



Bericht an den Landrat des Kantons Basel-Landschaft

Bericht der: Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission
vom: 26. November 2010
zur Vorlage Nr.: [2010-293](#)
Titel: **Änderung des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG), Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung**
Bemerkungen: [Verlauf dieses Geschäfts](#)

Links:

- [Übersicht Geschäfte des Landrats](#)
- [Hinweise und Erklärungen zu den Geschäften des Landrats](#)
- [Landrat / Parlament des Kantons Basel-Landschaft](#)
- [Homepage des Kantons Basel-Landschaft](#)



Bericht der Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission an den Landrat

Änderung des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG), Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung

Vom 26. November 2010

1. Ausgangslage

Gesetzesänderungen im Bundesrecht zur Krankenversicherung aus dem Jahr 2008 und entsprechende Verordnungsrevisionen aus dem Jahr 2009 erfordern eine Anpassung der Ausführungsbestimmungen im Einführungsgesetz über die Krankenversicherung im Kanton Baselland. Gegenstand der Vorlage ist die Neuregelung der Finanzierung von Pflegeleistungen in Alters- und Pflegeheimen (APH) sowie der Spitalexternen Hilfe- und Pflegeleistungen (Spitex) zu Hause.

Bisher wurden die Kosten für Pflegeleistungen grundsätzlich durch die Krankenkassen der Patientinnen und Patienten getragen. Die Pflegeleistungen sind als Katalog in Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung des Bundes ([KLV; SR 832.112.31](#)) definiert. Davon zu unterscheiden sind Hilfe- und Betreuungsleistungen (Unterkunft, Verpflegung, Hauswirtschaft, Beschäftigung), die grundsätzlich von den betreuten Personen selbst getragen werden.

Seit dem Jahr 2008 ist aufgrund einer Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung (NFA) die Bereitstellung und Steuerung des ambulanten und stationären Pflegeleistungsangebotes Sache der Gemeinden. Dies betrifft die Organisation und Finanzierung von Alters- und Pflegeheimen und Spitex ebenso wie deren fachliche und regionale Koordination sowie die Sicherstellung von Ausbildung und Qualität. Im NFA wurden die finanziellen Zusatzbelastungen der Gemeinden durch Entlastungen in anderen Bereichen kompensiert.

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung wird künftig unterschieden zwischen einer Akut- und Übergangspflege während 14 Tagen nach einem Spitalaufenthalt bzw. der Langzeitpflege, welche in der Regel länger dauert und ohne näheren Zusammenhang mit einem Spitalaufenthalt beansprucht werden muss.

Die Akut- und Übergangspflege muss durch einen Spitalarzt verordnet werden. Die Pflegeleistungen der Akut- und Übergangspflege werden (analog zur Spitalfinanzierung) zu 55% vom Kanton und zu 45% vom Krankenversicherer getragen. Die Betreuungsleistungen sind durch den Patienten, eventuell unterstützt durch Ergänzungsleistungen (EL), zu tragen.

Für die Langzeitpflege definiert das neue Bundesrecht eine Finanzierung der Pflegeleistungen durch die Krankenversicherer (mit einem fix vom Bundesrat definierten Betrag), einer Kostenbeteiligung der Patienten (maximal 20% des vom Bundesrat definierten Höchstbetrags der Krankenversicherungskostenbeteiligung) sowie einer Restfinanzierung durch die Gemeinden. Die Betreuungsleistungen sind auch hier durch den Patienten, eventuell unterstützt durch Ergänzungsleistungen, zu tragen.

Für die Krankenversicherer soll die Neuregelung der Pflegefinanzierung damit kostenneutral erfolgen. Zu erheblichen Kostenverschiebungen kommt es aber zwischen Kanton (+ 2 Millionen Franken), Gemeinden (+ 3.5 Millionen Franken) und Patienten. Aufgrund offener Definitions- und Abgrenzungsfragen bezüglich Pflege- und Betreuungsleistungen, sowie strittiger Erfahrungswerte handelt es sich bei den in der regierungsrätlichen Vorlage genannten Finanzbeträgen um sehr grobe Schätzungen mit einem grossen Unsicherheitsfaktor.

Als flankierende Massnahmen zur Neuregelung der Pflegefinanzierung werden die Anspruchsberechtigung für Leistungen der AHV bei Hilflosigkeit ausgeweitet und die Vermögensfreibeträge bei den Ergänzungsleistungen erhöht. Letzteres führt zu Mehrkosten bei den Ergänzungsleistungen in der Höhe von rund 3.7 Millionen Franken pro Jahr. Davon entfallen 0.9 Millionen Franken auf den Bund, 1.9 Millionen Franken auf den Kanton und 0.9 Millionen auf die Gemeinden. Für Details wird auf die Vorlage verwiesen.

