass die Akut- und Übergangspflege

zu einer finanziellen Entlastung der Spitäler und damit des Kantons führen werde. Insbesondere die mit der neuen Spitalfinanzierung einhergehende Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) werde für die Spitäler den Anreiz schaffen, die Patientinnen und Patienten früher in die Akut- und Übergangspflege zu entlassen, was sich für die Gemeinden finanziell nachteilig auswirke und hohe Anforderungen an die Leistungserbringer stelle. Schliesslich wurden von vielen Antworten die in der Vernehmlassungsbotschaft aufgezeigten geringen finanziellen Auswirkungen der Akut- und Übergangspflege angezweifelt.

Entgegen den in der Vernehmlassung vorgebrachten Argumente und Bedenken hält unser Rat daran fest, die Zuständigkeit für die Finanzierung des Anteils der öffentlichen Hand an den Pflegekosten der Akut- und Übergangspflege bei den Gemeinden zu verankern. Bereits nach der Systematik des KVG (vgl. Kap. B.II) ist die Akut- und Übergangspflege der Langzeitpflege und nicht der Akutpflege im Spital zugeordnet. Entsprechend sind die Leistungen der Akut- und Übergangspflege identisch mit jenen der ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim. Sie werden auch von den gleichen Leistungserbringern erbracht werden. Diese Leistungserbringer benötigen entweder eine Betriebsbewilligung der Gemeinden (Spitex), oder sie werden oftmals von den Gemeinden selber geführt oder getragen (Pflegeheime). Die Kosten der Akut- und Übergangspflege fallen somit im Einflussbereich der Gemeinden an.

Dem Argument, es stehe im Widerspruch zum AKV-Prinzip, dass die Spitäler die Akut- und Übergangspflege anordnen und die Gemeinden dafür bezahlen müssten, ist entgegenzuhalten, dass einerseits die Akut- und Übergangspflege nicht nur von den kantonalen Spitätern angeordnet werden kann, sondern auch von privaten oder von ausserkantonalen Spitätern. Andererseits können die Gemeinden die ambulante Krankenpflege und die Krankenpflege im Pflegeheim auch nicht selber anordnen, sondern ebenfalls nur die Spitäler oder die freipraktizierenden Ärzte. Insbesondere ist zu beachten, dass Akut- und Übergangspflege erst dann angeordnet werden kann, wenn eben keine Spitalbedürftigkeit mehr besteht.

Was die geäusserten Befürchtungen im Zusammenhang mit der Einführung der DRG anbelangt, ist anzuführen, dass im DRG-System ein besonderes Augenmerk auf die sogenannten Wiedereintritte gelegt wird und sich diese für die Spitäler nachteilig auswirken können. Weiter gehen wir davon aus, dass die meisten Spitex-Organisationen und Pflegeheime ohne Weiteres in der Lage sein werden, Patientinnen und Patienten der Akut- und Übergangspflege zu versorgen. Erfahrungen aus dem Pilotprojekt «Übergangspflege» der Stadt Luzern zeigen, dass im stationären Bereich mit einem Pflegebedarf vergleichbar mit Besa 3 zu rechnen sein wird. Mit der im Entwurf vorgesehenen Möglichkeit, den Kreis der Leistungserbringer für die Akut- und Übergangspflege zu beschränken, besteht zudem die Möglichkeit, entsprechende Angebote gezielt aufzubauen. Die Gemeinden sind dabei zwingend anzuhören und können damit auch auf die Kosten der Akut- und Übergangspflege steuernd einwirken.

Was die Kosten der Akut- und Übergangspflege anbelangt, wurde bereits im Vernehmlassungsentwurf darauf hingewiesen, dass diese – anders als beispielsweise die Kosten der Krankenpflege im Pflegeheim – mangels bestehender Erfahrungs-

werte nicht zuverlässig bestimmt werden können. Das deshalb verwendete Schätzmodell geht von der Annahme aus, dass Akut- und Übergangspflege künftig alle Patientinnen und Patienten benötigen werden, welche nach einem Spitalaufenthalt heute schon für eine befristete Zeit intensiv durch die Spitex oder temporär in Pflegeheimbetten gepflegt werden müssen, und die entsprechenden Kosten grösstenteils schon heute bei den Gemeinden anfallen (heute: ca. 1000 ambulante und 350 stationäre Patienten; Quelle: Lustat). Obwohl diese Schätzung somit auf einem Worst-case-Szenario beruht, sagt sie für die Gemeinden nur relativ geringe Mehrkosten voraus. Eine Zuständigkeit des Kantons für die Akut- und Übergangspflege würde demgegenüber eine Verlagerung von Kosten der Langzeitpflege von den Gemeinden auf den Kanton bedeuten.

Schliesslich möchten wir darauf hinweisen, dass die Akut- und Übergangspflege vom Bund mit einer Dauer von 14 Tagen bemessen wurde, was sich in vielen Fällen als zu kurz erweisen wird. Die betroffenen Patientinnen und Patienten kommen nach Ablauf der 14 Tage in die Langzeitpflege. Mit der Zuständigkeit der Gemeinden für die Akut- und Übergangspflege wird deshalb in vielen Fällen ein aus verfahrensökonomischer und -technischer Sicht unnötiger Zuständigkeitswechsel vermieden.

### **3. Patientenbeteiligung bei der ambulanten Krankenpflege**

Der Grossteil der Antwortenden (darunter VLG und Gemeinden) begrüsste die vorgesehene Regelung der Patientenbeteiligung bei der ambulanten Krankenpflege ausdrücklich, insbesondere auch, dass für die ambulante Krankenpflege von Kindern und Jugendlichen keine Patientenbeteiligung geschuldet sein soll. Zahlreiche Vernehmlasser empfanden die vom Bundesrecht bei der ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim vorgesehene Beschränkung des Beitrages der pflegebedürftigen Personen auf 20 Prozent des höchsten von den Krankenversicherern zu bezahlenden Pflegebeitrages (ambulant: Fr. 15.95 pro Tag; stationär Fr. 21.60 pro Tag) unabhängig von Einkommen und Vermögen als ungerecht, waren sich jedoch bewusst, dass der Bundesgesetzgeber dies so entschieden hat. Verschiedentlich wurde angeführt, dass nach AKV-Prinzip die Gemeinden selber über eine Befreiung entscheiden können müssten. Auch wäre die Ausnahme weiterer Patientengruppen sachgerecht (Krebs, Palliativpflege). Eine Minderheit (darunter Grüne, SP und Spitex-Kantonalverband) machte geltend, die bei der ambulanten Krankenpflege vorgesehene Patientenbeteiligung stehe im Widerspruch zum in der Pflegeversorgung vorgeesehenen Grundsatz «ambulant vor stationär». Auf eine Patientenbeteiligung solle deshalb ganz oder teilweise verzichtet werden beziehungsweise der Kanton solle für diese Kosten aufkommen.

Die Rückmeldungen aus der Vernehmlassung bestärken uns darin, dass die vorgeschlagene Lösung richtig ist. Wir halten deshalb auch im vorliegenden Entwurf an der Patientenbeteiligung bei der ambulanten Krankenpflege fest. Bei der Schaffung dieser Bestimmung zielte der Bundesgesetzgeber auf die Begrenzung

des Anteils an den Pflegekosten, den die pflegebedürftigen Personen zu bezahlen haben, zumal bereits die Kosten der mit der Krankenpflege zusammenhängenden Leistungen (insbes. Pension und Betreuung im Pflegeheim) grundsätzlich zu ihren Lasten gehen. Von der maximalen Ausschöpfung des Rahmens ging der Gesetzgeber jedoch aus und erachtete dies ausdrücklich als zumutbar (Amtl. Bull. 2007 N, S. 1117 ff.). Die Analyse der finanziellen Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung zeigt zudem, dass es zumindest bei der Pflege im Pflegeheim selbst bei Überwälzung des maximalen Eigenbeitrages noch zu einer massiven Entlastung der Heimbewohnerinnen und -bewohner kommt. Für den Bereich der ambulanten Krankenpflege wird die neu vorgesehene Hilflosenentschädigung leichten Grades von gegenwärtig 228 Franken pro Monat (allerdings Karentfrist von einem Jahr) für die Betroffenen zu einer teilweisen Entlastung führen, entspricht dies doch der Patientenbeteiligung für rund 14 Stunden Spitex pro Monat. Darüber hinaus stärkt der Eigenbeitrag die Eigenverantwortung der pflegebedürftigen Personen.

Von der Ausnahme weiterer Patientengruppen möchten wir absehen, da deren Kreis sich im Gegensatz zur Gruppe der Kinder und Jugendlichen nicht objektiv bestimmen lässt. In Bezug auf das AKV-Prinzip bleibt anzuführen, dass es den Gemeinden selbstverständlich frei bleibt, neben den Kindern und Jugendlichen auch noch weitere Patientinnen und Patienten von der Leistung eines Pflegebeitrages zu befreien oder diesen zu reduzieren. Die daraus resultierenden Kosten gehen jedoch zu ihren Lasten.

#### **4. Anrechenbare Heimtaxen bei den EL**

Während von den Antwortenden vor allem Gemeinden mit günstigeren Heimen die in der Vernehmlassungsbotschaft vorgeschlagene Taxbegrenzung von 133 Franken (aktuell: 260% des allgemeinen Lebensbedarfs für Alleinstehende) als richtig erachteten, wird vom VLG und dem Grossteil der Gemeinden, von der FDP und den Grünen sowie von der LAK eine höhere Taxbegrenzung von 141 bis 159 Franken gefordert (aktuell: 275 bis 310% des allgemeinen Lebensbedarfs für Alleinstehende). Als Begründung für eine höhere Taxgrenze wird angeführt, dass eine Taxgrenze von 141 Franken eher die heutige Realität wiedergebe als jene von 133 Franken, da noch nicht alle Heime, die für den Benchmark der LAK herangezogen worden seien, mit Vollkosten abgerechnet hätten. Weiter lägen bei einer Taxgrenze von 133 Franken bereits 25 der 61 Pflegeheime über dieser Grenze. Damit sei die Vorgabe des Bundes, dass der Heimaufenthalt in der Regel zu keiner Sozialhilfebedürftigkeit führen dürfe, nicht erfüllt.

Vorab weisen wir darauf hin, dass die Höhe der anrechenbaren Taxen eines Heimaufenthaltes bei den EL im Rahmen dieser Gesetzesbotschaft erwähnt wird, weil die EL zu 70 Prozent von den Gemeinden getragen werden und damit die Höhe der anrechenbaren Tagestaxe finanzielle Auswirkungen auf die Gemeinden hat. Die Festsetzung der Höhe der maximal anrechenbaren Taxe (Taxgrenze) liegt

jedoch in der Zuständigkeit unseres Rates und erfolgt auf Verordnungsstufe (ELV-LU).

Die vorgesehene Taxgrenze von 133 Franken für Pension und Betreuung, die auch als Grundlage für alle unsere Berechnungen gedient hat, entspricht dem aktuellen Benchmark der LAK. Wie bereits in der Vernehmlassungsbotschaft angeführt, erachten wir mit einer Taxgrenze höher als 133 Franken die Gefahr eines Kostenschubes für die EL und damit für die Gemeinden und den Kanton als zu gross. Zu beachten ist dabei, dass der Kostenschub für die EL bereits dort einsetzt, wo Pflegeheime heute schon Taxen über dieser Taxgrenze haben. Dort entsteht für EL-Beziehende automatisch ein höherer Anspruch, der zu Mehrkosten bei den EL führt. Es kommt zu einer Umverteilung der Kostenträger von den Heimbewohnerinnen und -bewohnern – und zu einem geringen Teil auch von den Gemeinden – auf die EL und damit auf die Gemeinden (70%) und den Kanton (30%). So führt eine Taxgrenze von 141 Franken automatisch zu Mehrkosten bei den EL von 2,6 Millionen Franken pro Jahr (Kanton: 0,8 Mio. Fr.; Gemeinden: 1,8 Mio. Fr.), eine solche von 146 Franken von 3,4 Millionen Franken pro Jahr (Kanton: 1 Mio. Fr.; Gemeinden: 2,4 Mio. Fr.). Wenn alle Pflegeheime aufgrund der höheren Taxgrenze ihre Taxen effektiv erhöhen würden, führte dies bei einer Taxgrenze von 141 Franken sogar zu einer Mehrbelastung der EL bis zu 8 Millionen Franken (Kanton: 2,4 Mio. Fr.; Gemeinden: 5,6 Mio. Fr.), bei 146 Franken von bis zu 13 Millionen Franken (Kanton: 3,9 Mio. Fr.; Gemeinden: 9,1 Mio. Fr.). Es ist zudem darauf hinzuweisen, dass die Auswirkungen der Erhöhung der Vermögensfreibeträge bei den EL (zusätzliche Bezügerinnen und Bezüger; vgl. Kap. B.III) heute noch nicht beziffert werden können. Anzunehmen ist, dass sich der von den Gemeinden zu übernehmende Anteil der von den EL nicht gedeckten Taxen weiter reduzieren wird, da zumindest ein Teil der Bewohnerinnen und Bewohner länger in der Lage sein sollte, die ungedeckten Taxen aus dem eigenen Vermögen zu bezahlen (unterschiedliche Vermögensfreigrenzen bei den EL und bei der WSH). Unter diesen Umständen erachten wir eine Erhöhung der Taxgrenze auf 141 Franken oder höher als nicht vertretbar und beabsichtigen weiterhin, die Taxgrenze bei 133 Franken festzulegen. Damit die Vorgabe des Bundes, wonach die Taxen so zu bemessen sind, dass durch den Heimaufenthalt in der Regel keine Sozialhilfe-Bedürftigkeit begründet wird, noch stärker berücksichtigt wird, sind die Gemeinden gehalten, einen allfällig von ihnen zu tragenden Teil der Taxen nicht über die wirtschaftliche Sozialhilfe, sondern über Taxausgleiche und dergleichen zu finanzieren. Für das Weitere verweisen wir auf Kapitel D.V.