Übergangsregelung

Der Knackpunkt der Vorlage liegt in der Festlegung eines kantonal einheitlichen Kostensatzes, die sogenannten anrechenbaren Normkosten, welcher bei der Finanzierung von Pflegeleistungen (nicht aber Betreuungsleistungen) zur Anwendung gelangen soll. Da Pflege und Betreuung in der Langzeitpflege betriebswirtschaftlich schwer auseinander zu halten sind, ist die Höhe der anrechenbaren Normkosten umstritten. Wesentlich sind die Normkosten, weil sie letztlich auch die Höhe der Restfinanzierung determinieren, welche durch die Gemeinden zu tragen ist. Der Bundesgesetzgeber hat es unterlassen, die Normkosten hinreichend zu definieren. Entscheidend für die Höhe der Restfinanzierung ist einerseits die Abgrenzung zwischen Pflege- und Betreuungsleistungen, andererseits die exakte Erfassung des Zeitaufwandes (und damit der Personalkosten) für die Leistungserbringer (APH und Spitex). Beide Faktoren sind zwischen APH/Spitex und Gemeinden strittig. Der Kanton (bzw. der Regierungsrat als «Schiedsrichter») sieht deshalb eine Übergangsregelung vor, welche von den Verbänden der Gemeinden, der Spitex und der Alters- und Pflegeheime in Form einer Absichtserklärung mitunterzeichnet wurde. Diese beinhaltet Folgendes:

- Für die Übergangsfrist (bis maximal zum 31. Dezember 2012) werden die Normkosten durch den Regierungsrat auf der Basis entsprechender ausserkantonaler Erfahrungszahlen auf Fr. 38.41/Std. festgelegt.
- Als Basis für eine künftige kantonale Regelung führt die VGD auf eigene Kosten eine Leistungs- und Zeiterfassung in ausgewählten Alters- und Pflegeheimen und Spitalabteilungen im Kanton durch.
- Die Neuregelung des EL-Schlüssels zwischen Kanton und Gemeinden wird an die Konsultativkommission Aufgabenteilung und Finanzausgleich delegiert.
- Die APH stellen die ungedeckten Kosten aus der Differenz zwischen dem kantonalen Normkostensatz und der Kostenrechnung des BAP den APH-Bewohnern in kantonal einheitlicher Form in Rechnung. Sollten aus dieser Regelung rechtliche Auseinandersetzungen resultieren, bietet die VGD den Alters- und Pflegeheimen eine kostenlose juristische Unterstützung an.

2. Zielsetzung der Vorlage

Das Baselbieter Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG) wird den neuen Vorgaben des Bundes angepasst. Im Einzelnen werden dafür folgende Bestimmungen erlassen:

- Den Gemeinden wird die Restfinanzierung der anrechenbaren Leistungen der Langzeitpflege überbunden (§ 15a), wobei diese Restfinanzierung stationäre (APH) und ambulante (Spitex) Pflegeleistungen umfasst (§ 15b).
- Der Regierungsrat legt die Höhe der anrechenba-

ren Normkosten für Pflegeleistungen kantonsweit fest (§ 15c). Für eine erste Phase und eine Übergangsfrist von maximal zwei Jahren wird dieser Kostensatz für Alters- und Pflegeheime in einer gemeinsamen Absichtserklärung der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion, des Verbandes Basellandschaftlicher Gemeinden und dem Verband Baselbieter Alters-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen auf Fr. 38.41 festgesetzt. Für Spitex-Leistungen wird die bestehende Tarifstruktur für mindestens ein weiteres Jahr beibehalten (§17b).

- Der Kostenanteil der Gepflegten wird im Rahmen des Handlungsspielraums des Bundesgesetzes festgelegt (15d).

3. Kommissionsberatung

3.1. Organisation der Beratung

Die Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission hat die Vorlage (vom 31. August 2010) an vier Sitzungen (ab dem 17. September 2010) eingehend und möglichst zügig behandelt. Einer ersten Einführung durch die VGD folgte eine Anhörung des Verbandes Basellandschaftlicher Gemeinden (VBLG), des Spitex-Verbandes Baselland sowie des Verbandes Baselbieter Alters-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen (BAP). Die erste und zweite Lesung des Gesetzesvorschlages erfolgten unter Beizug von Regierungsrat Peter Zwick (Vorsteher VGD), Rosmarie Furrer (Generalsekretärin VGD), Urs Knecht (Rechtsdienst Bereich Gesundheitsrecht VGD) sowie Giorgio Baumann (Leiter Gesundheitsplanung VGD), welche die Kommission in ihrer Arbeit unterstützten.

3.2. Beratung im Einzelnen

Anhörungen

a) Verband Basellandschaftlicher Gemeinden (VBLG): Der VBLG legt einleitend das Spannungsfeld zwischen Kanton (als Regulator), Leistungserbringern (vertreten durch BAP und Spitex-Verband) und den Gemeinden (als Kostenträger) offen. Für den VBLG ist entscheidend, dass die Gemeinden ihren Aufgaben- und Verantwortungsbereich (konkret im Bereich der Langzeitpflege) eigenständig regeln können. Insofern ist die Finanzierungsfrage zwischen Kanton und Gemeinden jetzt im Gesetz zu regeln. Mit der Übergangsregelung erklärte sich der VBLG einverstanden, wenn auch Spitex und BAP den ausgehandelten Kompromiss weiterhin mittragen. Dennoch stellt der VBLG den Korrekturantrag, dass der Finanzierungsschlüssel bezüglich der Ergänzungsleistungen (EL) zwischen Kanton und Gemeinden dahingehend geändert wird, dass die durch die Restfinanzierung der Gemeinden resultierende Reduktion bei den EL-Beiträgen ausschliesslich dem Anteil der Gemeinden bei den EL angerechnet wird. Nach Auffassung des VBLG spart der Kanton durch die von den Gemeinden übernommene Restfinanzierung zu Unrecht rund 1 Million Franken ein. Es wird deshalb eine Änderung bzw. Ergänzung von § 13 des Ergän-

zungsleistungsgesetzes zur AHV und IV vorgeschlagen, wonach die Anteile des Kantons und der Gemeinden an die Aufwendungen für die Ergänzungsleistungen so anzupassen wären, dass die Entlastung der Ergänzungsleistungen aufgrund der von den Gemeinden neu zu leistenden «Restfinanzierung» der Pflegebeiträge ausschliesslich die Aufwendungen der Gemeinden reduziert und die Aufwendungen des Kantons dadurch nicht verändert werden. Im Weiteren schlägt der VBLG vor, aufgrund der erwarteten Beitragsreduktion der Krankenkassen an die Spitex-Organisationen die Kostenbeteiligung der Patienten im Bereich der Spitex in § 15d auf 20% (statt 10% gemäss Regierungsvorlage) des höchsten Anteils gemäss Bundesrecht festzulegen.

b) Spitex-Verband Baselland: Der Spitex-Verband wünscht eine explizite Erwähnung der spezialisierten kantonalen Spitex-Organisationen im Gesetz, damit auch für diese die Finanzierungspflicht der Gemeinden gilt. Gefordert wird zudem eine Verpflichtung des Kantons zum Abschluss von Leistungsvereinbarungen mit Spitex-Leistungserbringern im Bereich der Akut- und Übergangspflege. Der Regierungsrat sieht solche nur als Möglichkeit vor. Die Spitex erwartet weiter, dass die abrechenbaren Krankenkassen-Tarife schweizweit sinken werden. Die ungedeckt verbleibenden Kosten führen zu einer Mehrbelastung der Gemeinden. Die Höhe der Mehrbelastung hängt von der Festlegung der Kundenbeteiligung ab. Seitens der Spitex würde ein Verzicht auf eine Kundenbeteiligung im ambulanten Pflegebereich allerdings begrüsst, um Spitex-Kunden, die durch höhere Tarife gegenüber APH-Bewohnern bereits mehr belastet seien, nicht schlechter zu stellen. Bezüglich der Einführung der Akut- und Übergangsregelung seien zufriedenstellende Verhandlungen mit dem Kanton und den Spitälern im Gang. Fragen aus der Kommission ergeben sich zur Rechnungsstellung der Leistungserbringer. Vorgesehen ist nach Auskunft der Spitex, dass die Kunden von der Spitex eine Rechnung für den Betrag erhalten, den sie von den Krankenkassen zurückerhalten. Die Abrechnung mit den Gemeinden sollte in Form einer Defizitgarantie oder eines Pauschalbeitrags erfolgen. Auf die Frage betreffend Verrechnung der Kundenbeteiligung pro Pflegestunde wird seitens der VGD präzisiert, dass gesamtschweizerisch eine Rechtsauslegung zu Gunsten der Spitex-Kunden vereinbart wurde, dass die maximale Kundenbeteiligung den Kunden nur einmal pro Tag verrechnet wird, während gegenüber den Krankenkassen die Kosten pro Stunde verrechnet werden.

c) Verband Baselbieter Alters-, Pflege und Betreuungseinrichtungen (BAP): Der BAP kritisiert einleitend das zögerliche und verschleppte Gesetzgebungsverfahren, welches nun eine – an sich unbefriedigende – Übergangslösung überhaupt erst erforderlich mache. In dieser Übergangslösung seien die anrechenbaren Normkosten zu tief angesetzt, was zu Unruhe im Verband geführt habe. Korrekt wäre ein Normkostensatz zwischen 60 bis 68 Franken. Erhebliche Mehrbelastungen für einige Selbstzahler in den Alters- und Pflegeheimen seien deshalb zu erwarten. Seitens des BAP wird ge-