## **D. Grundzüge des Gesetzesentwurfs**

### **I. Restfinanzierung der Pflegekosten ambulant und im Pflegeheim**

Nach Artikel 25a Absatz 5 KVG neu haben die Kantone die Restfinanzierung der ambulanten Pflegekosten und der Pflegekosten im Pflegeheim zu regeln. Diese Regelung beinhaltet insbesondere die Klärung der innerkantonalen Zuständigkeit für die Übernahme der Kosten der Restfinanzierung, der Entscheid darüber, ob und inwieweit die Kosten der Pflegeleistungen der Spitäler und der Pflegeheime auf die betreuungsbedürftigen Personen überwälzt werden und wie die nach Bundesrecht a priori nicht begrenzten Kosten der ambulanten Krankenpflege oder der Krankenpflege im Pflegeheim im Hinblick auf die Restfinanzierung bestimmt werden können.

#### **1. Zuständigkeit**

Während die Spitalversorgung und damit die Akutpflege in den Spitälern heute Sache des Kantons ist, fällt die Langzeitpflege, das heißt sowohl die ambulante Krankenpflege als auch jene im Pflegeheim, in den Zuständigkeitsbereich der Gemeinden. Diese sorgen für ein ausreichendes Angebot, regeln die Finanzierung und tragen die Kosten, soweit sie insbesondere nicht durch Vergütungen der betreuten Personen und der Versicherer gedeckt sind (§ 44 GesG, § 69 SHG). An dieser langjährigen und bewährten Zuständigkeitsordnung soll festgehalten werden. Die Gemeinden sollen somit auch für die Restfinanzierung der Kosten der ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim aufkommen. Sie haben oftmals heute schon Spitäler-Anbietern oder Pflegeheimen Leistungsaufträge erteilt und sind teilweise auch deren Träger. Mit dieser Zuständigkeit kann am besten auf die lokalen Gegebenheiten Rücksicht genommen werden. Die vorgeschlagene Lösung entspricht letztlich auch dem Prinzip der Vereinigung von Aufgabe, Kompetenz und Verantwortung (AKV-Prinzip), erschwert jedoch – wie teilweise in der Vernehmlassung gefordert – eine weiter gehende Planung (zumindest im Spitäler-Bereich), Koordination und Vernetzung zwischen Spital- und Pflegeversorgung sowie die Festschreibung weiterer Rahmenbedingungen durch den Kanton. Die Durchführung der Restfinanzierung soll der geltenden Aufgabenverteilung entsprechend ebenfalls dezentral durch die Gemeinden erfolgen. Diese verfügen über alle dazu notwendigen Daten ihrer Einwohnerinnen und Einwohner. Eine zentrale Abwicklung der Pflegefinanzierung – wie in der Vernehmlassung teilweise gefordert (insbesondere von privaten Leistungserbringern, die administrativen Mehraufwand fürchten) und dies beispielsweise der Kanton Schwyz vorsieht – ist abzulehnen. Einerseits wäre der Einfluss des direkten Kostenträgers, der Gemeinde, geringer. Andererseits würde dies zu einer statischen oder komplizierten Lösung führen, welche wiederum Mehraufwand nach sich zöge.

Zuständige Gemeinde soll die Wohnsitzgemeinde der pflegebedürftigen Person sein (§ 6 Abs. 1 Entwurf). Dies ist gerechtfertigt, weil mit ihr in der Regel der stärkste Anknüpfungspunkt besteht. Die Zuständigkeit am Wohnsitz stellt entsprechend auch die Regelzuständigkeit in anderen Bereichen, beispielsweise in der wirtschaftlichen Sozialhilfe (vgl. § 5 Abs. 1 SHG), dar. Bei einem Aufenthalt in einem Alters- und Pflegeheim kann es vorkommen, dass der zivilrechtliche Wohnsitz der anspruchsberechtigten Person im Sinn von Artikel 23 Absatz 1 ZGB in die Standortgemeinde des Heimes wechselt (vgl. BGE 133 V 309). Um solche Gemeinden nicht zu benachteiligen, ist eine Regelung vorzusehen, die besagt, dass der Eintritt in ein Pflegeheim (trotz allfälliger Wechsel des zivilrechtlichen Wohnsitzes) an der Zuständigkeit der bisherigen Wohnsitzgemeinde für die Übernahme des Restfinanzierungsbeitrages nichts ändert. Eine solche Regelung besteht beispielsweise mit Artikel 21 Absatz 1 ELG für den Bereich der Ergänzungsleistungen und mit Artikel 5 des Bundesgesetzes über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger vom 24. Juni 1977 (ZUG; SR 851.1) für die wirtschaftliche Sozialhilfe. Zu beachten ist, dass bei einer solchen Regelung die Heimbewohnerinnen und -bewohner unter Umständen (d.h. bei Wechsel des zivilrechtlichen Wohnsitzes an den Heimstandort) ihren Steuerwohn- sitz nicht mehr in der Gemeinde haben, die für die Restfinanzierung aufkommt. Da der Bundesgesetzgeber es versäumt hat, eine entsprechende Regelung im KVG selber zu treffen, kann die vorgeschlagene Regelung nur für innerkantonale Verhältnisse Gültigkeit haben, das heißt, tritt eine Person von einem anderen Kanton in ein Luzerner Pflegeheim ein und sind die Voraussetzungen für einen Wechsel des zivilrechtlichen Wohnsitzes an den Standort des Heims erfüllt, kann für den Restfinanzierungsbeitrag nicht der bisherige Wohnkanton beziehungsweise die bisherige Wohnsitzgemeinde für zuständig erklärt werden. In solchen Fällen sind vielmehr die Pflegeheime zu verpflichten, vor dem Eintritt der betreffenden Person für die Sicherstellung des entsprechenden Beitrages vom Wohnkanton beziehungsweise von der ausserkantonalen Wohnsitzgemeinde zu sorgen. Andernfalls haben sie die Aufnahme abzulehnen (§ 6 Entwurf).

## **2. Beitrag der pflegebedürftigen Person**

Nach Artikel 25a Absatz 5 KVG neu dürfen auf die pflegebedürftige Person bei der ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim von den Gesamtpflegekosten im Sinn von Artikel 7 Absatz 2 KLV höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bund für die Krankenversicherer festgelegten Pflegebeitrages pro Tag überwälzt werden. Bei der ambulanten Krankenpflege beträgt dieser Höchstbetrag Fr. 15.95 (Art. 7a Abs. 1a KLV neu: 20% von Fr. 79.80), im Pflegeheim Fr. 21.60 (Art. 7a Abs. 3l KLV neu: 20% von Fr. 108.-). Der Ausdruck «höchstens» ist so zu verstehen, dass es einerseits grundsätzlich auch möglich wäre, auf die pflegebedürftigen Personen «freiwillig» keine Pflegekosten zu überwälzen (was von einzelnen Kantonen für den Bereich der ambulanten Krankenpflege in Erwägung gezogen wird). Dies würde jedoch eine entsprechende Mehrbelastung der Gemeinden als Restfinanziererinnen bedeu-

ten. Andererseits ist der Beitrag der pflegebedürftigen Person grundsätzlich ohnehin nur dann und nur so weit geschuldet, als die Pflegekosten durch Beiträge der Krankenversicherer nicht oder nicht vollständig gedeckt sind.

Wie in Kapitel C.II.3 bereits ausgeführt, sieht der Entwurf vor, auf die pflegebedürftigen Personen soweit möglich den maximal zulässigen Anteil an den Pflegekosten zu überwälzen (vgl. § 5 Abs. 1). Als familienpolitische Massnahme soll bei der ambulanten Krankenpflege von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren auf die Erhebung eines Eigenbeitrags verzichtet werden. Vor allem bei invaliden Kindern, die eine regelmässige Betreuung durch die Kinder-Spitex benötigen, wird so eine Mehrbelastung der Eltern von maximal 5822 Franken pro Jahr vermieden. Somit sollen sämtliche Behandlungen durch die Kinder-Spitex vom Eigenbeitrag ausgenommen sein, aber auch die Behandlungen von Kindern und Jugendlichen durch die reguläre Spitex (0,5% aller Spitex-Behandlungen; vgl. § 5 Abs. 2 Entwurf).

### **3. Höhe der Restfinanzierung**

Nach Artikel 25a Absatz 5 KVG neu umfasst die von den Gemeinden zu tragende Restfinanzierung der Kosten der ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim alle Kosten, die nicht durch Sozialversicherungen und den Beitrag der pflegebedürftigen Person gedeckt sind. Wie bereits in Kapitel B.II.1 erwähnt, gelten die EL und die HE nicht als Sozialversicherungen im Sinn dieser Bestimmung und dürfen deshalb nicht zur Deckung des Restfinanzierungsbeitrages der Gemeinden herangezogen werden. Mit Pflegekosten sind überdies nur die Kosten für Pflegeleistungen nach Artikel 7 Absatz 2 KLV gemeint (vgl. § 2 Entwurf).

Sowohl die Höhe des Beitrags der Krankenversicherer als auch des maximalen Beitrags der pflegebedürftigen Person werden betragsmässig durch das Bundesrecht bestimmt. Was hingegen der von den Gemeinden zu finanzierende «Rest» der Pflegekosten ist, definiert das Bundesrecht nicht. Im Hinblick auf eine effektive Kostenkontrolle und um falsche Anreize zu vermeiden, ist es jedoch angezeigt, den Gemeinden zu ermöglichen, auf die ihnen verrechenbaren Kosten der Pflegeleistungen Einfluss zu nehmen. Gegen eine betragsmässige Festschreibung des Restfinanzierungsbeitrages im kantonalen Recht (Maximaltarif, Rahmentarif) spricht, dass sich dies erfahrungsgemäss kostentreibend auswirkt, da Leistungserbringer, deren Tarif aktuell unter dem Maximaltarif oder unter der Obergrenze des Rahmentarifs liegt, dorthin tendieren werden. Die Vorgabe eines bestimmten Frankentarifs durch den Kanton trägt weiter den unterschiedlichen Angeboten und Kostenstrukturen der Leistungserbringer in den verschiedenen Regionen des Kantons keine Rechnung. Darüber hinaus tangierte sie das AKV-Prinzip: Der Kanton würde vorgeben, wie viel die Gemeinden zu bezahlen haben. Aus dieser Optik heraus erscheint nur eine Variante als sachlich richtig: Die Gemeinden vereinbaren den von ihnen zu übernehmenden Tarif selber mit den Leistungserbringern (deren Trägerinnen sie in vielen Fällen sind beziehungsweise mit denen sie bereits seit Jahren zusammenarbeiten). Zur Gewährleistung eines einheitlichen Vollzugs legt der Kanton dazu jedoch Rahmenbedingungen fest (§§ 7 und 8):

- Jede Gemeinde soll mit einem oder mehreren Spitex-Anbietern und einem oder mehreren Pflegeheimen eine Vereinbarung über die Höhe des Restfinanzierungsbeitrages abschliessen (Vertrags-Spitex-Anbieter; Vertrags-Pflegeheim). Dies korrespondiert mit § 44 Absatz 1 GesG und § 69 Absatz 1 SHG, wonach die Gemeinden für ein ausreichendes Angebot an Spitex und Pflegeheimen für ihre Einwohner zu sorgen haben.
- Unser Rat regelt die Grundsätze für die Bestimmung des Restfinanzierungsbeitrages auf Verordnungsstufe. Vorgesehen ist, dass dazu auf die Kostenrechnungen der Leistungserbringer, welche diese bereits heute nach Krankenversicherungsrecht oder nach Verbandsvorgaben erstellen (müssen), abgestellt wird.
- Begibt sich eine pflegebedürftige Person bei einem Nicht-Vertrags-Spitex-Anbieter oder einem Nicht-Vertrags-Pflegeheim in Behandlung, hat sie grundsätzlich Anspruch auf die von diesem Leistungserbringer ausgewiesenen Pflegekosten, höchstens jedoch im Umfang des Tarifs, der für die Vertragsleistungserbringer ihrer Wohnsitzgemeinde gilt. Ist die Behandlung bei einem Nicht-Vertragsleistungserbringer dagegen nötig, weil die Wohnsitzgemeinde kein (aus ärztlicher Sicht) geeignetes Angebot bereitstellen kann, muss die Gemeinde dessen ausgewiesene Kosten übernehmen, auch wenn sie höher sein sollten, als der mit dem Vertrags-Leistungserbringer vereinbarte Tarif. Diese Regelung kommt auch zur Anwendung, wenn eine Gemeinde mit überhaupt keinem Leistungserbringer eine Vereinbarung abgeschlossen hat.

In der Vernehmlassung ist diese Lösung, die sich am System des KVG für ausserkantonale Spitalaufenthalte (Art. 41 KVG) orientiert und dort bewährt hat, lediglich bei den privaten Leistungserbringern auf Kritik gestossen, die für sich eine Benachteiligung befürchten. Ihnen ist entgegenzuhalten, dass die nicht unerhebliche Mitfinanzierung der öffentlichen Hand Einschränkungen im genannten Sinn sachlich rechtferligt. Zudem kennt das KVG selber beispielsweise im Spitalbereich mit dem System der Spitallisten ähnliche oder sogar weiter gehende Einschränkungen für einzelne Anbieter. Zudem wurde in § 3 des Entwurfs neu die Möglichkeit geschaffen, dass Patientinnen und Patienten, die aus persönlicher Vorliebe ein teureres Angebot beanspruchen, mit welchem ihre Wohnsitzgemeinde keine Leistungsvereinbarung getroffen hat, die Differenz selber bezahlen können.