wünscht, auf die Möglichkeit zur Pauschalierung der Beitragsleistung durch die Gemeinden zu verzichten. Da Alters- und Pflegeheime unter Umständen mit mehreren Gemeinden abzurechnen hätten, würde eine Pauschalierung zu unterschiedlichen Abrechnungsverfahren und damit zu einem höheren Administrativaufwand für die Alters- und Pflegeheime führen. Mit der gleichen Begründung der administrativen Mehrbelastungen wehrt sich der BAP auch gegen zusätzliche Datenerhebungen und Betriebsvergleiche des Kantons, wie sie in §15c Absatz 3 vorgesehen sind. Auf die Frage aus der Kommission nach der vom BAP erwarteten Mehrbelastung der Heimbewohner, deren Beitragspflicht doch gemäss Bundesgesetzgeber auf 20% des maximalen Krankenkassenbeitrags begrenzt sei, wird geantwortet, dass bei zu tief angesetzten Normkosten der Pflege die restlichen Kosten als Betreuung verrechnet werden müssten. Das führe zur höheren Belastung der Selbstzahler. Auf die Nachfrage, ob die Überwälzung der ungedeckten (Pflege-)Kosten auf die Patienten nicht bundesrechtswidrig sei, wird erläutert, im Bereich der Übergangslösung sei das juristisch noch umstritten. Sollte das Provisorium in ein Definitivum überführt werden, dann sei die Kostenüberwälzung der ungedeckten Pflegekosten auf den Betreuungskosten-Anteil, der durch die Heimbewohner zu tragen sei, in der Tat bundesrechtswidrig.

d) VGD: Nach Anhörung der Interessenverbände kommentiert die VGD den Vorwurf bezüglich Zeitplan und Gesetzgebungsverfahren. Obwohl man seit langem im Gespräch mit Gemeinden, Alters- und Pflegeheimen und Spitex sei, könne ein Gesetzgebungsverfahren nicht ohne die entsprechenden Grundlagen des Bundes eingeleitet werden. Diese sind erst im März 2009 vorgelegt. Entsprechend hat sich die VGD ins Zeug gelegt, um dennoch eine Inkraftsetzung per 1. Januar 2011 zu ermöglichen. Dafür ist die Kooperation aller Beteiligten erforderlich. Konkrete, nachvollziehbare Zahlen bezüglich der effektiven Kosten der Pflegeleistungen sind seitens der Alters- und Pflegeheime bis heute noch nicht vorgelegt worden. Deshalb ist die Lösung mit einer Übergangsfrist und einer detaillierten, externen Datenerfassung und Zeiterhebung der richtige Weg. Zudem ist aus Sicht der VGD zu erwarten, dass nach der Umstellung der Pflegefinanzierung die Krankenkassen-Beiträge für die meisten Personen höher sein werden. Zusätzlich beteiligen sich die Gemeinden an den Pflegekosten. Mehr Personen werden mit der Erhöhung der Vermögensfreibeträge neu EL beziehen können. Das führt dazu, dass das Gros der Alters- und Pflegeheim-Bewohner am Schluss weniger selbst bezahlen muss. Nur im obersten Segment der Selbstzahler werden einige wohl mehr bezahlen müssen.

Aufgrund der Anhörungen forderte die Kommission von der VGD konkrete Modellrechnungen zur künftigen Kostenbelastung der Gemeinden und der Heimbewohner. In Bezug auf die Akut- und Übergangspflege werden Zusatzfragen betreffend möglicher Leistungsvereinbarungs-Modelle und der erwarteten Patientenströme deponiert. Die zusätzlichen Unterlagen wurden der Kommission noch vor der ersten Lesung zur Verfügung

gestellt.

– *Eintreten*

Eintreten auf die Vorlage war in der Kommission aufgrund grundsätzlicher Erwägungen, der von allen Beteiligten unterschiedlich bewerteten Datengrundlage, aufgrund auch nach der Anhörung verbleibender Unklarheiten und teilweise auch aufgrund des zeitlichen Handlungsdrucks bestritten.

Die VGK trat mit 8:2 Stimmen bei 1 Enthaltung auf die Vorlage ein.

– *Detailberatung*

Vorgängig der Detailberatung werden einige Punkte in der Kommission noch einmal eingehend thematisiert.

a) Zeitlicher Ablauf

Die entsprechende KVG-Änderung wurde im März 2009 von den nationalen Räten beschlossen. Der Bund hat es verpasst, die Unterscheidung zwischen Pflege und Betreuung vorzunehmen und die Zahlen festzulegen, weshalb die Kantone nun diese Arbeit erledigen müssen. Am 24. Juni 2009 wurde die Gesetzesänderung den Kantonen mitgeteilt. Nach den Umsetzungsarbeiten in den Kantonen folgte die interne und danach die öffentliche Vernehmlassung. Man arbeitete mit Hochdruck, um das Gesetz vorzulegen. Die beteiligten Akteure waren im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses frühzeitig und offen zur Mitarbeit eingeladen.

b) Normkosten

Die Normkosten sind die anrechenbaren Kosten, die in der Pflege verursacht werden. Berücksichtigt werden nur die bei der Krankenversicherung anrechenbaren Pflegekosten (Art. 7 Krankenpflege Leistungsverordnung, KLV). Daneben gibt es auch nicht-anrechenbare Pflegekosten, namentlich die Betreuungskosten. Diese beiden Kostenblöcke sind schwierig auseinanderzuhalten. Es werden nur anrechenbare Kosten bei wirtschaftlicher Leistungserbringung berücksichtigt, wobei klar ist, dass es sich um einen auslegebedürftigen Begriff handelt. Die Festsetzung der Normkosten soll durch die Rahmenbedingungen des Einführungsgesetzes zum Krankenversicherungsgesetz erfolgen. Die Ansätze soll der Regierungsrat auf dem Verordnungsweg festsetzen. Bei der Berechnung der Normkosten wird von den Vollkosten der Kostenstelle «Pflege/Betreuung» ausgegangen. Für die Vollkosten der Kostenstelle «Pflege/Betreuung» wurde eine Erhebung aus dem Kanton Aargau verwendet. Da diese schon etwas älter ist, wurden die Kosten um den Teuerungsausgleich, der dem Pflegepersonal in dieser Zeitspanne zugesprochen wurde, aufgerechnet. Somit kam man auf den Betrag von CHF 84.79. Demgegenüber stellte der BAP eigene Berechnungen an und kam auf Kosten von CHF 86.37. Die Zahlen der VGD und des BAP bewegen sich also nicht weit auseinander. Grosse Differenzen gibt es jedoch bei der Frage, wie viel Prozent der Vollkosten der

Kostenstelle «Pflege/ Betreuung» effektiv anrechenbare Pflegekosten sind. Gemäss BAP handelt es sich um 79% der Vollkosten, dabei stützt man sich auf eine Erhebung von Curaviva, dem Verband Heime und Institutionen Schweiz. Die VGD stützt sich auf eine im Kanton Aargau durchgeführte Zeitmessung, wobei sich dieser Anteil als kleiner, nämlich 45,3%, herausstellte. Die Zahlen des BAP stützen sich auf Annahmen. Die VGD beruft sich auf eine ausserkantonale Zeiterfassung. Aufgrund dieser Differenzen wurde die eigene Zeiterfassung im Kanton vorgeschlagen und vereinbart.

c) Kostenfolgen für die Heimbewohner

Die in den Heimen gleichzeitig zu vollziehende Umstellung von 4 auf 12 Pflegestufen verursacht zusätzliche Abgrenzungsprobleme, weshalb eine klare Aussage zur künftigen Auswirkung der neuen Pflegefinanzierung auf die Kosten der Heimbewohner nicht möglich ist. Es steht die Befürchtung im Raum, dass die Alters- und Pflegeheime versucht sein könnten, sich dadurch abzusichern, dass sie ihre Bewohner tendenziell höher neu einstufen als tatsächlich notwendig. Somit würde das Risiko der Umstellung auf die Bewohner abgewälzt. Ob es in Alters- und Pflegeheimen mit der Umstellung der Pflegefinanzierung zu versteckten generellen Preiserhöhungen kommen wird, ist ebenfalls unklar. Seitens des Kantons wird hier auf die Aufsichtspflicht der Trägergemeinden verwiesen.

Kritisiert wird im Zusammenhang mit der zu erwartenden Kostenentwicklung auch, dass in der Vorlage kein Ansatz zur Senkung der Kosten aufgezeigt wird. Die Akademisierung der Pflegeberufe sei nur einer der Kostentreiber. Dass die Festsetzung der Normkosten auf einen Durchschnittswert aus der geplanten Zeiterfassung fussen soll, sei ebenso falsch. Denn alle, die besser als der Durchschnitt arbeiten profitieren, während jene, die nicht wirtschaftlich arbeiten, reklamieren. Ein Best-Practice-Modell bei der Festsetzung der Normkosten wäre dagegen zielführender.

d) Simulation der alternativer Normkostenfestsetzungen Mittels Simulationsrechnungen, welche auf dem Modell der Kostenberechnung von Tabelle 3, Seite 8/9 der Vorlage fussen, werden in der Kommission die Auswirkungen alternativer Normkosten aufgezeigt. Daraus resultiert jeweils ein enormer Kostenschub für Heimbewohner und Gemeinden, wie nachstehende Tabelle illustriert:

Variante	Normkosten	Mehrkosten Gemeinden	Kostenanteil Heimbewohner
Regierung	CHF 38.41	CHF 2.260 Mio.	CHF 12.183 Mio.
Zwischenwert	CHF 50.00	CHF 16.553 Mio.	CHF 15.737 Mio.
BAP 1	CHF 60.00	CHF 31.092 Mio.	CHF 16.667 Mio.
BAP 2	CHF 68.00	CHF 42.757 Mio.	CHF 17.393 Mio.

Beratung des Gesetzesentwurfes im Einzelnen

§ 15a Finanzierung der Pflegeleistungen durch die Gemeinden

Es wird beantragt, die Möglichkeit einer Pauschalierung der Gemeindebeiträge aus dem Gesetz zu streichen. Die Kommission ist sich bezüglich der Konsequenzen, insbesondere im Hinblick auf einen administrativen Mehraufwand der Alters- und Pflegeheime, uneins.