## **II. Mitfinanzierung der Kosten der Akut- und Übergangspflege**

### **1. Zuständigkeit**

Aus den bereits in Kapitel C.II.2 ausführlich dargelegten Gründen sieht der Entwurf vor, die Zuständigkeit für die Übernahme des «kantonalen Anteils» an den Pflegekosten bei der Akut- und Übergangspflege (Art. 25a Abs. 2 KVG neu und Art. 7b Abs. 1 KLV neu) ebenfalls den Gemeinden zuzuweisen (vgl. § 10 Entwurf). Diese

Zuständigkeitsregelung erlaubt, dass die für die Restfinanzierung der regulären Pflege vorgesehenen Abläufe übernommen werden können. Vor allem bei Personen, die über die 14 Tage Akut- und Übergangspflege hinaus weiterhin ambulante Krankenpflege oder Krankenpflege im Pflegeheim benötigen, kommt es so zu keinem Zuständigkeitswechsel, sodass das Verfahren – und damit der Aufwand für die Gemeinden und die Leistungserbringer – so einfach wie möglich gehalten werden kann. Darüber hinaus ist mit nur marginalen Mehrkosten durch die Akut- und Übergangspflege zu rechnen, da sie in vielen Fällen an die Stelle der regulären ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim tritt und die Kosten somit grösstenteils ohnehin anfallen würden. Die im Bundesrecht im Zusammenhang mit der Akut- und Übergangspflege verwendeten Formulierungen «Wohnkanton» und «kantonaler Anteil» (vgl. Art. 7b KLV neu) haben gemäss Bundesamt für Gesundheit [BAG] – und entgegen vereinzelt in der Vernehmlassung abgegebener Voten – keinen Einfluss auf die Regelung der innerkantonalen Zuständigkeit zur Finanzierung des «kantonalen Anteils» bei der Akut- und Übergangspflege.

## **2. Festlegung des «kantonalen Anteils»**

Anders als bei der regulären ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim werden die Pflegeleistungen der Akut- und Übergangspflege nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet (Art. 25a Abs. 2 KVG neu; Art. 7b KLV neu; vgl. Kap. B. II. 2). Das bedeutet, dass es bei der Akut- und Übergangspflege nicht erforderlich beziehungsweise nicht möglich ist, den von den Gemeinden zu übernehmenden Kostenanteil frankenmässig zu begrenzen. Dieser ergibt sich vielmehr aus dem Verhandlungsergebnis zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern. Wie bereits erwähnt, sieht das KVG weder eine Beteiligung des Kantons noch der Gemeinden an diesen Verhandlungen vor. Die in der Vernehmlassung vereinzelt geäußerte Behauptung, der Kanton bestimme, was die Gemeinden bei der Akut- und Übergangspflege zu zahlen hätten, trifft demzufolge nicht zu.

Die öffentliche Hand kann lediglich *den prozentualen Anteil an den gesamten Kosten der Akut- und Übergangspflege*, der von ihr zu übernehmen ist, festlegen. Dieser muss mindestens 55 Prozent betragen. Die Festlegung des Anteils der öffentlichen Hand an den Kosten der Akut- und Übergangspflege ist in erster Linie ein politischer Entscheid darüber, welcher Anteil der Kosten der Akut- und Übergangspflege im Kanton über Steuergelder (Leistungsprinzip) und welcher Anteil über Krankenkassenprämien (Kopfprinzip) finanziert werden soll. Der prozentuale Anteil ist jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn für alle Kantonseinwohnerinnen und -einwohner festzusetzen. Er kann also bei Bedarf jährlich geändert werden. Nach Ansicht des BAG geht der Bundesgesetzgeber davon aus, dass im ganzen Kanton der gleiche Anteil gelten soll, was eine einheitliche Festlegung durch den Kanton nahelegt.

Der Entwurf sieht dementsprechend auch vor, dass unser Rat für die Festlegung des im Kanton Luzern geltenden Kostenteilers zuständig sein soll. Wir legen diesen

jährlich nach Anhörung der Gemeinden fest (§ 9 Entwurf). Nur so können ein einheitlicher Kostenteiler bei der Akut- und Übergangspflege gewährleistet und die nötige Flexibilität gewahrt werden. In Anbetracht der finanziellen Belastungen der öffentlichen Hand durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung beabsichtigen wir, den Anteil der Gemeinden beim Minimum von 55 Prozent festzulegen. Im Hinblick auf die anstehenden Tarifverhandlungen der Pflegeheime und der Spitex-Anbieter mit der Santésuisse für die Tarife ab 1. Januar 2011 muss der Kostenteiler noch vor Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung und des vorliegenden Gesetzes erstmalig festgelegt werden.

### **3. Anordnung der Akut- und Übergangspflege, Leistungserbringer**

a) Nach Artikel 8 Absatz 3<sup>bis</sup> KLV neu erfolgt die Bedarfsabklärung der Akut- und Übergangspflege aufgrund einheitlicher Kriterien. Da die Leistungen der Akut- und Übergangspflege inhaltlich den Leistungen der ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim entsprechen und auch von den gleichen Leistungserbringern erbracht werden können (Art. 7 Abs. 3 KLV neu), dient die Festlegung solcher Kriterien insbesondere der Abgrenzung der «Akut- und Übergangspflege» von anderen Leistungsangeboten der akuten oder post-akuten Pflege (insbes. stationärer Aufenthalt im Spital inklusive Geriatrie, Rehabilitation und Pflege im Pflegeheim und zu Hause).

Der Entwurf sieht vor, dass unser Rat auf Verordnungsstufe diejenigen einheitlichen Kriterien festlegen soll, welche die Spitäler künftig bei der Anordnung der Akut- und Übergangspflege zu beachten haben (§ 11 Entwurf). Wie in der Vernehmlassung dargelegt, beabsichtigen wir, uns dabei vorab an einer Empfehlung der GDK zu orientieren, welche wie folgt lautet:

*Akut- und Übergangspflege kann vom Spitalarzt verordnet werden, wenn folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sind:*

- a. *Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital sind nicht mehr notwendig.*
- b. *Die Patientin oder der Patient benötigt vorübergehend eine qualifizierte fachliche Betreuung, insbesondere durch Pflegepersonal.*
- c. *Ein Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik oder in einer geriatrischen Abteilung eines Spitals ist nicht indiziert.*
- d. *Die Akut- und Übergangspflege hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, sodass die Patientin oder der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann.*
- e. *Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele nach Bst. d aufgestellt.*

*Soweit ebenfalls medizinische, therapeutische oder psychosoziale Betreuung oder Behandlung notwendig sind, können diese ambulant oder im Pflegeheim als Einzelleistungen erbracht werden. Sie sind nicht Bestandteil der Akut- und Übergangspflege.*

Die Empfehlung der GDK nimmt mit den Punkten b und d die zentralen Ziele einer Akut- und Übergangspflege auf: Eine infolge eines Spitalaufenthalts pflegebedürftige Person soll innert einer kurzen Frist («benötigt vorübergehend eine qualifizierte Betreuung») wieder den Zustand von vor dem Spitalaufenthalt («die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen») erlangen.

Ergänzend zu den Kriterien der GDK erwägen wir folgende zusätzliche Kriterien für die Anordnung der Akut- und Übergangspflege:

- Das Spital soll bei der Anordnung einer stationären Akut- und Übergangspflege auf das bestehende Angebot und die zur Verfügung stehenden Kapazitäten Rücksicht nehmen. Vor allem im stationären Bereich muss verhindert werden, dass die Spitäler ungeachtet der in den Pflegeheimen zur Verfügung stehenden Kapazitäten Akut- und Übergangspflege anordnen.
- Die Spitäler sollen bei Patientinnen und Patienten, die aus einem Pflegeheim ins Spital eingetreten sind und die wieder dauerhaft in ein Pflegeheim austreten, nach Möglichkeit keine Akut- und Übergangspflege verordnen. Einerseits kann diesen Patientinnen und Patienten im Pflegeheim selber eine ihren Bedürfnissen entsprechende Pflege angeboten werden. Anderseits würden sonst einfach die ersten beiden Wochen nach der Rückkehr aus dem Spital in das Pflegeheim anders finanziert, was verfahrensökonomisch nicht sinnvoll erscheint.

b) Grundsätzlich sind alle Pflegefachfrauen und -männer, Spitex-Organisationen und Pflegeheime berechtigt, die Leistungen der Akut- und Übergangspflege zu erbringen (Art. 7 Abs. 3 KLV neu). Da das Bundesrecht die Leistungserbringer der Akut- und Übergangspflege bezeichnet, ist nach Ansicht des BAG keine besondere Bezeichnung der Leistungserbringer durch den Kanton und kein besonderer Leistungsauftrag durch den Kanton notwendig (BAG, Kommentar zur KLV-Änderung, S. 4). Entsprechend sieht das Bundesrecht auch keine ausdrückliche Kompetenz der Kantone vor, die Leistungserbringer der Akut- und Übergangspflege zu bezeichnen. Die GDK empfiehlt den Kantonen, positivrechtlich zu regeln, dass diejenigen Leistungserbringer, die Akut- und Übergangspflege anbieten dürfen, hoheitlich bestimmt werden können, beispielsweise im Rahmen der Pflegeheimplanung. Eine Beschränkung der Leistungserbringer der Akut- und Übergangspflege macht vor allem im Bereich der stationären Akut- und Übergangspflege aus sachlichen Gründen Sinn. Denn bei der Akut- und Übergangspflege kann eine Intensität der Pflege erforderlich sein, wie sie nicht durch jeden der genannten Leitungserbringer erbracht werden kann. Mit einer Bestimmung der Leistungserbringer kann die Bereitstellung unnötiger Leistungskapazitäten, die in der Folge nicht ausgelastet werden, vermieden werden. Der Entwurf sieht deshalb in § 12 vor, dass unser Rat bei Bedarf den Kreis der Leistungserbringer für die Akut- und Übergangspflege beschränken kann. Da die Gemeinden und die Krankenversicherer die Akut- und Übergangspflege finanzieren werden, sind sie bei einer Beschränkung der Leistungserbringer vorgängig anzuhören. Die Bezeichnung der stationären Leistungserbringer der Akut- und Übergangspflege kann beispielsweise auch im Rahmen der Pflegeheimplanung erfolgen.

## **III. Förderung der Ausbildung**

### **1. Ausgangslage**

Laut dem mittleren Bevölkerungsszenario des Bundesamtes für Statistik (BfS) dürfte die Population der über 65-Jährigen bis im Jahr 2020 um 400 000 Personen (+34%) zunehmen, während jene im erwerbsfähigen Alter wahrscheinlich lediglich um 200 000 Personen (+4%) wachsen wird. Aufgrund dieser demografischen Entwicklung hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium, Neuenburg (Obsan), errechnet, dass der Bedarf an Pflegeleistungen in den Spitälern, den Alters- und Pflegeheimen und den Spitex-Diensten gesamtschweizerisch bis im Jahr 2020 wie folgt zunehmen könnte: Hospitalisationstage +2,4 Prozent, Beherbergungstage in Alters- und Pflegeheimen +30 Prozent, Spitex-Klienten +20 Prozent. Um diesen erhöhten Pflegebedarf zu decken, müssten 17 000 Vollzeitstellen neu geschaffen und 25 000 Personen zusätzlich eingestellt werden (+13%). Hinzu kommen rund 60 000 Gesundheitsfachleute (30%), die wegen Pensionierung ersetzt werden müssen. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und die Dachorganisation OdA-Santé erarbeiten zurzeit einen nationalen Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe.

Am 16. März 2010 hat das Eidgenössische Volkswirtschaftsdepartement (EVD) den Bericht «Bildung Pflegeberufe» veröffentlicht. Der Bericht zeigt zuhanden der zuständigen Akteure den bildungspolitischen Handlungsbedarf in den Pflegeberufen auf. Die grösste Herausforderung stellt der Mangel an Pflegefachkräften dar. Die Gesundheitsversorgung stützt sich stark auf Fachpersonal, das im Ausland ausgebildet wurde. Die Differenz zwischen benötigtem Personal und Ausgebildeten wächst aufgrund der demografischen Entwicklung weiter an. Pro Jahr fehlen zusätzlich 2500 Pflegefachleute auf der Tertiärstufe, 2100 auf der Sekundarstufe II und 450 auf der Assistenzstufe. Deshalb sollen die geplante Attestausbildung und weitere Berufs- und höhere Fachprüfungen zügig eingeführt werden und die Zahl der Abschlüsse in allen Pflegeberufen gesteigert werden. Für mehr Ausbildungsplätze kommen Lehrstellenförderer zum Einsatz, die den Betrieben den Nutzen der Ausbildung aufzeigen. Der Bericht sieht vor, dass zur Koordination und Umsetzung der Massnahmen eine Steuergruppe mit allen beteiligten Partnern eingesetzt wird. Die Leitung liegt beim Bundesamt für Berufsbildung und Technologie. Ein vordringliches Ziel sind mehr Ausbildungsschlüsse, da gemäss Prognosen der Bedarf an Pflegefachpersonen in den nächsten Jahren massiv zunehmen wird.

Bedingt durch den steigenden Pflegebedarf muss auch im Kanton Luzern zukünftig mit einem Pflegepersonalmangel gerechnet werden. Dieser kann im Moment jedoch nicht zuverlässig abgeschätzt werden (vgl. unsere Antwort vom 17. November 2009 auf die Anfrage A 425 von Lathan Suntharalingam über den Pflegepersonalmangel im Kanton Luzern vom 7. April 2009).