Die VGK beschloss mit 8:3 Stimmen bei 1 Enthaltung, die Möglichkeit zur Pauschalierung der Gemeindebeiträge im Gesetzesentwurf zu belassen.

§ 15b Finanzierte Leistungen, Absatz 2, lit. a

Es wird beantragt, die Kompetenz zum Abschluss von Leistungsvereinbarungen dem Kanton zuzuordnen. Demnach würde §15b Absatz 2 neu formuliert:

«Spitex-Organisationen und Pflegefachpersonen, mit welchen ~~die Gemeinde der Kanton~~ eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen ~~haben hat~~ oder ~~die im Einzelfall mit Einwilligung der Gemeinden beigezogen wurden;~~

Begründet wird der Antrag mit der Aussage, dass seitens des Kantons heute schon eine Leistungsvereinbarung mit dem Spitex-Verband bestünde. Der Kantonalverband schliesst seinerseits mit seinen Mitgliedern Leistungsvereinbarungen ab. Mit dem Antrag würde vermieden, dass jede Gemeinde mit jedem Spitex-Leistungserbringer selbst eine Leistungsvereinbarung abschliessen müsste. Dagegen wird gehalten mit dem Argument, dass dem Kostenträger nicht eine Leistungsvereinbarung des Regulators/Kantons aufgezwungen werden könne. Das käme einer massiven Einschränkung der Gemeindeautonomie gleich. Allerdings sei eine Muster-Leistungsvereinbarung des Spitex-Verbandes zuhanden der Leistungserbringer bzw. der Gemeinden wünschenswert. Seitens der VGD wird zudem eingebracht, dass früher eine Leistungsvereinbarung des Kantons mit dem kantonalen Spitex-Verband bestanden habe, aber nur bezüglich der überregionalen Spitex-Leistungen wie SEOP oder Kinder-spitex. Zurzeit laufen direkte Verhandlungen zwischen VBLG und Spitex-Verband betreffend eine diesbezüglichen Rahmenvereinbarung. Alternativ wird in der Kommission ein Vorschlag diskutiert, bei dem explizit die spezialisierten, überregionalen Spitex-Organisationen im Gesetz erwähnt würden.

Die VGK entschied mit 7:2 Stimmen bei 3 Enthaltungen, die ursprüngliche Formulierung im Gesetzesentwurf zu belassen.

§ 15c Absatz 1

Der Kommission wird beantragt, den vagen Begriff «periodisch», näher zu definieren. Zudem wird eine Indexierung der Normkosten vorgeschlagen, um den mit der allgemeinen Teuerung steigenden Personalaufwand der Alters- und Pflegeheime abzufedern. Der zur Abstimmung gelangende Antrag lautet, § 15 c Absatz 1 wie folgt neu zu formulieren:

Der Regierungsrat legt periodisch, *mindestens alle vier Jahre*, nach Anhörung der Gemeinden und der Leistungserbringer die anrechenbaren Normkosten der Pflegeleistungen pro Leistungskategorie kantonsweit einheitlich fest.

Die VGK stimmte diesem Antrag mit 7:5 Stimmen ohne Enthaltungen zu.

§ 15c Absatz 2

In Analogie zum KVG wird beantragt, die anrechenbaren Normkosten nicht nur an die Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der Leistungen, sondern auch an deren Wirksamkeit zu binden. Demnach würde Absatz 2 ergänzt:

Die anrechenbaren Normkosten decken die Kosten der Pflegeleistungen, an welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach der Bundesgesetzgebung einen Beitrag leistet, unter Berücksichtigung einer wirtschaftlichen, *wirksamen* und zweckmässigen Leistungserbringung.

Die VGK stimmte diesem Antrag mit 9:3 Stimmen ohne Enthaltungen zu.

§ 15c Absatz 3

Es wird beantragt, diesen Absatz ersatzlos zu streichen, weil eine analoge Bestimmung bereits im Gesetz über die Pflege und Betreuung im Alter enthalten sei. Eine redundante Forderung im EG KVG sei überflüssig. Dem wird entgegen gehalten, dass es sich hierbei nicht um die gleichen Daten handle. Im Gesetz über die Pflege und Betreuung im Alter sei insbesondere die Datenerhebung für demografische und fachliche Grundlagen zur Planung der Alters- und Pflegeeinrichtungen verankert. Im vorliegenden EG KVG gehe es dagegen darum, betriebswirtschaftliche Daten der APH erheben zu können. Ohne diese gesetzliche Grundlage könnten sich die Alters- und Pflegeheime auf ihr Betriebsgeheimnis berufen und die Erhebung der notwendigen Daten zur Festsetzung der anrechenbaren Normkosten verunmöglichen.

Der Antrag wird nach dieser Klärung zurückgezogen.

§ 15d Absatz 1, lit. b

Es wird beantragt, die ambulanten Leistungen für Kinder bis 18 Jahre vom Selbstbehalt auszunehmen. Dies sei für Familien mit schwerst kranken, schwerst behinderten Kindern wünschenswert.

Die Kommission beschloss mit 9:2 Stimmen bei 1 Enthaltung, § 15d um einen Absatz 3 zu ergänzen:

³ *Bei Kindern bis zum vollendeten 18. Altersjahr wird kein Kostenanteil erhoben.*

§ 17b Übergangsbestimmungen betreffend Kostenanteil der versicherten Personen

Der Kommission wird eine zusätzliche Bestimmung zur Schaffung einer Clearingstelle beantragt, womit die Abrechnung der Pflegeleistungen, insbesondere für Spitex-Leistungen, mit wesentlich geringerem administrati-

vem Aufwand erfolgen könnte. Eine solche Stelle könnte auch als Lastenausgleich zwischen Kanton und Gemeinden dienen und Daten über die demografische Entwicklung liefern. Nach Auskunft der VGD besteht im Kanton Baselland eine andere Ausgangslage gegenüber Kantonen wie Zürich oder Aargau, welche eine solche Clearingstelle kennen. Im Kanton Baselland sind die Gemeinden zuständig, deshalb sollten auch die Gemeinden, und nicht der Kanton, die Organisationsstruktur im Vollzug festlegen können.

Der Antrag wird nach dieser Klärung zurückgezogen.

Ein weiterer Antrag fordert, eine rechtliche Grundlage für die vom Regierungsrat vorgeschlagene Übergangsregelung in den Übergangsbestimmungen zu verankern. Eine solche fehle. Der Kern des Problems sei, dass die effektiven Kosten der Pflegeleistungen in Alters- und Pflegeheimen nicht bekannt seien. Anstatt das Problem zu lösen, setze man die Normkosten in einer «Absichtserklärung» fest, unter Ausschluss der betroffenen Heimbewohner. Die ungedeckten Kosten würden einfach auf diese überwält. Gestraft werden also die Pflegeheimbewohner, da sie berappen müssen, worüber man sich nicht einigen konnte. Es existiert zudem zum Thema ein Rechtsgutachten, welches die Überwälzung der ungedeckten Kosten als bundesrechtswidrig einschätzt. Nur deshalb bietet man in Punkt 6 der Absichtserklärung im Falle von Streitigkeiten den Leistungserbringern Rechtsbeistand an. Auch diese Haltung sei nicht korrekt und entbehre einer rechtlichen Grundlage. Im Mindesten müsste im Gesetz eine Bestimmung verankert werden, mit welcher den Heimbewohnern eine vollständige Kostentransparenz garantiert werden könnte. In Analogie zu anderen Kantonen könnten die Normkosten auf der Basis der aktuellen effektiven Kosten unter Berücksichtigung einer angemessenen Teuerung durch den Landrat festgesetzt werden.

Dem wird entgegengesetzt, dass bei einer Abänderung der Übergangsbestimmungen die beteiligten Akteure von der Absichtserklärung zurücktreten könnten. Die Heime hätten in ihren Budgetvorbereitungen den anvisierten Normkostensatz bereits berücksichtigt. Zudem sei infolge der gleichzeitigen Umstellung auf das 12-Stufen-Pflegesystem die Vergleichbarkeit zur bisherigen Kostenstruktur nicht mehr gegeben. Zur Frage der Konformität der Absichtserklärung mit dem Bundesrecht äussert sich die VGD dahingehend, dass sie nicht mit juristischen Verfahren rechne, zumindest nicht in grosser Zahl.

Die Kommission beschloss mit allen gegen 1 Stimme die Beibehaltung der bisherigen Formulierung der Übergangsbestimmungen. Weitere Ergänzungen werden abgelehnt.

III. Inkrafttreten

Es wird beantragt, das Inkrafttreten rückwirkend auf den 1. Januar 2011 festzulegen, da dieser Termin vorbei sein wird, wenn der entsprechende Landratsbeschluss Rechtskraft erlangt. Die rechtliche Grundlage für das rückwirkende Inkrafttreten wird in § 11 in Verbindung mit § 12 der Kantonsverfassung gesehen.

Der Antrag wurde stillschweigend gutgeheissen.

4. Antrag

://: Die Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission beantragt dem Landrat mit 10:1 Stimmen ohne Enthaltungen, die Gesetzesänderungen in der von ihr modifizierten Form zu beschliessen.

Liestal, 26. November 2010

Namens der Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission

*Der Präsident:
Thomas de Courten*

Beilage:

Entwurf des Gesetzestextes in der von der VGK modifizierten Form (von der Redaktionskommission bereinigte Fassung)

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG)

Änderung vom ...

Der Landrat des Kantons Basel-Landschaft beschliesst:

I.