## **2. Schaffung von geeigneten Rahmenbedingungen für die Ausbildung**

Wir sind der Ansicht, dass es in erster Linie Aufgabe der Organisationen der Arbeitswelt (OdA), der Berufsverbände und der Leistungserbringer als Arbeitgeber ist, aktiv Einfluss zu nehmen auf die Attraktivität einzelner Berufsgruppen und genügend praktische Ausbildungsplätze zur Verfügung zu stellen. Angesichts des sich abzeichnenden Pflegepersonalmangels in der ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim erachten wir es jedoch als angezeigt, im vorliegenden Gesetz zumindest geeignete Rahmenbedingungen für die Bereitstellung von Ausbildungsplätzen zu schaffen. Im Einzelnen ist Folgendes vorgesehen (vgl. § 13):

- Die Gemeinden, in deren Zuständigkeit die ambulante Krankenpflege und die Krankenpflege im Pflegeheim liegen, sollen – nicht zuletzt in ihrem eigenen Interesse – dafür sorgen, dass genügend Pflegepersonal ausgebildet wird. Da die Gemeinden bereits heute nach den §§ 44 Absatz 1 GesG und 69 Absatz 1 SHG für ein angemessenes Angebot an Spitäler-Diensten und Pflegeheimen verantwortlich sind, ist dies eigentlich eine Selbstverständlichkeit. Allerdings kommt es in der Praxis leider öfters vor, dass Gemeinden sich weigern, im Rahmen der Leistungsvereinbarungen mit den Spitäler-Organisationen pflegerelevante Ausbildungskosten zu übernehmen.
- Im Ausbildungsbereich ist das Trittbrettfahrer-Problem zu lösen. Heute ist die Ausbildung von Pflegefachkräften für die Versorgungsbetriebe in vielen Fällen betriebswirtschaftlich nicht rentabel. Dies führt zu Trittbrettfahrern, das heißt, es gibt Betriebe, die selber keine Lehrstellen anbieten, aber von den Ausbildunganstrengungen anderer profitieren, indem sie ausgebildete Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer abwerben. Unser Rat soll deshalb Berufsverbände (ZIGG, LAK, SKL) ermächtigen können, bei allen Leistungserbringern, die nach diesem Gesetz Beiträge erhalten, einen Ausbildungsbeitrag zu erheben und an jene Leistungserbringer im Kanton zu verteilen, die Ausbildungsplätze anbieten.
- Weiter sind die Kosten der pflegerelevanten Ausbildung beziehungsweise allfällige erhobene Ausbildungsbeiträge grundsätzlich bei der Bemessung des Restfinanzierungsbeitrages miteinzubeziehen.

## **IV. Verfahren und ergänzendes Recht**

### **1. Anwendung des ATSG**

Nach Artikel 2 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) kommen die Bestimmungen des ATSG zur Anwendung, soweit es die einzelnen Sozialversicherungsgesetze des Bundes vorsehen. Artikel 1 Absatz 1 KVG erklärt die Bestimmungen des ATSG auf die Krankenversicherung als anwendbar, soweit das KVG nicht ausdrücklich eine Ab-

weichung vom ATSG vorsieht. Nach Absatz 2 derselben Bestimmung sind gewisse Bereiche (z.B. die Prämienverbilligung) vom Anwendungsbereich des ATSG ausdrücklich ausgenommen. In Bezug auf die Restfinanzierung der Kosten der ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim nach Artikel 25a Absatz 5 KVG neu und die anteilmässige Übernahme der Kosten der Akut- und Übergangspflege nach Artikel 25a Absatz 2 KVG neu sieht das KVG mit Ausnahme der Vorgabe, dass bei der Akut- und Übergangspflege die Zahlung des Anteils der Wohnsitzgemeinde nicht an die anspruchsberechtigte Person, sondern in jedem Fall direkt an den Leistungserbringer erfolgen soll (vgl. Art. 7b Abs. 2 KLV neu), weder Abweichungen vor noch sind diese Bereiche als Ganzes ausdrücklich vom Geltungsbereich des ATSG ausgenommen. Das BSV geht deshalb davon aus, dass der Restfinanzierungsbeitrag der Gemeinde bei der ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim sowie der Kostenanteil der Gemeinde bei der Akut- und Übergangspflege und damit auch die entsprechenden kantonalen Ausführungsbestimmungen grundsätzlich dem ATSG unterstellt sind (BSV, Allgemeine Zwischeninformationen, Umsetzung der Pflegefinanzierung in den Kantonen, Ergänzende Erläuterungen, 7. April 2009, S. 2). Indessen kann auch die Meinung vertreten werden, dass die Kantone nicht bloss in der Regelung der Restfinanzierung an sich autonom sind, sondern auch das Beitragsverhältnis und das Verfahren kantonalrechtlich regeln können. Um Rechtsunsicherheiten zu vermeiden, sehen wir deshalb vor, die Anwendbarkeit des ATSG im Gesetz ausdrücklich zu verankern. Somit richtet sich das Verfahren nach den Bestimmungen des ATSG, das heisst nach dessen Artikeln 27 bis 62. Den Gemeinden als zuständigen Finanziererinnen kommt dabei die Rolle einer Versicherungsträgerin zu (vgl. §§ 16 und 17 Entwurf).

## **2. Zentrale Eckwerte des Verfahrens**

Aus der Anwendung des ATSG ergeben sich für die Gemeinden folgende zentrale Eckwerte für das Verfahren (und die von ihnen zu erbringenden Beiträge), welche hier kurz beschrieben werden (nicht abschliessend):

### *Information (Art. 27 ATSG)*

Nach Artikel 27 ATSG haben die Gemeinden zusammen mit den Krankenversicherern und den Leistungserbringern (Pflegefachleute, Spitex-Anbieter, Pflegeheime) die anspruchsberechtigten Personen über ihren Anspruch auf einen Restfinanzierungsbeitrag bei der ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim sowie auf Übernahme eines Kostenanteils bei der Akut- und Übergangspflege zu informieren.

### *Geltendmachung des Anspruchs (Art. 29 ATSG)*

Nach Artikel 29 ATSG hat die anspruchsberechtigte Person ihren Anspruch bei ihrer Wohngemeinde grundsätzlich selber geltend zu machen. Die anspruchsberechtigte Person kann sich durch bevollmächtigte Vertreter vertreten lassen (Art. 37 ATSG).

Insbesondere kann sie so den Spitex-Anbieter oder das Pflegeheim bevollmächtigen, den Restfinanzierungsbeitrag oder den Kostenanteil bei der Akut- und Übergangspflege bei der zuständigen Gemeinde für sie einzufordern. Der Einfachheit halber ist im Vollzug aktiv auf diese Lösung hinzuarbeiten. Für die Gemeinden besteht eine Weiterleitungspflicht bei Unzuständigkeit (Art. 30 ATSG).

#### *Mitwirkungspflicht (Art. 28 und 31 ATSG)*

Die anspruchsberechtigten Personen (oder ihre bevollmächtigten Vertretungen) haben im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht unentgeltlich den Nachweis über die geschuldeten Pflegekosten zu erbringen und der Gemeinde die nötigen Auskünfte wahrheitsgetreu zu erteilen und zu belegen und eingetretene Änderungen umgehend mitzuteilen. Soweit erforderlich, haben sie Behörden und Leistungserbringer zur Auskunftserteilung zu ermächtigen (Art. 28 ATSG).

#### *Gewährleistung zweckmässiger Verwendung und Drittauszahlung (Art. 20 ATSG)*

Der Restfinanzierungsbeitrag wird grundsätzlich an die anspruchsberechtigte Person ausgezahlt (anders Akut- und Übergangspflege, vgl. oben D.III.1). Er kann auf Wunsch der anspruchsberechtigten Person direkt an den Spitex-Anbieter oder das Pflegeheim geleistet werden. Der Einfachheit halber ist im Vollzug aktiv auf diese Lösung hinzuarbeiten. Eine Drittauszahlung gegen den Willen der anspruchsberechtigten Person – zur Sicherstellung der zweckmässigen Verwendung – sieht das ATSG bei Sachleistungen, zu welchen der Restfinanzierungsbeitrag nach Artikel 25a Absatz 5 KVG neu zu zählen ist, nicht vor und ist damit nicht zulässig (Art. 20 ATSG e contrario). Entsprechende in der Vernehmlassung eingebrachte Anträge können damit aus rechtlichen Gründen nicht berücksichtigt werden.

#### *Erlöschen des Anspruchs (Art. 24 ATSG)*

Nach Artikel 24 Absatz 1 ATSG erlischt der Anspruch auf die Beiträge fünf Jahre nach dem Ende des Monats, für welchen die Leistung geschuldet war.

#### *Rückerstattung (Art. 25 ATSG)*

Gemäss Artikel 25 Absätze 1 und 2 ATSG sind unrechtmässig bezogene Beiträge zurückzuerstatte. Wer Leistungen in gutem Glauben empfangen hat, muss sie nicht zurückerstatten, wenn eine grosse Härte vorliegt. Der Rückerstattungsanspruch erlischt mit Ablauf eines Jahres, nachdem die Gemeinde davon Kenntnis erhalten hat, spätestens jedoch mit Ablauf von fünf Jahren nach der Entrichtung der einzelnen Leistung. Wird der Rückerstattungsanspruch aus einer strafbaren Handlung abgeleitet, für welche das Strafrecht eine längere Verjährungsfrist vorsieht, so ist diese Frist massgebend.

#### *Verzugszinsen (Art. 26 ATSG)*

Sofern die anspruchsberechtigte Person ihrer Mitwirkungspflicht vollumfänglich nachgekommen ist, werden die Gemeinden für die Beiträge nach Ablauf von 24 Monaten nach der Entstehung des Anspruchs, frühestens aber 12 Monate nach dessen Geltendmachung verzugszinspflichtig (Art. 26 Abs. 2 ATSG).

### *Schweigepflicht (Art. 33 ATSG)*

Die Mitarbeiter der Gemeinden, welche mit der Pflegefinanzierung betraut sind, unterstehen der Schweigepflicht.

### *Rechtsschutz (Art. 34 ff. ATSG)*

Die Gemeinden haben über streitige Ansprüche (insbes. Bestand und Höhe des Restfinanzierungsanspruchs, Rückforderungen) Verfügungen zu erlassen (Art. 49 ATSG) und ein Einspracheverfahren nach Artikel 52 ATSG vorzusehen. Einspracheentscheide können mit Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht (Verwaltungsgericht) weitergezogen werden (Art. 56 ff. ATSG; § 6 Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung [EGKVG]; SRL Nr. 865).

## **V. Ergänzungsleistungen**

Aufgrund der Neuordnung der Pflegefinanzierung muss die bei den EL anrechenbare Tagestaxe der Pflegeheime künftig nur noch die Kosten der Pension und der Betreuung sowie einen allfälligen Selbstkostenanteil der Heimbewohnerinnen und -bewohner an die Pflegekosten umfassen. Dies hat zweierlei Konsequenzen:

- die heutige Taxbegrenzung von 575 Prozent des allgemeinen Lebensbedarfs für eine alleinstehende Person (100% = 18720 Franken) beziehungsweise von aktuell 295 Franken pro Tag (§ 1 ELV-LU) ist nach unten anzupassen.
- die heutige Differenzierung nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit (§ 3 Abs. 2 ELG-LU) entfällt, weil die Taxe für Pension und Betreuung unabhängig von der Pflegebedürftigkeit gleich ist, zumindest innerhalb der gleichen Institution (vgl. § 17 Unterabs. c Entwurf bzw. Änderung von § 3 Abs. 2 ELG-LU).

Die Festlegung der bei den EL anrechenbaren Tagestaxen der Pflegeheime liegt, wie bereits in Kapitel C.II.4 ausgeführt, in der Kompetenz unseres Rates und erfolgt damit auf Verordnungsstufe. Wir haben bei der Erarbeitung der entsprechenden Verordnungsbestimmung die Gemeinden in geeigneter Weise beizuziehen (§ 3 Abs. 1 ELG-LU).

Die heutige Taxbegrenzung von 575 Prozent, welche neben den Kosten für Pension und Betreuung auch die Pflegekosten beinhaltet, entspricht einem EL-Deckungsgrad von 90 Prozent, das heißt, 90 Prozent der EL-Bezügerinnen und -Bezüger können mit den ihnen ausbezahlten EL die Kosten ihres Heimaufenthalts decken. Bei Personen, bei denen die EL zur Deckung der Heimtaxen nicht ausreichen, kommen entweder diese selber im Rahmen eines erhöhten Vermögensverzehrs auf (es bestehen unterschiedliche Vermögensfreigrenzen bei den EL und bei der WSH), oder sie gehen zulasten der Gemeinden (WSH, Taxausgleich u.Ä.). Der Anteil der ungedeckten Kosten, die zulasten der Gemeinden gehen, entspricht schätzungsweise 45 Prozent der gesamten ungedeckten Taxen der EL-Bezügerinnen und -Bezüger. Eine Erhöhung der Taxbegrenzung wirkt sich damit in erster Linie zugunsten der Heimbewohnerinnen und -bewohner aus. Die Taxbegrenzung hat insbesondere für die Pflegeheime der Stadt und Agglomeration Luzern Auswirkungen, deren Taxen teilweise über den nach EL anrechenbaren Tagestaxen liegen.

Aus den bereits in Kapitel C.II.4 genannten Gründen beabsichtigen wir nach wie vor, den künftigen Prozentsatz für die EL-Taxbegrenzung so festzulegen, dass diese 133 Franken pro Tag beträgt (aktuell: 260%). Dies entspricht dem von der LAK für 2010 erhobenen Benchmark für die Pensions- und Betreuungskosten von 130 Franken (Kore 2008 + Teuerung 2009 und 2010 von je 1,5%), welcher auch der Berechnung der finanziellen Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Pflegeheimbereich zugrunde liegt (vgl. Kap. E.II.1), zuzüglich einer kalkulatorischen Aufrechnung der Komfortunterschiede für Einer- und Zweierzimmer. Daraus resultiert ein Deckungsgrad von 93 Prozent (gegenüber 90% heute). Bei einem Taxvolumen der Pflegeheime für Pension und Betreuung von gesamthaft rund 214 Millionen Franken im Jahr 2010 werden so schätzungsweise noch 3,8 Millionen Franken von den Gemeinden finanziert werden müssen. Den Gemeinden steht es dabei frei, die Finanzierung dieser Kosten über Taxausgleiche oder Beiträge anstatt über die WSH sicherzustellen, damit die Vorgabe des Bundesrechts, wonach die anrechenbaren Taxen so zu bemessen sind, dass der Aufenthalt in einem Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfe-Bedürftigkeit begründet (Art. 10 Abs. 2a ELG-neu), erfüllt ist. Zu beachten ist bei der Frage der Taxbegrenzung auch, dass die EL grundsätzlich ein wirtschaftliches, zweckmässiges und wirksames Basisangebot decken sollen (analog Art. 14 Abs. 2 ELG) und kein überdurchschnittliches EL-Beziehende sollen in Bezug auf den Komfort im Pflegeheim grundsätzlich nicht bessergestellt werden als Selbstzahler.

Zusätzlich zur Tagestaxe sehen wir vor, dass bei den EL-Bezügerinnen und -Bezügern ein allfällig geschuldeter Beitrag der Heimbewohnerinnen und -bewohner an die Kosten der Krankenpflege im Pflegeheim im Sinn von Artikel 25a Absatz 5 KVG neu (max. Fr. 21.60) anrechenbar sein soll, sofern diese nicht in der Lage sind, dafür selber aufzukommen.

## **E. Finanzielle Auswirkungen**

### **I. Vorbemerkung**

Mit Ausnahme einer – im Verhältnis zum Gesamtvolume – geringen Aufwanderhöhung aufgrund der Erhöhung der Vermögensfreibeträge bei den EL und der Einführung der Akut- und Übergangspflege bringt die Neuordnung der Pflegefinanzierung für das Gesamtsystem grundsätzlich keine Mehrkosten mit sich. Das heisst, im gesamten System mit Kosten von rund 432 Millionen Franken ergeben sich Mehrkosten von rund 5 Millionen Franken (1,16%). Die Neuordnung führt jedoch zu einer Neuverteilung der Pflegekosten zwischen Kanton, Gemeinden, Krankenversicherern und Patientinnen und Patienten sowie zu mehr Kostenwahrheit. Die Patientinnen und Patienten, insbesondere auch die Selbstzahler, werden, wie vom Bundesgesetzgeber angestrebt, erheblich entlastet, und zwar unabhängig von Einkommen und Vermögen. Demgegenüber nimmt der von den Gemeinden zu tragende Anteil an den Pflegekosten massiv zu.

Die Berechnung anhand der künftigen Beiträge der Krankenversicherer und der Patientinnen und Patienten an die Pflegekosten nach KVG und der Daten und Statistiken der LAK, des SKL und der Lustat zeigen, dass die Pflegebedürftigen um rund 26 Millionen Franken entlastet werden. Ebenfalls entlastet werden die Krankenversicherer (zirka 5,4 Mio. Fr.) und der Kanton (zirka 5 Mio. Fr.), während der Bund mit rund 1,5 Millionen Franken und insbesondere die Gemeinden mit rund 39,9 Millionen Franken mehr belastet werden. Für die Details wird auf die folgenden Kapitel E.II ff. verwiesen. Bereits an dieser Stelle sei jedoch darauf hingewiesen, dass die Auswirkungen je nach Gemeinde unterschiedlich sind und deshalb im vorliegenden Bericht nicht gesondert behandelt und bestimmt werden können. Insbesondere spielt es eine Rolle, ob die Heimtaxen der Pflegeheime bereits bisher auf Vollkostenbasis, inklusive Investitions- und Amortisationskosten, errechnet wurden oder ob sie politisch und ohne Berücksichtigung der effektiven Kosten, beispielsweise der Gebäudekosten, gestaltet wurden.

Schliesslich ist zu betonen, dass die Neuordnung der Pflegefinanzierung nur ein Teilbereich einer umfassenden Revision der Finanzierung des Gesundheits- beziehungsweise des Krankenversicherungssystems ist. Mit der auf 2012 in Kraft tretenden neuen Spitalfinanzierung ist im Kanton Luzern mit einer weiteren Mehrbelastung der öffentlichen Hand in vergleichbarer Höhe zu rechnen, welche im Zuständigkeitsbereich des Kantons anfallen wird. Damit wird auch in diesem Bereich die mit der Finanzreform 08 angestrebte Kostenneutralität der Aufgabeneuverteilung zwischen Kanton und Gemeinden erreicht.

## **II. Krankenpflege ambulant und im Pflegeheim**

### **1. Ambulante Krankenpflege**

Auf der Basis des Pflegekostenvolumens der gemeinnützigen Spitäler für das Jahr 2008 (vgl. Kap. A.II.1) gehen die Berechnungen von einer Entlastung der Gemeinden um rund 6,9 Millionen Franken pro Jahr aus. Dies zulasten der Spitäler-Klientinnen und -Klienten (+6,8 Mio. Fr.), die neu einen Pflegebeitrag von Fr. 15.95 pro Behandlungstag zu leisten haben, sowie in geringem Umfang (+0,1 Mio. Fr.) zulasten der Krankenversicherer. Die von den Gemeinden in Bezug auf die Pflegekosten nach KVG zu leistende Restfinanzierung nach Artikel 25a Absatz 5 KVG neu beträgt demzufolge künftig noch 5,2 Millionen Franken. In Bezug auf die privaten Spitäler-Anbieter bestehen, wie bereits in Kapitel A.II.1 erwähnt, keine Daten. Es wird davon ausgegangen, dass diese das Kostenvolumen nur marginal beeinflussen, da es durch sie gesamthaft nicht mehr Spitäler-Klientinnen und -Klienten gibt. Im Einzelnen ergibt sich Folgendes:

|                          | Aufwand | Anteil an Gesamtkosten | Veränderung zu Ist |
|--------------------------|---------|------------------------|--------------------|
| Krankenversicherer       | 13,6    | 50%                    | + 0,1              |
| Klientinnen/Klienten     | 8,1     | 30%                    | + 6,8              |
| – Selbstbehalt/Franchise | 1,3     |                        |                    |
| – Pflegebeitrag          | 6,8     |                        |                    |
| Gemeinden                | 5,2     | 20%                    | - 6,9              |
| Total                    | 26,9    | 100%                   |                    |

Tab. 4: Verteilung Pflegekosten 2008 gemeinnützige Spitäler nach der Neuordnung der Pflegefinanzierung (in Mio. Fr./Jahr)

## 2. Krankenpflege im Pflegeheim

In den Pflegeheimen ist von den von der LAK für 2010 errechneten Heimvollkosten (Pension und Betreuung, Pflege) von 400 Millionen Franken auszugehen (vgl. Kap. A.II.2). Es wird also angenommen, dass die Pflegeheime künftig bei der Taxerhebung statt von politischen Taxen von den Vollkosten ausgehen. Daraus resultiert künftig folgende Verteilung der Heimvollkosten nach Kostenarten:

|                           | Aufwand | Veränderung zu Ist |
|---------------------------|---------|--------------------|
| Pension und Betreuung     | 214     | +15                |
| Pflegeleistungen          | 186     | + 5                |
| Nicht eingeforderte Taxen | 0       | -20                |
| Total                     | 400     |                    |

Tab. 5: Verteilung Heimvollkosten 2010 nach Kostenarten nach der Neuordnung der Pflegefinanzierung (in Mio. Fr./Jahr)

In Bezug auf die Verteilung dieser Kosten ergeben sich aufgrund der Neuordnung der Pflegefinanzierung für die einzelnen Kostenträger folgende Auswirkungen und Änderungen gegenüber heute (vgl. Kap. B.II.2):

- Die Heimbewohnerinnen und -bewohner werden künftig massiv entlastet (32,5 Mio. Fr.), obwohl sie für Pension und Betreuung künftig Vollkosten verrechnet bekommen (durchschnittlich Fr. 130.–/Tag). Unabhängig von Einkommen und Vermögen leisten sie künftig jedoch nur noch einen Anteil von maximal Fr. 21.60 pro Tag an die Pflegekosten im Heim.
- Die Minderbelastung der Heimbewohnerinnen und -bewohner führt zu einer geschätzten Reduktion der EL von rund 20 Millionen Franken, da die Erhöhung der Pensions- und Betreuungstaxen (neu Vollkosten) für die Heimbewohnerinnen und -bewohner weniger ins Gewicht fällt als die Begrenzung ihres Beitrages an den Pflegekosten. Die Auslagen für die EL von Kanton und Gemeinden (und Bund) werden noch 69 Millionen Franken ausmachen (Bund: 12 Mio. Fr.; Kanton: 17 Mio. Fr.; Gemeinden: 40 Mio. Fr.). Dadurch wird sich der EL-Aufwand der

Gemeinden um 14 Millionen Franken reduzieren. Andererseits wird auch der Kanton um 6 Millionen Franken entlastet.

- Da der Beitrag der Heimbewohnerinnen und -bewohner an die Pflegekosten künftig begrenzt sein wird und zu deren Deckung die EL und die HE nicht ange-rechnet werden dürfen, nimmt im Gegenzug die Belastung der Gemeinden durch die Pflegekosten massiv zu. Die errechnete Mehrbelastung der Gemeinden bei den Pflegeheimen beträgt 44 Millionen Franken. Zu beachten ist jedoch, dass die Gemeinden aufgrund der mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung entstehen-den Umverteilung der Kosten künftig für gesamthaft 78 Millionen Franken Pfle-gekosten im Pflegeheim aufzukommen haben, die sie ihren Einwohnerinnen und Einwohnern effektiv bezahlen müssen. Über Finanzierungsspielraum – wie beim heutigen Betriebsdefizit beziehungsweise dem Sanierungsaufwand für die Pflege-heime – verfügen die Gemeinden in diesem Bereich somit nicht mehr. Da es auch künftig eine Taxbegrenzung bei den EL geben soll, werden bei den Gemeinden überdies bei der wirtschaftlichen Sozialhilfe oder vergleichbaren Leistungen (Taxausgleich u.Ä.) Kosten anfallen (vgl. Tab. 6).

Im Einzelnen ergibt sich Folgendes:

|                                       | Aufwand | Anteil am Total | Veränderung zu Ist |       |
|---------------------------------------|---------|-----------------|--------------------|-------|
| Bewohner/innen                        | 176,5*  | 44%             | -15,5%             | -32,5 |
| KVG-Versicherer                       | 76,5    | 19%             | - 7%               | - 5,5 |
| Bund                                  |         |                 | +/-0%              |       |
| - EL-Anteil                           | 12      | 3%              |                    |       |
| Kanton                                |         |                 |                    |       |
| - EL-Anteil                           | 17*     | 4%              | -26%               | - 6   |
| Gemeinden                             | 118     | 30%             | +60%               | +44   |
| - EL-Anteil                           | 40*     |                 |                    | -14   |
| - ehemaliges Restdefizit P+B          | 0       |                 |                    | -15   |
| - bisheriges Restdefizit Pflegekosten | 5       |                 |                    | +/-0  |
| - neue Restfinanzierung Pflegekosten  | 73      |                 |                    | +73   |
| Total                                 | 400     | 100%            |                    |       |

\* enthält Anteil ehemaliges Restdefizit Gemeinden Pension und Betreuung von zirka 15 Mio. Fr.

Tab. 6: Verteilung Heimvollkosten 2010 auf Kostenträger nach der Neuordnung der Pflegefinanzierung nach EL (in Mio. Fr./Jahr)

### III. Akut- und Übergangspflege

Bei der Akut- und Übergangspflege handelt es sich um eine neue Leistungsart im Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Somit kann zur Bestimmung der Kostenfolgen nicht auf bestehende Erfahrungswerte abgestellt wer-den. Das verwendete Schätzmodell geht von folgenden Annahmen aus:

- Als ambulante Akut- und Übergangspflege werden künftig alle Spitalaustritte mit anschliessendem Spitex-Einsatz angeordnet. Gemäss Lustat erfüllen rund 1000 Patienten pro Jahr dieses Kriterium. Angenommen wurden weiter ein Spitex-Kostenansatz von 107 Franken pro Stunde (gemäss Infras-Studie) und eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 2 Stunden pro Tag (gemäss SKL).
- Als stationäre Akut- und Übergangspflege werden künftig alle Spitalaustritte mit Eintritt von zu Hause und Austritt zur vorübergehenden Behandlung in einem Pflegeheim verordnet. Gemäss Lustat und den Erfahrungen der Stadt Luzern mit dem Projekt «Übergangspflege» werden rund 350 Patienten pro Jahr dieses Kriterium erfüllen. Angenommen wurde ein Pflegekostenansatz von 210 Franken/ Tag, was einer Einstufung Besa 4a beziehungsweise neu von Pflegebedarfsstufe 9 entspricht, das heisst einem hohen Pflegebedarf.

Im Einzelnen wird bei Annahme eines Kostenanteils von 55 Prozent für die Gemeinden mit folgenden Kosten der Akut- und Übergangspflege gerechnet:

|                | Bruttokosten | Mehrkosten gegenüber regulärer Pflege |
|----------------|--------------|---------------------------------------|
| Ambulante AÜP  | 1,65         | 0,25                                  |
| Stationäre AÜP | 0,55         | 0,05                                  |
| Total          | 2,2          | 0,3                                   |

Tab. 7: Auswirkungen der Akut- und Übergangspflege (in Mio. Fr./Jahr)

## IV. Ergänzungsleistungen

Die mutmasslichen Mehrkosten, die durch die Erhöhung der allgemeinen Vermögensfreibeträge bei EL-Bezügern zu Hause und im Heim entstehen (vgl. Kap. B.III), werden von der Ausgleichskasse Luzern (AKLU) auf rund 4,9 Millionen Franken geschätzt. Bei der Berechnung der Mehrkosten für den eingeschränkten Kreis der selbstbewohnten Liegenschaften ist die AKLU davon ausgegangen, dass alle Personen dieses Kreises anspruchsberechtigt sind (45 Personen mit Anrechnung eines Vermögensanteils). Wie sich gezeigt hat, sind die Mehrkosten für diese Änderung äusserst gering. Daher ist man von den höchstmöglichen Mehrkosten ausgegangen, welche bei 0,1 Millionen Franken liegen. Die Zahl der zusätzlichen EL-Bezüger und die daraus resultierenden zusätzlich auszurichtenden EL sind nicht quantifizierbar.

Es ergibt sich folgende Berechnung:

|   |     |
|---|-----|
| Bund (29%; Stand 2008)                                      | 1,5 |
| Kanton 30% der verbleibenden Kosten von Fr. 3 550 000 (71%) | 1,0 |
| Gemeinden 70% von Fr. 3 550 000                             | 2,5 |
| Total   | 5,0 |

Tab. 8: Verteilung Mehrkosten Vermögensfreibeträge EL (in Mio. Fr./Jahr)

## V. Gesamtübersicht

|   | 2010 nach geltendem System |                         |      |        |           | 2010 mit Neuordnung der Pflegefinanzierung |                         |      |        |             |
|---|----------------------------|-------------------------|------|--------|-----------|--|-------------------------|------|--------|-------------|
|   | Patient/in                 | Kranken-<br>versicherer | Bund | Kanton | Gemeinden | Patient/in                                 | Kranken-<br>versicherer | Bund | Kanton | Gemeinden   |
| Spitex                                      | 1,3                        | 13,5                    |      |        | 12,1      | 8,1  | 13,6                    |      |        | 5,2         |
| Pflegeheime                                 | 209                        | 82                      | 12   | 23     | 74        | 176,5<br>-0,3                              | 76,5                    | 12   | 17     | 118<br>+0,3 |
| Akut- und Über-<br>gangspflege <sup>1</sup> |                            |                         |      |        |           |  |                         |      |        |             |
| Ergänzungslis-<br>tungen                    |                            |                         |      |        |           |  |                         | 1,5  | 1      | 2,5         |
| Erhöhung VF <sup>2</sup>                    |                            |                         |      |        |           |  |                         |      |        |             |
| Total                                       | 210,3                      | 95,5                    | 12   | 23     | 86,1      | 184,3                                      | 90,1                    | 13,5 | 18     | 126         |

Tab. 9: Brutto-Belastung Pflegefinanzierung (in Mio. Fr./Jahr)

|                                    | Kanton | Gemeinden |
|------------------------------------|--------|-----------|
| Spitex                             |        | - 6,9     |
| Pflegeheime                        | -6     | +44       |
| AÜP                                |        | + 0,3     |
| EL (Erhöhung Vermögensfreibeträge) | +1     | + 2,5     |
| Total                              | -5     | +39,9     |

Tab. 10: Netto-Belastung/-Entlastung Kanton und Gemeinden durch Neuordnung Pflegefinanzierung (in Mio. Fr./Jahr)

<sup>1</sup> Da die Akut- und Übergangspflege im Ereignisfall anstelle der regulären ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim tritt, sind hier nur die Netto-Mehrkosten gegenüber der regulären Krankenpflege angeführt. Die übrigen Kosten der Akut- und Übergangspflege (inkl. allfälliger EL-Anteil) sind in den Kosten Spitex und Pflegeheime enthalten.

<sup>2</sup> Bei den Auswirkungen der Erhöhung der Vermögensfreibeträge bei den EL sind nur die Netto-Mehrkosten angeführt.

## **F. Die einzelnen Bestimmungen des Gesetzesentwurfs**

### I. Allgemeine Bestimmungen

#### *§ 1 Zweck und Geltungsbereich*

Der Zweck des neuen Gesetzes besteht in der Regelung der Finanzierung der Pflegeleistungen der Krankenversicherung nach KVG, soweit diese den Kantonen nach Artikel 25a KVG neu obliegt, das heisst, soweit nicht Dritte dafür aufzukommen haben (Abs. 1). Im Einzelnen geht es somit um die Finanzierung der Restkosten der ambulanten Krankenpflege (Spitex) und der Krankenpflege im Pflegeheim sowie des «kantonalen» Anteils an den Kosten der Akut- und Übergangspflege.

Inhaltlich legt das Gesetz die Grundsätze für die Bestimmung und die Übernahme der Kosten der Pflegeleistungen (Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim, Akut- und Übergangspflege) sowie das Verfahren fest (Abs. 2).

Das Gesetz hat nur die Finanzierung von Pflegeleistungen nach Artikel 7 Absatz 2 KLV zum Gegenstand (vgl. auch § 2). Für die Finanzierung der Nicht-Pflegeleistungen der Leistungserbringer (z.B. Pension und Betreuung im Pflegeheim, hauswirtschaftliche Leistungen der Spitex) gelten weiterhin die bestehenden Bestimmungen von § 44 GesG und § 69 SHG (Abs. 3). Diese beiden Bestimmungen bleiben insbesondere auch die rechtliche Grundlage dafür, dass die Gemeinden für ein ausreichendes Angebot an ambulanter und stationärer Krankenpflege zu sorgen haben.

#### *§ 2 Begriffe*

Um Abgrenzungsproblemen vorzubeugen, wird in § 2 definiert, welche Leistungen und Leistungserbringer Gegenstand des neuen Gesetzes sind beziehungsweise welche Leistungen eine Mitfinanzierung durch die Gemeinden auslösen können.

Als Pflegeleistungen gelten nur die Leistungen der ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim sowie jene der Akut- und Übergangspflege gemäss Krankenversicherungsrecht des Bundes, das heisst die Pflegeleistungen nach Artikel 7 Absatz 2 KLV, mithin also nur diejenigen Leistungen, an die auch die Krankenversicherer und die pflegebedürftigen Personen einen Beitrag leisten müssen. Damit ist auch sichergestellt, dass einen Anspruch auf Beiträge nach diesem Gesetz nur hat, wer obligatorisch krankenversichert ist. Voraussetzung für eine Kostenbeteiligung durch die Gemeinden (Restfinanzierungsbeitrag; Mitfinanzierung der Kosten der Akut- und Übergangspflege) ist weiter, dass diese Pflegeleistungen ärztlich angeordnet wurden und damit medizinisch indiziert sind. Weiter müssen sie von zur Leistungserbringung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden (Abs. 1). So wird sichergestellt, dass einerseits die Krankenversicherer ihren Beitrag an die Pflegekosten leisten und andererseits die Qualität der Leistungen der Kontrolle der Krankenversicherer nach KVG untersteht.

Als Leistungserbringer der ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim sowie der Akut- und Übergangspflege gelten nach Krankenversicherungsrecht zurzeit Pflegefachfrauen und -fachmänner, Spitex-Organisationen und

Pflegeheime (Art. 7 Abs. 1 KLV neu; Abs. 2). Die Voraussetzungen für die Zulassung zur Leistungserbringung richten sich nach dem Krankenversicherungsrecht. Die Tätigkeit im Kanton Luzern setzt für Pflegefachleute und Spitex-Organisationen überdies eine Berufsausübungs- oder eine Betriebsbewilligung nach Gesundheitsgesetz voraus (vgl. Verordnung über die anderen bewilligungspflichtigen Berufe im Gesundheitswesen und über die bewilligungspflichtigen Betriebe mit solchen Berufsleuten; SRL Nr. 806). Sie unterstehen der gesundheitspolizeilichen Aufsicht des Kantons und der Gemeinden, ebenso die Pflegeheime (§ 58 Sozialhilfeverordnung; SRL Nr. 892a). Die Festschreibung weiterer Kriterien und Anforderungen an die Leistungserbringer im vorliegenden Gesetz – wie in der Vernehmlassung teilweise gefordert – ist deshalb nicht erforderlich.

## II. Kostenübernahme

### 1. Gemeinsame Bestimmungen

#### *§ 3 Tarifschutz*

Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich vereinbarten (§ 7 Abs. 1) oder behördlich festgesetzten Beiträge und Tarife (Art. 47 Abs. 1 KVG) halten und dürfen den anspruchsberechtigten Personen beziehungsweise den Gemeinden für Pflegeleistungen nach § 2 Absatz 1 keine weiter gehenden Vergütungen berechnen (Abs. 1). § 3 ergänzt Artikel 44 Absatz 1 KVG in Bezug auf den Beitrag der Gemeinden an die ambulante Krankenpflege und die Krankenpflege im Pflegeheim und an die Akut- und Übergangspflege.

Es kann vorkommen, dass anspruchsberechtigte Personen sich aus persönlicher Vorliebe dafür entscheiden, einen Leistungserbringer mit einem teureren Pflegeleistungsangebot zu beanspruchen, und auch bereit sind, für die Mehrkosten eines solchen Angebots aufzukommen. In solchen Fällen muss es möglich sein, den Tarifschutz zu durchbrechen und es der pflegebedürftigen Person zu ermöglichen, freiwillig für die Differenz zwischen den vom Leistungserbringer ausgewiesenen und den von ihrer Wohngemeinde nach § 8 Absatz 1 zu übernehmenden Kosten aufzukommen (Abs. 2).

#### *§ 4 Grundsätze der Rechnungstellung*

Unser Rat soll die technischen Details der Rechnungstellung der Leistungserbringer an die anspruchsberechtigte Person beziehungsweise deren gesetzliche oder bevollmächtigte Vertreter (Spitex-Organisation, Pflegeheim) für Pflegeleistungen auf Verordnungsstufe regeln können. Vorgesehen ist, dass die Leistungserbringer in allen Fällen ihre Rechnungen an die anspruchsberechtigten Personen nach Pflegeleistungen und nach den übrigen Leistungen gliedern sollen. Die Pflegeleistungen sollen bei der regulären ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim weiter nach Kostenträgern (Krankenversicherer, anspruchsberechtigte Person, Gemeinde) sowie nach Pflegeleistungsgruppen (Spitex) oder Pflegebedarfsstufen (Pflegeheime) unterteilt werden. Die anspruchsberechtigte Person soll auf der Rechnung die einzelnen Kostenträger erkennen können. Dies dient insbesondere der Transparenz und der Information der anspruchsberechtigten Person über die Höhe der effektiven Pflegekosten sowie der Kostenträger, die für sie aufkommen.

### 2. Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim

### *§ 5 Beitrag der anspruchsberechtigten Person*

Wie in Kapitel D.I.2 ausgeführt, soll auf die anspruchsberechtigten Personen grundsätzlich der nach Artikel 25a Absatz 5 KVG neu zulässige Eigenbeitrag von 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat für die Krankenversicherer festgesetzten Pflegebeitrages (ambulant: Fr. 15.95/Tag; stationär: Fr. 21.60/Tag) überwälzt werden (Abs. 1). Dabei gilt es, Folgendes zu beachten: Bei anspruchsberechtigten Personen mit geringem Pflegebedarf kann es sein, dass bereits der Pflegebeitrag der Krankenversicherer die anfallenden Pflegekosten ganz oder teilweise deckt. In diesem Fall erübrigts sich der Eigenbeitrag der anspruchsberechtigten Person ganz oder zumindest teilweise.

Darüber hinaus sieht Absatz 2 vor, dass bei der ambulanten Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre auf die Erhebung des Eigenbeitrages verzichtet werden soll, dies insbesondere, um die Eltern von behinderten Kindern, die eine regelmässige Spitex-Pflege benötigen, zu entlasten.

### *§ 6 Restfinanzierungsbeitrag der Wohnsitzgemeinde*

Absatz 1 erklärt die Gemeinde am Wohnsitz der anspruchsberechtigten Person für die Übernahme der Kosten der ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim für zuständig, soweit dafür nicht die Sozialversicherungen (primär die Krankenversicherung; nicht jedoch EL und HE, vgl. Kap. B.II.1) und die anspruchsberechtigte Person aufkommt. Die Höhe der von der Gemeinde zu leistenden Restfinanzierung richtet sich nach den §§ 7 und 8.

Um die Standortgemeinden von Pflegeheimen nicht zu benachteiligen, soll trotz eines allfälligen Wechsels des zivilrechtlichen Wohnsitzes der Bewohnerin oder des Bewohners in die Standortgemeinde die bisherige (Luzerner) Wohnsitzgemeinde für die Restfinanzierung der Kosten der Pflege im Pflegeheim zuständig bleiben (Abs. 2). Da eine solche Regelung nur für innerkantonale Verhältnisse Gültigkeit haben kann (vgl. Kap. D.I.1), ist bei ausserkantonalen Patientinnen und Patienten so vorzugehen, dass diese vor dem Eintritt eine Kostengutsprache des Herkunftskantons oder der ausserkantonalen Herkunftsgemeinde einzuholen haben. Fehlt eine solche Gutsprache, hat das Pflegeheim die Aufnahme zu verweigern (Abs. 2).

### *§ 7 Vereinbarung über den Restfinanzierungsbeitrag*

Wie in Kapitel B.II.1 bereits ausgeführt, bestimmt das Bundesrecht den Beitrag der Krankenversicherer (Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV neu) und der anspruchsberechtigten Person (Art. 25a Abs. 5 KVG neu) an die Pflegekosten betragsmässig, nicht jedoch den von den Gemeinden zu leistenden Restfinanzierungsbeitrag. Um den Restfinanzierungsbeitrag bestimmen zu können, sollen die Gemeinden deshalb mit einem oder mehreren Spitex-Anbietern und Pflegeheimen die Höhe des von ihnen für ihre Einwohnerinnen und Einwohner zu übernehmenden Restfinanzierungsbeitrages vertraglich vereinbaren (Abs. 1). Die Leistungserbringer, mit denen die Gemeinde eine Vereinbarung abgeschlossen hat, werden so zu *Vertragsleistungserbringern*. Den Gemeinden steht es dabei frei, allein oder gemeinsam mit anderen Gemeinden entsprechende Vereinbarungen zu treffen. Insbesondere steht es den Gemeinden offen, gemeinsam mit einem Heim die Erbringung eines spezialisierten Angebots zu verein-

baren. Die Vereinbarung des Restfinanzierungsbeitrages «vor Ort» gewährleistet die maximale Berücksichtigung des AKV-Prinzips und der lokalen Verhältnisse (Kosten, Angebote; vgl. Kap. D.I.3).

Um sicherzustellen, dass im ganzen Kanton einheitliche Kriterien für die Bestimmung des Restfinanzierungsbeitrages durch die Gemeinden und die Leistungserbringer zur Anwendung kommen, soll unser Rat entsprechende Grundsätze auf Verordnungsstufe festlegen (Abs. 2). Vorgesenen ist als Grundlage für die Bestimmung des Restfinanzierungsbeitrages der Ausweis der Kosten der Leistungserbringer, der bei der ambulanten Krankenpflege nach dem «Finanzmanual Spitex Verband Schweiz» und bei der Krankenpflege im Pflegeheim nach der «Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung» (VKL; SR 832.104) dargestellt wird, das heisst eine Kostenrechnung. Die Höhe des Restfinanzierungsbeitrages soll dabei analog dem Krankenversichererbeitrag nach Leistungsgruppen (ambulante Krankenpflege) oder nach Pflegebedarfstufen (Pflegeheime) vereinbart werden.

#### *§ 8 Fehlen einer Vereinbarung über den Restfinanzierungsbeitrag*

Diese Bestimmung regelt den Fall, in dem zwischen der Wohnsitzgemeinde und dem Leistungserbringer, bei dem die anspruchsberechtigte Person Pflegeleistungen bezieht, keine Vereinbarung über die Höhe des Restfinanzierungsbeitrages besteht. Voraussetzung für eine Restfinanzierung durch die Wohngemeinde ist auch in diesen Fällen immer, dass es sich um ärztlich angeordnete Behandlungen bei einem anerkannten Leistungserbringer handelt (vgl. § 2).

Beigt sich die anspruchsberechtigte Person aus persönlicher Vorliebe, das heisst ohne medizinischen Grund zu einem Nicht-Vertragsleistungserbringer, dann muss ihre Wohnsitzgemeinde lediglich die ausgewiesenen Pflegekosten des Nicht-Vertragsleistungserbringers (nach Abzug des Krankenversicherungsbeitrages und des Eigenbeitrages der anspruchsberechtigten Person) übernehmen, maximal jedoch den Restfinanzierungsbeitrag, der für ihre Vertragsleistungserbringer gilt (Abs. 1). Die leistungspflichtige Gemeinde muss demzufolge in diesem Fall nicht mehr leisten, als wenn die anspruchsberechtigte Person zu einem ihrer Vertragsleistungserbringer in Behandlung gehen würde. Bei einer Mehrzahl von Vertragsleistungserbringern ist der Restfinanzierungsbeitrag desjenigen Leistungserbringers massgebend, der für die Behandlung der anspruchsberechtigten Person geeignet und verfügbar ist. Nach § 3 Absatz 2 steht es der anspruchsberechtigten Person frei, freiwillig für die Mehrkosten des von ihr aus persönlicher Vorliebe gewählten Angebots aufzukommen.

Es gibt Situationen, in denen eine anspruchsberechtigte Person die Dienste eines Leistungserbringers in Anspruch nehmen muss, ohne dass es ihr möglich ist, sich vorher mit der Wohnsitzgemeinde abzusprechen. Zu denken ist beispielsweise an den Fall, in dem die anspruchsberechtigte Person zu Hause vom Ehepartner gepflegt wird und dieser krankheits- oder unfallbedingt ausfällt. In solchen Fällen muss der Beizug eines Leistungserbringers auch ohne vorgängige Kostengutsprache möglich sein, und die Gemeinde soll für eine Dauer von maximal fünf Arbeitstagen die ausgewiesenen Kosten auch eines Nicht-Vertragsleistungserbringers voll übernehmen müssen (Abs. 1).

Ist die Behandlung beim Nicht-Vertragsleistungserbringer hingegen dadurch begründet, dass die Wohnsitzgemeinde der anspruchsberechtigten Person keine für sie

geeignete ambulante Krankenpflege oder Krankenpflege im Pflegeheim bei einem ihrer Vertragsleistungserbringer anbieten kann beziehungsweise mit überhaupt keinem Leistungserbringer eine Vereinbarung abgeschlossen hat, dann muss sie die ausgewiesenen Kosten des Nicht-Vertragsleistungserbringers übernehmen (Abs. 2). Die Restfinanzierung kann in diesen Fällen auch höher sein, als die für den Vertragsleistungserbringer geltende. Es versteht sich von selbst, dass die «Geeignetheit» eines Leistungserbringers sich nur auf medizinische Gründe beziehen kann. Damit die Würde von anspruchsberechtigten Personen in Heimen gewahrt wird, sind die Gemeinden weiter gehalten, von einer Rückplatzierung in ein Vertragsheim abzusehen, wenn sie selber die anspruchsberechtigte Person in einem Nicht-Vertragsheim platziert haben, weil im Platzierungszeitpunkt kein Platz in einem Vertragsheim zur Verfügung gestanden hat. Die Anforderungen an eine Rückplatzierung sind umso grösser, je länger sich die anspruchsberechtigte Person im Nicht-Vertragsheim aufgehalten hat.

Für den Ausweis der Kosten der Nicht-Vertragsleistungserbringer gelten die gleichen Voraussetzungen wie für die Bestimmung des Restfinanzierungsbeitrages bei den Vertragsleistungserbringern, das heisst die Kostenrechnung nach «Finanzmanual Spitex Verband Schweiz» oder nach der VKL (vgl. dazu § 7 Abs. 2). Da die Gemeinden als Restfinanziererinnen mit den Nicht-Vertragsleistungserbringern keine Verhandlungen geführt haben, ist ihnen ein Einsichtsrecht in die Geschäftsbücher dieser Leistungserbringer zu gewähren, damit sie die Kosten und die Leistungserbringung nachprüfen können (Abs. 3).

### *3. Akut- und Übergangspflege*

#### *§ 9 Festsetzung des kantonalen Anteils*

Nach Artikel 25a Absatz 2 KVG neu und Artikel 7b KLV neu setzt der Wohnkanton jeweils für das Kalenderjahr, spätestens neun Monate vor dessen Beginn (d.h. bis 31. März), den für alle Kantonseinwohnerinnen und -einwohner geltenden kantonalen Anteil an den Kosten der Akut- und Übergangspflege fest. Der kantonale Anteil beträgt mindestens 55 Prozent. Von ihm leitet sich der von den Krankenversicherern zu übernehmende Anteil ab (max. 45%). Bereits in Kapitel D.II wurde ausgeführt, dass der Entscheid über die Höhe des kantonalen Anteils in erster Linie ein politischer Entscheid ist (Leistungsprinzip, Kopfprinzip). Um – wie vom Bundesgesetzgeber angestrebt – eine einheitliche Festlegung des Anteils für den ganzen Kanton gewährleisten zu können, soll unser Rat den Anteil jährlich mit Beschluss festlegen. Da die Gemeinden letztlich für den kantonalen Anteil der Akut- und Übergangspflege aufzukommen haben, sind sie vorgängig anzuhören. Ebenfalls bereits ausgeführt wurde, dass vorgesehen ist, den Anteil beim Minimum, das heisst bei 55 Prozent, festzusetzen (vgl. Kap. D.II.2).

#### *§ 10 Beitrag der Wohnsitzgemeinde*

Zuständig für die Übernahme des kantonalen Anteils an den Kosten der Akut- und Übergangspflege soll wiederum die Gemeinde am Wohnsitz der anspruchsberechtigten Person sein (vgl. Kap. D.II.1).

### *§ 11 Kriterien für die Bedarfsabklärung*

Die Akut- und Übergangspflege wird vom Spitalarzt im Anschluss an einen Spitalaufenthalt für maximal 14 Tage angeordnet (Art. 25a Abs. 2 KVG neu). Nach Artikel 8 Absatz 3<sup>bis</sup> KLV neu erfolgt die Bedarfsabklärung, das heisst die Anordnung der Akut- und Übergangspflege durch die Spitäler, nach einheitlichen Kriterien. Unser Rat soll die Kompetenz erhalten, diese für die Spitäler massgebenden Kriterien auf Verordnungsstufe festzulegen. Die vorgesehene Regelung wird in Kapitel D.II.3 erläutert. Da die Gemeinden letztlich für den kantonalen Anteil der Akut- und Übergangspflege aufzukommen haben, sind sie bei der Erarbeitung der Verordnung in geeigneter Weise beizuziehen.

### *§ 12 Leistungserbringer*

Grundsätzlich sind als Leistungserbringer der Akut- und Übergangspflege alle Pflegefachleute, Spitex-Organisationen und Pflegeheime zugelassen (Art. 7 Abs. 3 KLV neu). Zur Gewährleistung eines wirtschaftlichen, zweckmässigen und wirksamen Angebots (Vermeidung der Bereitstellung von Überkapazitäten, ausreichender «case load» zur Sicherstellung der Qualität) soll unser Rat die Kompetenz erhalten, den Kreis der zur Akut- und Übergangspflege zugelassenen Leistungserbringer auf einzelne Leistungserbringer zu beschränken. Der Bedarf für eine solche Beschränkung besteht in erster Linie bei der stationären Akut- und Übergangspflege. Dort sollen, beispielsweise im Rahmen der Pflegeheimplanung, einige spezialisierte Pflegeheime bezeichnet werden können, die Leistungen der Akut- und Übergangspflege anbieten können. Im Fall einer Beschränkung hört unser Rat die Gemeinden und die Krankenversicherer als Finanzierer vorher an.

## III. Förderung der Ausbildung

### *§ 13*

Wie in Kapitel D.III ausgeführt, sorgen die Gemeinden im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung dafür, dass in der ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim genügend Pflegepersonal ausgebildet wird (Abs. 1). Es ist davon auszugehen, dass dies bereits heute in den meisten Gemeinden der Fall ist.

Für Leistungserbringer, die Ausbildungsplätze anbieten, sollen Anreize geschaffen werden. Weiter ist das Trittbrettfahrer-Problem zu lösen. Dazu sieht Absatz 2 vor, dass unser Rat Berufsverbände von Leistungserbringern nach § 2 Absatz 2 (z.B. Zentralschweizer Interessengemeinschaft Gesundheitsberufe [ZIGG], LAK, SKL) ermächtigen kann, bei den übrigen Leistungserbringern Ausbildungsbeiträge zu erheben und diese wieder an diejenigen Leistungserbringer zu verteilen, welche Ausbildungsplätze anbieten. Beitragspflichtig wären alle Leistungserbringer, die Beiträge der Gemeinden nach dem Pflegefinanzierungsgesetz erhalten, sei dies direkt oder indirekt über die anspruchsberechtigten Personen. Die Beiträge sind selbstverständlich zweckgebunden für die Ausbildung von Pflegepersonal zu verwenden.

Von Leistungserbringern, die sich bereits mittels eines Verbandsbeitrages an der Ausbildung beteiligen oder in einen Berufsbildungsfonds nach Artikel 60 des Bundesgesetzes über die Berufsbildung vom 13. Dezember 2002 (BBG; SR 412.10) einzahlen, dürfen keine Leistungen erhoben werden (Abs. 3). Es gilt insbesondere zu

vermeiden, dass der vorgeschlagene Ausbildungsbeitrag zu einem verminderten Mittelzufluss an die branchenbezogenen gesamtschweizerischen Berufsbildungsfonds führt und dadurch deren Zweckerfüllung stört. Entsprechend ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass der gemäss Absatz 2 vorgeschlagene Ausbildungsbeitrag entfällt, sollte der Bund dereinst für die Gesundheitsbranche einen branchenbezogenen Bildungsfonds allgemeinverbindlich erklären (Art. 60 Abs. 3 BBG).

Um sicherzustellen, dass die Leistungserbringer genügend Mittel für die Bereitstellung von Ausbildungsplätzen und die Ausbildung von Nachwuchs haben, sind die Beiträge, welche sie nach den Absätzen 2 oder 3 leisten, bei der Bestimmung des Restfinanzierungsbeitrages nach den §§ 7 und 8 zu berücksichtigen (Abs. 4).

Gemäss Absatz 5 soll unser Rat auf Verordnungsstufe die Einzelheiten regeln, insbesondere die Organisation, die Höhe des Beitrages der Leistungserbringer gemäss Absatz 2 und die Kriterien der Verteilung der gesammelten Beiträge an die ausbildenden Leistungserbringer. Diese Punkte werden eine vertiefte Abklärung erfordern. Wiederum sind die Gemeinden bei der Erarbeitung der Verordnung in geeigneter Weise beizuziehen.

#### IV. Verfahren und ergänzendes Recht

##### *§ 14 Information*

Nach Artikel 27 ATSG haben die Gemeinden zusammen mit den Krankenversicherrern und den Leistungserbringern (Pflegefachleute, Spitex-Anbieter, Pflegeheime) die anspruchsberechtigten Personen über ihren Anspruch auf einen Beitrag der Gemeinden an die Pflegedienstleistungen (Restfinanzierungsbeitrag bei der ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim, Mitfinanzierung der Akut- und Übergangspflege) unentgeltlich zu informieren.

##### *§ 15 Anmeldung*

Die anspruchsberechtigte Person oder ihre gesetzlichen oder bevollmächtigen Vertreter haben zur Geltendmachung ihres Anspruchs der zuständigen Gemeinde ein Anmeldeformular einzureichen (Art. 29 und 37 ATSG).

##### *§ 16 Rechtsverweis*

Wie in Kapitel D.IV ausgeführt, kommen für das Beitragsverhältnis und das Verfahren die Bestimmungen des ATSG zur Anwendung, soweit nicht das KVG etwas anderes bestimmt. Den Gemeinden kommt dabei die Rolle eines Versicherungsträgers zu. Eine weiter gehende Regelung des Beitragsverhältnisses und des Verfahrens im vorliegenden Gesetz erübrigत sich damit.

##### *§ 17 Rechtsschutz*

Für den Rechtsschutz in Bezug auf den Restfinanzierungsbeitrag und den Anteil an den Kosten der Akut- und Übergangspflege gilt ebenfalls das ATSG. Dies soll wiederum aus Gründen der Transparenz im neuen Gesetz erwähnt werden. Der daraus für die Gemeinden entstehende Handlungsbedarf (Einspracheverfahren) wird in Kapitel D.III.2 behandelt (Rechtsschutz, Art. 34 ff. ATSG).

## V. Schlussbestimmungen

### *§ 18 Änderung von Erlassen*

Im Zusammenhang mit dem neuen Pflegefinanzierungsgesetz sind verschiedene Er-lasse anzupassen. Im Gesundheitsgesetz, im Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung und im Sozialhilfegesetz sind Vorbehalte des Inhalts einzufügen, dass sich die Finanzierung der Pflegeleistungen künftig nach dem neuen Gesetz richten wird. Die Verpflichtung der Gemeinden, für entsprechende Angebote der ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim zu sorgen und subsidiär für deren Nicht-Pflegeleistungen aufzukommen, bleibt jedoch im bisherigen Umfang bestehen (§ 44 Abs. 3 GesG; § 69 Abs. 2 SHG).

Im Gesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV ist dem Umstand Rech-nung zu tragen, dass die Ergänzungsleistungen künftig nur noch für die Kosten der Pension und Betreuung sowie eines allfälligen Eigenbeitrages der anspruchsberech-tigten Person an die Pflegekosten aufkommen müssen. Da die Kosten der Pension und Betreuung innerhalb der gleichen Institution unabhängig vom Pflegebedarf sind, kann auf die Vorgabe des geltenden Rechts in § 3 Absatz 2 ELG-LU verzichtet wer-den, dass diese nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit abzustufen sind. Zu erwähnen ist, dass bei den Einrichtungen für Behinderte eine Abstufung nach dem Pflegebedarf damit nicht ausgeschlossen ist. Die Neufestlegung der bei den EL anrechenbaren Tagetaxe bei einem Pflegeheimaufenthalt erfolgt auf Verordnungsstufe. Es wird auf die Ausführungen dazu in Kapitel D.V verwiesen.

### *§ 19 Inkrafttreten*

Das neue Gesetz soll gleichzeitig mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung des Bundes auf den 1. Januar 2011 in Kraft treten.

## **G. Antrag**

Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, wir beantragen Ihnen, unserem Gesetzesentwurf über die Finanzierung der Pflegeleistungen der Kranken-versicherung zuzustimmen.

Luzern, 30. März 2010

Im Namen des Regierungsrates  
 Der Präsident: Anton Schwingruber  
 Der Staatsschreiber: Markus Hodel

Nr. 867

## **Gesetz**

# **über die Finanzierung der Pflegeleistungen der Krankenversicherung (Pflegefinanzierungsgesetz)**

vom

*Der Kantonsrat des Kantons Luzern,*

nach Einsicht in die Botschaft des Regierungsrates vom 30. März 2010,

beschliesst:

## **I. Allgemeine Bestimmungen**

### **§ 1 Zweck und Geltungsbereich**

<sup>1</sup> Dieses Gesetz regelt die Finanzierung der Pflegeleistungen bei Krankheit im Sinn von Artikel 25a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, soweit diese nach dem Bundesrecht den Kantonen obliegt.

<sup>2</sup> Es legt die Grundsätze für die Bestimmung und die Übernahme der Kosten der Pflegeleistungen sowie das Verfahren fest.

<sup>3</sup> Die Finanzierung der mit den Pflegeleistungen zusammenhängenden weiteren Leistungen richtet sich nach den Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes vom 13. September 2005 und des Sozialhilfegesetzes vom 24. Oktober 1989.

### **§ 2 Begriffe**

<sup>1</sup> Pflegeleistungen im Sinn dieses Gesetzes sind Leistungen der ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim sowie der Akut- und Übergangspflege gemäss Krankenversicherungsrecht, welche auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag von anerkannten Leistungserbringern der Krankenversicherung erbracht werden.

<sup>2</sup> Leistungserbringer sind:

- a. Pflegefachfrauen und -männer,
- b. Organisationen der Krankenpflege und der Hilfe zu Hause,
- c. Pflegeheime.

## **II. Kostenübernahme**

### **1. Gemeinsame Bestimmungen**

#### **§ 3 Tarifschutz**

<sup>1</sup> Die Leistungserbringer müssen sich an die vereinbarten oder festgelegten Beiträge und Tarife halten und dürfen für Pflegeleistungen keine weiter gehenden Vergütungen berechnen.

<sup>2</sup> Vorbehalten bleibt die freiwillige Übernahme von Kosten für Pflegeleistungen durch die anspruchsberechtigte Person in den Fällen von § 8 Absatz 1.

#### **§ 4 Grundsätze der Rechnungstellung**

Der Regierungsrat legt die Grundsätze für die Rechnungstellung durch die Leistungserbringer durch Verordnung fest.

### **2. Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim**

#### **§ 5 Beitrag der anspruchsberechtigten Person**

<sup>1</sup> Die anspruchsberechtigte Person leistet einen Beitrag an die Kosten der ambulanten Krankenpflege oder der Krankenpflege im Pflegeheim, soweit diese nicht von Sozialversicherungen gedeckt sind, höchstens jedoch von 20 Prozent des höchsten vom Bund für die Krankenversicherer festgesetzten Pflegebeitrages pro Tag.

<sup>2</sup> Für die ambulante Krankenpflege von Kindern und Jugendlichen bis zum vollen-deten 18. Altersjahr ist kein Beitrag geschuldet.

#### **§ 6 Restfinanzierungsbeitrag der Wohnsitzgemeinde**

<sup>1</sup> Die Gemeinde am Wohnsitz der anspruchsberechtigten Person übernimmt die Kosten der Pflegeleistungen, die nicht von Sozialversicherungen und dem Beitrag der anspruchsberechtigten Person gedeckt sind, im Umfang des Restfinanzierungsbeitrages gemäss den §§ 7 und 8.

<sup>2</sup> Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit. Personen mit Wohnsitz in einem anderen Kanton haben dem Pflegeheim vor Behandlungsbeginn eine Kostengutsprache ihres Wohnkantons oder ihrer Wohnsitzgemeinde betreffend die Übernahme des Restfinanzierungsbeitrages einzureichen. Andernfalls hat das Pflegeheim die Aufnahme zu verweigern.

### **§ 7 Vereinbarung über den Restfinanzierungsbeitrag**

- <sup>1</sup> Die Gemeinden vereinbaren mit einem oder mehreren Leistungserbringern als Vertragsleistungserbringer die Höhe des von ihnen für ihre Einwohnerinnen und Einwohner zu übernehmenden Restfinanzierungsbeitrages bei der ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim.
- <sup>2</sup> Der Regierungsrat legt die Grundsätze der Bestimmung des Restfinanzierungsbeitrages durch Verordnung fest.

### **§ 8 Fehlen einer Vereinbarung über den Restfinanzierungsbeitrag**

- <sup>1</sup> Bezieht die anspruchsberechtigte Person Pflegeleistungen bei einem Leistungserbringer, mit welchem ihre Wohnsitzgemeinde keine Vereinbarung über den Restfinanzierungsbeitrag abgeschlossen hat, übernimmt diese die ausgewiesenen Pflegekosten dieses Leistungserbringers, höchstens jedoch den Restfinanzierungsbeitrag, der für ihre Vertragsleistungserbringer gilt. Bei Notfallplatzierungen übernimmt die Wohnsitzgemeinde die ausgewiesenen Kosten des Leistungserbringers für maximal fünf Arbeitstage.
- <sup>2</sup> Ist die Wahl des Leistungserbringers dadurch begründet, dass die Wohnsitzgemeinde der anspruchsberechtigten Person keine geeigneten Pflegeleistungen bei einem Vertragsleistungserbringer anbieten kann, übernimmt sie die ausgewiesenen Kosten des Leistungserbringers.
- <sup>3</sup> Für den Ausweis der Kosten gelten die Grundsätze der Bestimmung des Restfinanzierungsbeitrages nach § 7 Absatz 2. Die Leistungserbringer haben der Wohnsitzgemeinde auf Verlangen Einsicht in ihre Geschäftsbücher zu geben.

## **3. Akut- und Übergangspflege**

### **§ 9 Festsetzung des kantonalen Anteils**

Der Regierungsrat setzt nach Anhörung der Gemeinden jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den für alle Kantonseinwohnerinnen und -einwohner geltenden Anteil an den Kosten der Akut- und Übergangspflege fest.

### **§ 10 Beitrag der Wohnsitzgemeinde**

Die Gemeinde am Wohnsitz der anspruchsberechtigten Person übernimmt die Kosten der Akut- und Übergangspflege im Umfang des vom Regierungsrat festgesetzten kantonalen Anteils.

### **§ 11 Kriterien für die Bedarfsabklärung**

Der Regierungsrat legt einheitliche Kriterien für die Bedarfsabklärung der Akut- und Übergangspflege durch Verordnung fest. Die Gemeinden sind bei der Erarbeitung der Verordnung in geeigneter Weise beizuziehen.

### **§ 12 Leistungserbringer**

Zur Sicherstellung eines wirtschaftlichen, zweckmässigen und wirksamen Angebots in der Akut- und Übergangspflege kann der Regierungsrat den Kreis der Leistungserbringer auf bestimmte abrechnungsberechtigte Leistungserbringer beschränken. Er hört zuvor die Gemeinden und die Krankenversicherer an.

## **III. Förderung der Ausbildung**

### **§ 13**

<sup>1</sup> Die Gemeinden sorgen dafür, dass in der ambulanten Krankenpflege und in der Krankenpflege im Pflegeheim genügend Pflegepersonal ausgebildet wird.

<sup>2</sup> Der Regierungsrat kann Verbände von Leistungserbringern im Sinn von § 2 Absatz 2 ermächtigen, bei allen Leistungserbringern, die Beiträge nach diesem Gesetz erhalten, einen Beitrag zu erheben und an diejenigen Leistungserbringer zu verteilen, die Pflegepersonal ausbilden. Der Beitrag ist zweckgebunden für die Ausbildung zu verwenden.

<sup>3</sup> Von Leistungserbringern, die sich bereits mittels Verbandsbeitrag an der Ausbildung beteiligen oder in einen Berufsbildungsfonds einbezahlen, dürfen keine Beiträge gemäss Absatz 2 erhoben werden.

<sup>4</sup> Der Beitrag eines Leistungserbringers an die Ausbildung gemäss den Absätzen 2 und 3 ist bei der Bestimmung des Restfinanzierungsbeitrages nach den §§ 7 und 8 zu berücksichtigen.

<sup>5</sup> Der Regierungsrat regelt die Einzelheiten, insbesondere die Organisation, die Höhe des Beitrags der Leistungserbringer und die Kriterien für dessen Verteilung an die ausbildenden Leistungserbringer, durch Verordnung. Die Gemeinden sind bei der Erarbeitung der Verordnung in geeigneter Weise beizuziehen.

## **IV. Verfahren und ergänzendes Recht**

### **§ 14 Information**

Die Gemeinden sorgen zusammen mit den Krankenversicherern und den Leistungserbringern für eine angemessene Information der Bevölkerung über den Anspruch auf einen Beitrag der Gemeinden an die Kosten der Pflegeleistungen.

### **§ 15 Anmeldung**

Die anspruchsberechtigte Person oder ihre gesetzlichen oder bevollmächtigten Vertreter haben die Beiträge an die Kosten der Pflegeleistungen mit einem Anmeldeformular bei der zuständigen Gemeinde geltend zu machen.

### **§ 16 Rechtsverweis**

Soweit das KVG nichts anderes bestimmt, gelten für das Beitragsverhältnis und das Verfahren die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000. Den Gemeinden kommt dabei die Rolle eines Versicherungsträgers zu.

### **§ 17 Rechtsschutz**

Das Recht zur Einsprache und Beschwerde richtet sich nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts.

## **V. Schlussbestimmungen**

### **§ 18 Änderung von Erlassen**

Folgende Erlasse werden gemäss Anhang geändert:

- a. Gesundheitsgesetz vom 13. September 2005,
- b. Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 23. März 1998,
- c. Gesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV vom 10. September 2007,
- d. Sozialhilfegesetz vom 24. Oktober 1989.

### **§ 19 Inkrafttreten**

Das Gesetz tritt am 1. Januar 2011 in Kraft. Es unterliegt dem fakultativen Referendum.

Luzern,

Im Namen des Kantonsrates  
Der Präsident:  
Der Staatsschreiber:

## **Änderung von Erlassen im Zusammenhang mit dem Pflegefinanzierungsgesetz**

### **a. Gesundheitsgesetz (SRL Nr. 800)**

Das Gesundheitsgesetz vom 13. September 2005 wird wie folgt geändert:

#### **§ 44      Absatz 3**

Die Gemeinden regeln die Finanzierung und tragen die Kosten, soweit sie insbesondere nicht durch Vergütungen der betreuten Personen und der Versicherer gedeckt sind. Für die Finanzierung der Pflegeleistungen im Sinn von Artikel 25a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung gilt das Pflegefinanzierungsgesetz vom

### **b. Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SRL Nr. 865)**

Das Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 23. März 1998 wird wie folgt geändert:

#### **§ 1      Absatz 3 (neu)**

<sup>3</sup> Für die Finanzierung der Pflegeleistungen im Sinn von Artikel 25a KVG gilt das Pflegefinanzierungsgesetz vom

Der bisherige Absatz 3 wird neu zu Absatz 4.

### **c. Gesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (SRL Nr. 881)**

Das Gesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV vom 10. September 2007 wird wie folgt geändert:

#### **§ 3      Absatz 2**

<sup>2</sup> Der Regierungsrat berücksichtigt bei der Festlegung insbesondere den allgemeinen Lebensbedarf, die notwendigen Leistungen und deren Kosten sowie die Höhe der Tagestaxen anderer Kantone.

**d. Sozialhilfegesetz (SRL Nr. 892)**

Das Sozialhilfegesetz vom 24. Oktober 1989 wird wie folgt geändert:

**§ 69      *Absatz 2***

<sup>2</sup> Sie regeln die Finanzierung und tragen die Kosten, soweit sie insbesondere nicht durch Vergütungen der betreuten Personen und der Versicherer gedeckt sind. Für die Finanzierung der Pflegeleistungen im Sinn von Artikel 25a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 gilt das Pflegefinanzierungsgesetz vom