Das Einführungsgesetz vom 25. März 1996¹ zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG) wird wie folgt geändert:

Untertitel nach § 15

D^{bis}. Finanzierung von Pflegeleistungen

§ 15a Finanzierung von Pflegeleistungen durch die Gemeinde

¹ Bei Pflegeleistungen nach der Krankenversicherungsgesetzgebung, ausgenommen bei Leistungen der Akut- und Übergangspflege, übernimmt die Wohngemeinde die Differenz zwischen den anrechenbaren Kosten der Pflegeleistungen und dem Beitrag der obligatorischen Krankenversicherung abzüglich des Anteils der versicherten Person.

² Die Beiträge der Gemeinde werden an den Leistungserbringer ausgerichtet und können pauschaliert werden.

§ 15b Finanzierte Leistungen

¹ Die Beiträge der Gemeinde nach § 15a erstrecken sich auf ambulante und stationäre Pflegeleistungen, welche zur Deckung des Bedarfs der Bevölkerung erforderlich sind.

² Die Gemeinde finanziert die Pflegeleistungen von:

- a. Spitex-Organisationen und Pflegefachpersonen, mit welchen die Gemeinde eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen hat oder die im Einzelfall mit Einwilligung der Gemeinde beigezogen wurden;
- b. Pflegeheimen und Spitälern, die auf der Pflegeheimliste des Kantons aufgeführt sind;
- c. anderen Pflegeheimen und Spitälern, jedoch höchstens mit demjenigen Betrag, den die Gemeinde bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim oder Spital, welches auf der Pflegeheimliste des Kantons aufgeführt ist, ausrichten würde.

§ 15c Anrechenbare Normkosten der Pflegeleistungen

¹ Der Regierungsrat legt periodisch, mindestens alle vier Jahre, nach Anhörung der Gemeinden und der Leistungserbringer die anrechenbaren Normkosten der Pflegeleistungen pro Leistungskategorie kantonsweit einheitlich fest.

² Die anrechenbaren Normkosten decken die Kosten der Pflegeleistungen, an welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach der Bundesgesetzgebung einen Beitrag leis-

¹ GS 32.474, SGS 362

tet, unter Berücksichtigung einer wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung.

³ Die zuständige Direktion kann zum Zweck der Ermittlung der anrechenbaren Normkosten bei den Leistungserbringern Daten erheben und Betriebsvergleiche durchführen.

§ 15d Kostenanteil der versicherten Person

¹ Der Kostenanteil der versicherten Person entspricht

- a. bei stationären Pflegeleistungen dem höchsten Anteil nach der Bundesgesetzgebung;
- b. bei ambulanten Pflegeleistungen der Hälfte des höchsten Anteils nach der Bundesgesetzgebung.

² Der Kostenanteil der versicherten Person darf im Einzelfall die anrechenbaren Normkosten abzüglich des Beitrags der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übersteigen.

³ Bei Kindern bis zum vollendeten 18. Altersjahr wird kein Kostenanteil erhoben.

§ 15e Leistungen der Akut- und Übergangspflege

¹ Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege erfolgen im Anschluss an einen Akutspitalaufenthalt während längstens zwei Wochen unter folgenden Voraussetzungen:

- a. medizinische Notwendigkeit begründet durch einen vorübergehend erhöhten Pflegebedarf;
- b. keine Notwendigkeit eines Aufenthalts in einer Rehabilitationsklinik oder einer geriatrischen Abteilung eines Spitals;
- c. Überweisung durch einen Spitalarzt mit einem Zeugnis, aus dem der Pflegebedarf und die erforderlichen Pflegemassnahmen hervorgehen.

² Der Kanton stellt das Angebot für Leistungen der ambulanten und stationären Akut- und Übergangspflege sicher und übernimmt die daraus entstehenden Kosten anteilmässig nach der Krankenversicherungsgesetzgebung. Er kann mit entsprechenden Leistungserbringern Leistungsvereinbarungen abschliessen.

§ 17b Übergangsbestimmung betreffend Kostenanteil der versicherten Person

Der Regierungsrat kann während längstens drei Jahren ab Inkrafttreten dieser Bestimmung den Kostenanteil der versicherten Person abweichend zu § 15d festlegen, soweit dies zur Angleichung der Tarife gemäss Absatz 2 der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 13. Juni 2008 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung² erforderlich ist.

II.

Das Ergänzungsleistungsgesetz vom 15. Februar 1973³ zur AHV und IV wird wie folgt geändert:

² SR 832.10

³ GS 25.130, SGS 833

§ 2a Absatz 2

² Er orientiert sich dabei an den Taxen der gemeinnützigen Alters- und Pflegeheime sowie der kantonalen Krankenhäuser für Unterbringung und Betreuung sowie am Kostenanteil der versicherten Person für Pflegeleistungen.

III.

Diese Änderung tritt rückwirkend auf den 1. Januar 2011 in Kraft.

Liestal,

IM NAMEN DES LANDRATES

Die Präsidentin:

Der Landschreiber: