

Neuordnung der Pflegefinanzierung

- **Pflegegesetz (PflG); Änderung**
- **Dekret über den Finanz- und Lastenausgleich (FLAD); Änderung**

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1. Ergebnis der 1. Beratung	5
2. Prüfungsaufträge	5
2.1 Prüfungsauftrag Pascal Furer (Allgemeines).....	5
2.2 Prüfungsauftrag Lilian Studer (§ 4 Abs. 4).....	8
2.3 Prüfungsauftrag Roland Agustoni (§ 12a Abs. 1).....	10
2.4 Prüfungsauftrag Beatrice Beck (§ 12a).....	13
2.5 Prüfungsauftrag Eva Eliassen (§ 12a).....	14
2.6 Prüfungsauftrag Peter Schuhmacher (§ 12a Abs. 2)	17
2.7 Prüfungsauftrag Hansruedi Hottiger (§ 14a).....	18
2.8 Prüfungsauftrag Pascal Furer (§ 14c).....	19
3. Änderungen für die 2. Beratung	22
3.1 Personen in ausserkantonalen stationären Pflegeeinrichtungen.....	22
3.2 Fremdänderung des Dekrets über den Finanz- und Lastenausgleich.....	24
3.3 Diverses	24
4. Auswirkungen	25
5. Weiteres Vorgehen	27
A n t r a g :	27

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Regierungsrat unterbreitet Ihnen den Entwurf einer Änderung des Pflegegesetzes (PflG) zur 2. Beratung mit folgendem Bericht zur Beschlussfassung:

Zusammenfassung

Der Grosse Rat hat die Änderung des Pflegegesetzes (PflG) am 16. und 30. November 2010 beraten. Wesentliche Änderungen gegenüber den Vorschlägen des Regierungsrats waren:

- Einführung einer Patientenbeteiligung von 20 % im ambulanten Bereich.
- Präzisierung, dass nur die administrativen Kosten des Betriebs der kantonalen Clearingstelle an die Gemeinden weiterverrechnet werden dürfen.
- Vorschlagsrecht der Gemeinden für die Besetzung des Gremiums, das die kantonale Clearingstelle beaufsichtigen soll.
- Erhöhung der anerkannten Tagestaxe im Ergänzungsleistungsbereich (zurzeit Fr. 150.–) nicht nur um die Hilflosenentschädigung, sondern zusätzlich auch um die Patientenbeteiligung.

In der Gesamtabstimmung wurde die Änderung des Pflegegesetzes in 1. Beratung mit 105 zu 10 Stimmen gutgeheissen.

Als Folge der Abklärungen zu den insgesamt acht Prüfungsaufträgen resultieren im Wesentlichen folgende Änderungen:

§ 4 Abs. 4 (Prüfungsauftrag Lilian Studer)

Die Aufzählung möglicher spezieller Leistungsaufträge des Regierungsrats wird mit "Pflege von jüngeren Personen" ergänzt.

§ 12 Abs.1 lit. c sowie §§ 12a–12d (Prüfungsauftrag Roland Agustoni)

Die weiteren Abklärungen haben ergeben, dass der ursprüngliche Vorschlag, wonach im ambulanten Bereich die Gemeinden lediglich gegenüber jenem Leistungserbringer, welchem ein Leistungsauftrag erteilt wurde, Restkosten finanzieren müssen, rechtlich nicht zulässig ist. In den § 12 beziehungsweise §§ 12a–12d PflG wird eine neue Lösung vorgeschlagen, die alle Leistungserbringer gleich behandelt. Praktisch alle Kantone haben Lösungsmodelle in diesem oder einem ähnlichen Sinne entwickelt.

§ 12a Abs. 2 (Prüfungsauftrag Eva Eliassen)

Die Zahlen des mit dem Prüfungsauftrag verlangten Patientenbeispiels zeigen die neue finanzielle Eigenleistung bei einer Bandbreite eines Pflegedarfs von 15 Minuten bis zu 90 Minuten pro Tag und dies bei einer Patientenbeteiligung von 10 % oder 20 %.

Der Regierungsrat beantragte in der Botschaft zur 1. Beratung im Grossen Rat vom 30. November 2010, auf die Patientenbeteiligung bei ambulanten Leistungen zu verzichten. Er war damals und ist auch heute noch der Auffassung, dass es auf Gesetzesebene konkreter Anreize und Massnahmen bedarf, um strategischen und konzeptionellen Grundsätzen Nachachtung zu verschaffen. Die 1. Beratung des Pflegegesetzes im Grossen Rat hat jedoch gezeigt, dass der Verzicht auf eine Patientenbeteiligung im ambulanten Bereich nicht mehrheitsfähig ist. Der Regierungsrat anerkennt den Entscheid des Grossen Rates und passt § 12a Abs. 2 entsprechend an.

§ 12a Abs. 3 (Prüfungsauftrag Beatrice Beck)

Für Kinder und Jugendliche soll eine Patientenbeteiligung entfallen.

§ 13 Abs. 3 und 4 (Prüfungsauftrag Hansruedi Hottiger)

Die Regelung wurde präziser gefasst und ergänzt, um das Anliegen von Grossrat Hansruedi Hottiger umsetzen zu können.

§ 14a Abs. 2 und § 14b Abs. 4 (Prüfungsauftrag Pascal Furer)

Mit zwei Ergänzungen in § 14a Abs. 2 und § 14b Abs. 4 PflG wird dem Anliegen von Grossrat Furer, der Massnahmen zur Verhinderung von Auswüchsen beziehungsweise un gehemmtem Wachstum der Kosten fordert, Rechnung getragen. Es werden Grundlagen geschaffen, die es dem Kanton ermöglichen, bei den Pflegekosten wie auch bei den übrigen Kosten (Betreuung, Pension) nötigenfalls zu intervenieren.

Wie in der Botschaft 1. Beratung mehrfach erwähnt, sollen die Beiträge der Gemeinden an die Restkosten der stationären Pflege gemäss § 14c Abs. 2 als Finanzbedarfsgrösse im ordentlichen Finanz- und Lastenausgleich berücksichtigt werden. Mit einem neuen § 2 lit. d des Dekrets über den Finanz- und Lastenausgleich (FLAD) wird sichergestellt, dass diese Beiträge der Gemeinden im FLAD aufgenommen werden.

Die mit der Botschaft zur 2. Beratung vorgeschlagenen Änderungen haben folgende Auswirkungen:

- Die Gleichbehandlung aller ambulanter Leistungserbringer in Bezug auf den Anspruch auf Restkosten (vgl. § 12 Abs.1 lit. c sowie §§ 12a–12d) führt letztlich zu Mehrkosten bei den Gemeinden, über die mangels statistischer Daten keine verlässlichen Angaben gemacht werden könne. Für die Patientinnen und Patienten hat diese Regelung entlastende Wirkung, weil sie die Restkosten der Gemeinde in jedem Fall erhalten. Für die privaten Spitex-Organisationen und die selbstständig tätigen Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner hat diese Regelung positive Auswirkungen in finanzieller Hinsicht, aber gleichzeitig auch Pflichten in Bezug auf die Kostentransparenz.
- Eine Patientenbeteiligung im ambulanten Bereich hat gegenüber der heute bestehenden Situation eine Entlastung der Gemeinden und eine Belastung der Patientinnen und Patienten zur Folge.

- Die präziser gefasste und ergänzte Regelung zur Rechnungslegung im stationären Bereich (vgl. § 13 Abs. 3 und 4) führt zur Förderung der Kostentransparenz und verhindert Marktverzerrungen ("gleichlange Spiesse"). Auf Seite der Leistungserbringer ist damit aber auch ein gewisser Mehraufwand in administrativer und finanzieller Hinsicht verbunden.
- Die Massnahmen zur Kostenkontrolle (vgl. § 14a Abs. 2 und § 14b Abs. 4) mit der standardmässigen Implementierung des Normkostenmodells für die Pflegekosten führt in der Konsequenz dazu, dass sowohl die Patientinnen und Patienten, als auch die Gemeinden vor übermässig hohen Restkosten geschützt werden, womit insgesamt ein Minderaufwand resultieren dürfte. Die neu vorgesehene Möglichkeit, auch im Bereich der übrigen Kosten (Betreuungs-, Pensionstaxen) von staatlicher Seite gegen zu hohe Kosten intervenieren zu können, wirkt sich auf die Patientinnen und Patienten als Selbstzahlende, auf den Kanton als Kostenträger der Ergänzungsleistungen sowie auf die Gemeinden als Kostenträger von allenfalls notwendiger Sozialhilfe entlastend (Minderaufwand) aus.

1. Ergebnis der 1. Beratung

Der Grosse Rat hat die Änderung des Pflegegesetzes (PflG) am 16. und 30. November 2010 beraten. Wesentliche Änderungen gegenüber den Vorschlägen des Regierungsrats waren:

- Einführung einer Patientenbeteiligung von 20 % im ambulanten Bereich.
- Präzisierung, dass nur die administrativen Kosten des Betriebs der kantonalen Clearingstelle an die Gemeinden weiterverrechnet werden dürfen.
- Einräumung eines Vorschlagsrechts an die Gemeinden für die Besetzung des Gremiums, das die kantonale Clearingstelle beaufsichtigen soll.
- Erhöhung der anerkannten Tagestaxe im Ergänzungsleistungsbereich (zurzeit Fr. 150.–) nicht nur um die Hilflosenentschädigung, sondern zusätzlich auch um die Patientenbeteiligung.

In der Gesamtabstimmung wurde die Änderung des Pflegegesetzes in 1. Beratung mit 105 zu 10 Stimmen gutgeheissen.

2. Prüfungsaufträge

2.1 Prüfungsauftrag Pascal Furer (Allgemeines)

Der Prüfungsauftrag von Grossrat Pascal Furer lautet:

"Auf die zweite Lesung ist transparent darzulegen, wer mit wem welche Taxen und Tarife verhandelt und wie der Finanzierungsmechanismus über die gesamten Pflegekosten genau funktioniert. Zudem soll der Gesetzestext überprüft werden, ob er diesen Mechanismus in genügender Deutlichkeit abbildet."

2.1.1 Ergebnis der Überprüfung

Im Folgenden wird nachstehende Terminologie verwendet:

- Tarife für den Bereich der Pflegekosten
- Taxen für den Bereich der übrigen Kosten (Betreuungskosten, Pensionskosten)

a) Ausgangslage

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf Bundesebene wird die Kostenaufteilung zwischen Versicherern, Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezügern sowie öffentlicher Hand für die KVG (Bundesgesetz über die Krankenversicherung, KVG)-pflichtigen Pflegeleistungen neu geregelt. Absicht des Bundesgesetzgebers war es, die Beteiligung der Krankenversicherer an den Kosten der stationären Pflege auf dem bisherigen Niveau (ca. 60 %) zu belassen und die restlichen Pflegekosten (ca. 40 %) den Patientinnen und Patienten auf der einen Seite und dem Kanton beziehungsweise den Gemeinden auf der anderen Seite zu überbinden. Das Bundesrecht regelt die Beiträge, die von den Krankenversicherern übernommen werden müssen.

- Art. 25a KVG regelt die Pflegeleistungen bei Krankheit
- Art. 7 KLV (Verordnung des EDI über Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung [Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV] regelt den Leistungsbereich
- Art. 7a KLV regelt die Beiträge der Versicherungen

Demgegenüber muss im Pflegegesetz lediglich noch bestimmt werden, wer die restlichen Pflegekosten (vgl. Art. 25a Abs. 5 KVG) zu tragen hat.

b) Verhandlungen und Verhandlungspartner

Indem der Bundesgesetzgeber die von den Krankenversicherern zu übernehmenden Beiträge im Pflegebereich abschliessend festgelegt hat (Art. 7a KLV), sind Verhandlungen und Tarifvereinbarungen zwischen den Leistungserbringern auf der einen Seite und den Krankenversicherern auf der anderen Seite nicht mehr notwendig.

c) Finanzierung

Zu den restlichen Pflegekosten enthält das aargauische Pflegegesetz zwei Regelungen. Zum einen wird die Höhe der Patientenbeteiligung (Maximum) festgelegt (§ 14a Abs. 1 PflG). Zum anderen wird für die Bestimmung der Restkosten ein normativer Ansatz in Form einer kantonalen Tarifordnung gewählt (§ 14a Abs. 2 PflG). Für die Restkosten der Pflege gelten somit Normkosten gemäss kantonaler Tarifordnung, die sich an den Kosten einer wirtschaftlich geführten stationären Pflegeeinrichtung orientieren sollen. Damit wird sichergestellt, dass die Gemeinden als Restkostenfinanzierer nicht überhöhte Restkosten bezahlen müssen. Pflegekosten und Restkosten werden damit vergleichbar.

Davon zu unterscheiden sind die ausserhalb des KVG entstehenden Kosten (sogenannte übrige Kosten). Die Taxen im Bereich der übrigen Kosten (Pension und Betreuung) sind ausschliesslich vertraglich zwischen Leistungserbringer und Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezügern (Bewohnerin/Bewohner) geregelt. Den zuständigen Organen der Trägerschaft (Verein, Stiftung, Aktiengesellschaft) müssen die definierten Taxen zur Beurteilung (Genehmigung oder Ablehnung) vorgelegt werden. Die Finanzierung der übrigen Kosten ist in § 14b PflG abgebildet. Demgemäss sind die übrigen Kosten grundsätzlich durch die Be-

wohnerinnen und den Bewohner zu tragen, subsidiär erfolgt die Finanzierung über Ergänzungsleistungen durch den Kanton. In einem neuen § 14b Abs. 4 PflG soll dem Regierungsrat die Kompetenz erteilt werden, bei deutlich abweichenden branchen- und ortsüblichen Taxen auch in diesem Bereich intervenieren zu können und die Taxen vorübergehend zu limitieren.

Eine Übersicht über die Finanzierung ergibt sich aus der nachfolgenden Tabelle.

Pension Zahlungspflicht	Betreuung Zahlungspflicht	Pflege nach KVG Zahlungspflicht	Zuständigkeiten Verträge, Taxen, rechtliche Grundlagen
Bewohnerin/Bewohner Taxe gemäss Pensionsvertrag Mittel: <ul style="list-style-type: none"> – AHV Rente – Renten aus PK – Zins aus Vermögen – Vermögensverzehr – Hilflosenentschädigung – Ergänzungsleistungen 	Bewohnerin/Bewohner Taxe gemäss Pensionsvertrag Mittel: <ul style="list-style-type: none"> – AHV Rente – Renten aus PK – Zins aus Vermögen – Vermögensverzehr – Hilflosenentschädigung – Ergänzungsleistungen 	Bewohnerin/Bewohner Beitrag limitiert gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG Mittel: <ul style="list-style-type: none"> – AHV Rente – Renten aus PK – Zins aus Vermögen – Vermögensverzehr – Hilflosenentschädigung – Ergänzungsleistungen 	Leitung des Pflegeheims Vorschlag der Taxen von Pension und Betreuung (bei der Pflege nach KVG ist nur die Beteiligung der Bewohnerinnen/Bewohner gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG definierbar). Ansonsten gilt bei Pflege nach KVG die kantonale Tarifordnung (§ 14a Abs. 4 PflG) Trägerschaft/Kontrollorgan des Pflegeheimes Prüfung/Genehmigung der Taxen Bewohnerin/Bewohner Pensionsvertrag mit dem Pflegeheim
		Öffentliche Hand Restkosten	Kanton Art. 25a Abs. 5 KVG § 14a PflG Kantonale Tarifordnung gemäss § 14a Abs. 2 PflG
		Obligatorische Krankenversicherung Beitrag gemäss Art. 7a KLV	Bundesrecht Art. 25a KVG Art. 7 KLV Art. 7a KLV

2.1.2 Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die aufgrund des Prüfungsauftrags von Grossrat Pascal Furer vorgenommenen Abklärungen bestätigt haben, dass der Gesetzestext, soweit dies von Bundesrecht her erforderlich und zulässig ist, die notwendigen Regelungen insbesondere zum Finanzierungsmechanismus enthält.

2.2 Prüfungsauftrag Lilian Studer (§ 4 Abs. 4)

Grossrätin Lilian Studer stellt den Prüfungsantrag, § 4 Abs. 4 wie folgt zu ergänzen:

"Mit der Pflegeheimkonzeption kann der Regierungsrat geeigneten stationären Leistungserbringern einen speziellen Leistungsauftrag, wie namentlich für Akut- und Übergangspflege, Gerontopsychiatrie, die Pflege von Schwerstpflegebedürftigen, Langzeitpflege für jüngere Patienten oder spezialisierte Palliative Care in dafür geeigneten Kompetenzzentren, erteilen."

Die Auftragsstellerin beabsichtigt, in § 4 Abs. 4 PflG auch die Langzeitpflege für jüngere Patientinnen und Patienten zu integrieren. Sie begründet den Auftrag damit, dass es in diesem Absatz um eine Aufzählung für spezielle Leistungsaufträge gehe und im Bereich der Langzeitpflege für jüngere Patientinnen und Patienten seit längerem Handlungsbedarf bestehe. Dies müsse übergeordnet angesehen und es müsse übergeordnet gehandelt werden. Es brauche Pflegestationen, die sich zuständig fühlen und diesen Personengruppen im Speziellen gerecht werden. Es gehe nicht an, dass jüngere Patientinnen und Patienten bis zum Lebensende oder jedenfalls viele Jahre ausschliesslich mit älteren Patientinnen und Patienten zusammenleben müssten.

2.2.1 Ergebnis der Überprüfung

Grundlagen in der Pflegeheimkonzeption 2009 des Kantons Aargau

Jüngere Pflegebedürftige, die Pflege in einem Ausmass benötigen, dass ein Heimeintritt nötig ist, sind in der Regel behindert und beziehen eine IV-Rente. "Als behindert gelten Menschen, die aufgrund von Beeinträchtigungen körperlicher, sprachlicher, sensorischer, geistiger, psychischer oder sozialer Art so stark benachteiligt sind, dass ihre Teilnahme an Bildung, Erwerbsleben oder Gesellschaft erschwert oder verunmöglicht ist" (§ 3 Abs. 2 des Betreuungsgesetzes des Kantons Aargau). Im Normalfall befinden sie sich bis zum Erreichen des Rentenalters in einer stationären Einrichtung beziehungsweise einem Wohnheim für erwachsene Menschen mit Behinderungen und werden in diesem Rahmen beschäftigt und betreut. Trotzdem lebten gemäss SOMED-Statistik (Statistik für sozialmedizinische Institutionen) am 31. Dezember 2007 40 Personen, die jünger als 50 Jahre sind, in aargauischen Pflegeheimen. Dieser Zustand ist aus der Optik einer adäquaten Versorgung unbefriedigend. Jüngere Pflegebedürftige sind in einer gemischten Abteilung mit Pflegebedürftigen im AHV-Alter nicht optimal platziert. Für die altersunabhängige Pflege und Betreuung von Menschen mit besonderen Erkrankungen wie Multiple Sklerose, Tetraplegie und andere ist in Zukunft ebenfalls eine befriedigende Lösung zu finden. Im Sinn einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung stellt sich daher die planerische Grundsatzfrage, wer für die Langzeitkrankenpflege von jüngeren Menschen mit Behinderungen zuständig sein soll. Folgende zwei Lösungswege bieten sich an:

Variante "Betreuung im Wohnheim für Menschen mit Behinderungen"

Wohnheime für Menschen mit Behinderungen bauen selber eine entsprechende Infrastruktur auf und eröffnen eine Pflegeabteilung im Sinn des KVG. Sie bieten darin entsprechend qualifizierte und finanzierte Leistungen an. Später haben Bewohnerinnen und Bewohner im Rentenalter, aufgrund kantonaler Zusicherungen beziehungsweise im Sinn einer Besitzstandswahrung, auch bei Pflegebedürftigkeit im Alter ein Anrecht auf lebenslangen Aufenthalt im Wohnheim. Allerdings ist zu bedenken, dass in den nächsten Jahren die Zahl der Menschen mit Behinderungen, welche ins AHV-Alter kommen und pflegebedürftig werden, die Möglich-

keiten der Wohnheime überschreiten könnte. Wohnheime für Menschen mit Behinderungen, die aufgrund ihrer Bewohnerstruktur und der entsprechenden Pflegeinfrastruktur die Voraussetzungen eines Pflegeheims erfüllen, können bei dieser Variante bei der zuständigen Aufsichtsbehörde des Kantons eine Pflegeheimbewilligung beantragen. Im positiven Fall und sofern der Bedarf bejaht wird, würden diese mit ihrer Pflegeabteilung ebenfalls auf der Pflegeheimliste des Kantons aufgeführt.

Variante "Betreuung im Pflegeheim"

Als alternative Lösung wechseln die jüngeren, pflegebedürftigen Menschen mit einer Behinderung in ein KVG-Pflegeheim und werden dort wie andere Bewohner gepflegt und betreut. Dieses Angebot gehört bei Pflegeheimen gemäss KVG zur Kernaufgabe. Allerdings sind sie in der Regel nicht auf diese Altersgruppe vorbereitet und eingerichtet.

Für die Pflege und Betreuung von jüngeren pflegebedürftigen Menschen in KVG-Pflegeheimen sind zwei Angebote denkbar. Es ist bereits heute so, dass einzelne jüngere Menschen mit einem dauerhaften Pflegebedarf in Alters- und Pflegeheimen leben (2007: 40 Personen unter 50 Jahren). Dies hat verschiedene Gründe. Der Grund kann im fehlenden spezialisierten Angebot liegen. Seit Sommer 2010 ist jedoch das Wohnhaus Aargau in Baden-Dättwil eröffnet und es wurden damit die fehlenden Kapazitäten reduziert. Ein wichtiger und häufiger Grund ist aber der Wunsch von pflegebedürftigen jüngeren Menschen beziehungsweise deren Angehörigen, in der Nähe des Wohnorts gepflegt zu werden. Bei einzelnen jüngeren Menschen ist es schwieriger, ein zielgruppenorientiertes Umfeld zu schaffen. Die jüngeren Menschen werden in einem geriatrischen Umfeld leben, was sicher nicht optimal ist, aber allenfalls durch den Umstand kompensiert wird, dass die Angehörigen und der bisherige Wohnort beziehungsweise das Umfeld nah sind. Entsprechend ist es wichtig, dass auch weiterhin die Möglichkeit besteht, dass Pflegeheime auch einzelne jüngere pflegebedürftige Menschen aufnehmen können. Dafür braucht es keine spezielle Regelung.

Einer speziellen Regelung bedarf es hingegen für die zweite Möglichkeit, nämlich die Schaffung eines spezialisierten Angebots für jüngere pflegebedürftige Menschen in bestehenden Pflegeeinrichtungen. In diesem Fall wird es besser möglich sein, ein zielgruppengerechtes Umfeld zu schaffen. Voraussetzung für einen Leistungsauftrag müsste hier die konzeptionelle Ausrichtung auf die Zielgruppe der jüngeren pflegebedürftigen Menschen sein. Es ist aber bei beiden Angeboten wichtig, dass die speziellen Ansprüche von jüngeren pflegebedürftigen Menschen definiert und konzeptionell umgesetzt werden.

2.2.2 Fazit

In § 4 Abs. 4 werden die möglichen speziellen Leistungen namentlich erwähnt und nicht abschliessend aufgezählt. Die explizite Nennung vereinfacht es dem Regierungsrat, für eine definierte Zielgruppe mit einem Leistungsauftrag ein adäquates Angebot für die Pflege jüngerer Personen in einer Institution nach Pflegegesetz zu schaffen. Die Schaffung eines Angebots im Rahmen des Betreuungsgesetzes bleibt dennoch bestehen. Im Sinn des Prüfungsauftrags wurde § 4 Abs. 4 PflG entsprechend ergänzt.

2.3 Prüfungsauftrag Roland Agustoni (§ 12a ff.)

Der Prüfungsauftrag von Grossrat Roland Agustoni lautet:

"Auf die zweite Lesung sei in der Kommission auch die Problematik der verschiedenen privaten Leistungserbringer nochmals zu überprüfen."

Im Zusammenhang mit diesem Prüfungsauftrag stellen sich verschiedene Fragen:

1. Sind kommunale Aufträge beziehungsweise Leistungsvereinbarungen in der Pflegefinanzierung überhaupt zulässig?
2. Welche Leistungserbringer für die Pflege zu Hause umfasst § 12a PflG?
3. Wird den privaten Leistungserbringern Genüge getan?

a) Zulässigkeit von kommunalen Aufträgen beziehungsweise Leistungsvereinbarungen

§ 12a Abs. 1 PflG in der bisherigen Fassung unterscheidet zwischen "im Auftrag" und "ohne Auftrag" der Gemeinden tätigen Leistungserbringern. Von der Restkostenfinanzierung sollen nur die beauftragten Leistungserbringer profitieren können.

In diesem Zusammenhang gilt es zuerst die Natur der Restkosten darzulegen. Gemäss Art. 25a KVG werden die Pflegekosten auf die Krankenversicherung, den Patienten und den Kanton verteilt. Der Kanton (beziehungsweise gemäss kantonsinterner Lastenverteilung die Gemeinde am zivilrechtlichen Wohnsitz der Patientin beziehungsweise des Patienten) hat dabei im Rahmen der Restkostenfinanzierung für die nicht von der Krankenversicherung und den Patientinnen und Patienten gedeckten Pflegekosten aufzukommen.

Der Umfang der Pflegeleistungen an sich wird von der neuen Pflegefinanzierung nicht in Frage gestellt. Dieser ist auch unter der neuen Kostentragungsregel in Art. 7 KLV abschliessend festgelegt.

Würden die betroffenen Personen nur bei Wahl von beauftragten Leistungserbringern in den Genuss der Restkostenfinanzierung durch die öffentliche Hand kommen, widerspräche dies der neuen Kostentragungsregel und käme faktisch einer unzulässigen Einschränkung des Wahlrechts gleich. Dies ist umso problematischer, als die vom Kanton gemäss Art. 25a KVG zu zahlenden Restkosten nicht als Subventionen, sondern als versicherungsähnliche Leistungen zu klassifizieren sind. Im Grundsatz wird der Kanton zum Versicherungsträger, welcher sich an den Pflegekosten aller nach KVG zugelassener Leistungserbringer beteiligen muss.

Unter Miteinbezug dieser Erwägungen wird die nachfolgend beschriebene Änderung vorgeschlagen. Zentral ist, dass bei der konkreten kommunalen Pflegekostenbeteiligung zwischen Leistungserbringern mit Leistungsvereinbarung (siehe § 12b PflG) und ambulanten Leistungserbringern ohne Leistungsvereinbarung (siehe § 12c PflG) unterschieden wird. Der neue § 12a PflG regelt indes die Finanzierung der Pflegekosten in grundsätzlicher Hinsicht. Auf den Begriff "Leistungsauftrag" wird bewusst verzichtet, weil diesem im KVG eine eigenständige Bedeutung im Zusammenhang mit dem Spitalistenverfahren zukommt. Da wird unter Leistungsauftrag die Zuteilung eines Leistungsspektrums verstanden.

Leistungserbringer mit Leistungsvereinbarung

Zur Sicherstellung eines bedarfsgerechten ambulanten Angebots für die Pflege zu Hause gemäss § 12 Abs. 2 und 3 PflG schliessen die Gemeinden wie gehabt mit einem oder mehreren geeigneten Leistungserbringern eine Leistungsvereinbarung ab. Im Rahmen der Leistungsvereinbarung haben die Gemeinden zur Sicherstellung der Kostentransparenz zwischen der Tarifierung für die Restkosten nach Art. 25a Abs. 5 KVG und der Abgeltung für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen zu unterscheiden. Darunter fallen zum Beispiel Leistungen in Verbindung mit der Sicherstellung des Mindestangebots wie Aufnahmepflicht, Bereitschaftsdienst, Beratungsleistungen ausserhalb des KVG etc. Ergänzend wurde aus Gründen der Rechtssicherheit festgehalten, dass bei fehlender Einigkeit der Regierungsrat einen begründeten Entscheid erlässt.

Leistungserbringer ohne Leistungsvereinbarung

Gemäss dem Vorgesagten gilt die kommunale Beteiligungspflicht an den Pflegekosten für alle zugelassenen Leistungserbringer, also auch für Leistungserbringer ohne Leistungsvereinbarung. Um die finanzielle Belastung der Gemeinden in Grenzen zu halten und aus Gründen der Rechtssicherheit wird in § 12c Abs. 1 PflG vorgeschlagen, die entsprechende Beteiligung in Form eines Pauschalbetrags festzulegen. Dieser bestimmt sich aus den bei einer wirtschaftlichen Arbeitsweise anfallenden Normkosten. Da die Normkosten dem Kanton nicht vorliegen, sollen diese – nach dem Vorbild anderer Kantone – in Zusammenarbeit mit den zuständigen Leistungserbringer-Vereinigungen erarbeitet werden.

Was die konkrete Finanzierung der Restkosten seitens der Gemeinden betrifft, sind sowohl Leistungsbringer mit als auch Leistungserbringer ohne Leistungsvereinbarung aufgrund von § 19 Abs. 2 PflG verpflichtet, den Gemeinden die zur Leistungsausrichtung erforderlichen Informationen und Daten zur Verfügung zu stellen.

Fazit

Die neue Regelung sichert den Gemeinden im Rahmen der rechtlichen Zulässigkeit das höchstmögliche Mitspracherecht zu. Sie sind weiterhin verantwortlich für die Sicherstellung des Mindestangebots und können entsprechend planen und Leistungsvereinbarungen abschliessen.

Die offene Formulierung von Art. 25a Abs. 5 KVG lässt eine unterschiedliche Abgeltungsmethode für die Pflegerestkosten bei Leistungserbringern mit Leistungsvereinbarung und ohne Leistungsvereinbarung durchaus zu. Wichtig ist, dass alle zugelassenen Leistungserbringer in den Genuss der Restkostenfinanzierung nach KVG kommen. Diese Vorgabe ist mit der neu vorgeschlagenen Regelung erfüllt und damit die Wahlfreiheit der betroffenen Personen gewährleistet.

Die vorgeschlagene Regelung, allen zugelassenen Leistungserbringern einen Anspruch auf die Restkosten zuzugestehen, wurde von praktisch allen Kantonen umgesetzt. Sie entspricht zudem dem klaren Statement des Bundesrats zur Regelung der Restfinanzierung. Dieser hat am 17. Dezember 2010 in Beantwortung der Motion von Nationalrat Rudolf Joder "Gegen eine diskriminierende Umsetzung der Pflegefinanzierung" nämlich erklärt, dass alle Versicherten Anspruch auf die Restkostenfinanzierung haben sollen, unabhängig von der Art der

Trägerschaft der Organisation für Krankenpflege und Hilfe zu Hause, bei der sie die Leistungen nach KVG beziehen. Die Kantone müssten die Restfinanzierung so regeln, dass es nicht zu Ungleichbehandlungen der Versicherten komme.

b) Integration von Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

Gemäss § 12 Abs. 1 PflG sind als Leistungserbringer für die Pflege zu Hause Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause mit Bewilligung des Kantons zu verstehen. Damit fallen die Pflegefachleute aktuell nicht unter die Finanzierungsregelung von § 12a ff. PflG. Da die Restkostenfinanzierung von Art. 25a Abs. 5 KVG jedoch auch die Leistungen von Pflegefachleuten betrifft, sollten sie im Pflegegesetz als offizielle Leistungserbringer aufgeführt werden. Selbstverständlich kommen dafür von vornherein nur Pflegefachleute mit einer Berufsausübungsbewilligung des Kantons in Frage (siehe § 10 Abs. 1 Verordnung über die Berufe, Organisationen und Betriebe im Gesundheitswesen [VBOB] i.V.m. § 4 Gesundheitsgesetz [GesG]). Durch das einheitliche kantonale Bewilligungs- beziehungsweise Akkreditierungsverfahren, welches über die Anforderungen an selbstständige Pflegefachleute im Zusammenhang mit einer KVG-Zulassung hinausgeht, kann sichergestellt werden, dass die selbstständig tätigen Pflegefachleute die notwendige Qualifikation für die Leistungserbringung mitbringen.

Fazit

Mit der Aufnahme der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner mit Bewilligung des Kantons in § 12 Abs. 1 lit. c PflG als eigenständige Leistungserbringerkategorie gelten die in §§ 12a ff. PflG statuierten Finanzierungsregeln auch für die Pflegefachleute. Das heisst auch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ohne Leistungsvereinbarung haben Anspruch auf eine kommunale Beteiligung an den Pflegekosten gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG.

c) Einbezug von privaten Leistungserbringern für die Pflege zu Hause

Ein KVG-immanenter Grundsatz verlangt die Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Leistungserbringern.

Mit der vorgeschlagenen neuen Regelung im Pflegegesetz haben sowohl Leistungserbringer mit Leistungsvereinbarung als auch Leistungserbringer ohne Leistungsvereinbarung, sowohl öffentliche Leistungserbringer als auch private Leistungserbringer, sowohl Spitex-Organisationen als auch selbstständige Pflegefachleute Anspruch auf die Restkostenfinanzierung. Die Gleichbehandlung aller Leistungserbringer im Sinn des KVG ist somit gewährleistet.

Es steht den privaten Leistungserbringern sodann frei, sich für weitergehende Aufgaben zu bewerben. Das Pflegegesetz schreibt nicht vor, dass die Gemeinden zur Erfüllung ihres Mindestversorgungsauftrags nur die öffentlichen Leistungserbringer berücksichtigen dürfen. In- des haben sie die freie Wahl unter den geeigneten Leistungserbringern, unter welchen sich durchaus auch private Leistungserbringer befinden können.

Fazit

Mit der vorgeschlagenen neuen Formulierung von §§ 12a ff. PflG ist die Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Leistungserbringern gewährleistet.

2.4 Prüfungsauftrag Beatrice Beck (§ 12a)

Der Prüfungsauftrag von Grossrätin Beatrice Beck lautet:

"Zuhanden der 2. Beratung sei zu prüfen, ob bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren auf die Erhebung einer Patientenbeteiligung verzichtet werden kann."

Das Angebot von Kinderspitex beziehungsweise Pflegeleistungen ist Bestandteil des gesetzlich festgelegten Mindestangebots (§ 12 Abs. 3 PflG und § 8 Abs. 3 Pflegeverordnung [PflV]) und wird aktuell von drei interkantonal tätigen, auch im Aargau zugelassenen Kinderspitex-Organisationen angeboten. Mit diesem Angebot können Säuglinge, Kinder und Jugendliche trotz Krankheit, Unfall, Geburtsgebrechen oder Behinderung im Familiensystem leben. Voraussetzung ist, dass ein Teil der Betreuung rund um die Uhr von den Angehörigen übernommen werden kann.

Die Gemeinden leisten auf der Grundlage von Leistungsvereinbarungen eine Restfinanzierung pro geleistete Pflegestunde. Die Beträge werden vom Spitex-Verband Aargau mit den Leistungserbringern ausgehandelt und den Gemeinden im Sinn einer Empfehlung zur Verfügung gestellt.

Betreffend Mengengerüst der geleisteten Pflegestunden der zugelassenen Kinderspitex-Organisationen sind aktuell und kantonsbezogen ausschliesslich Daten von Kinderspitex Nordwestschweiz (NWCH) verfügbar. Ihre Statistik 2009 belegt, dass > 90 % der Pflegestunden bei Kindern und Jugendlichen über die Invalidenversicherung (IV) und < 10 % über die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechnet werden.

Die IV kennt keine finanzielle Beteiligung des Leistungsempfängers. Dies bedeutet, dass lediglich Kinder und Jugendliche, deren Pflegeleistungen über OKP abgerechnet werden, eine Beteiligung leisten müssten. Mit dem Verzicht auf eine Patientenbeteiligung bei Kindern und Jugendlichen könnte die Gleichbehandlung von IV- und KVG-Patienten realisiert werden (bei Kindern wird im KVG-Bereich auch auf die Erhebung einer Franchise verzichtet). Zudem könnte verhindert werden, dass für die Eltern, die bereits einen nicht unerheblichen Betreuungsaufwand haben, nicht auch noch eine zusätzliche finanzielle Belastung entsteht.

Fazit

Vor diesem Hintergrund ist der Regierungsrat der Auffassung, dass es richtig ist, bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Altersjahr auf die Erhebung einer Patientenbeteiligung zu verzichten (vgl. den neuen § 12a Abs. 3 PflG). Ausgehend von den erwähnten statistischen Angaben dürften die daraus resultierenden Mehrkosten für die Gemeinden insgesamt marginal sein, der Verzicht auf eine Beteiligung für die betroffenen Eltern aber eine wichtige Entlastung bedeuten.

2.5 Prüfungsauftrag Eva Eliassen (§ 12a)

Der Prüfungsauftrag von Grossrätin Eva Eliassen lautet:

"Der Regierungsrat soll auf die 2. Beratung Zahlen vorlegen, die aufzeigen, was 10 %, 20 % oder keine Patientenbeteiligung für die Betroffenen bedeutet."

2.5.1 Ergebnis der Überprüfung

Im Gegensatz zum stationären Bereich werden die ambulanten Pflegeleistungen gemäss Art. 7 KLV als Einzelleistungen in Fünf-Minuten-Rundungen erfasst und in Rechnung gestellt. Der Bedarf an Leistungen kann je nach Patientensituation unregelmässig sein, respektive es kann an unterschiedlichen Tagen ein Bedarf an unterschiedlichen Leistungen bestehen. Die Leistungen werden elektronisch erfasst und erscheinen auf der Leistungserfassung und Rechnung als entsprechende Leistungsart in Zeiteinheiten pro Tag. Die Erhebung einer allfälligen Patientenbeteiligung setzt eine entsprechende Software voraus. Genaue Angaben zur eigentlichen Höhe der finanziellen Belastung der Leistungsempfänger sind retrospektiv.

a) Patientenbeteiligung im Grundsatz

Leistungsart a) b) c) Beitrag Versicherer/Std.	Patientenbeteiligung pro Pflegerstunde			Erhebung pro rata temporis
	bei Verzicht	bei 10 %	bei 20 %	
a) Abklärung und Beratung Beitrag Versicherer Fr. 79.80/Std.	0	7.98	15.96	Anteilmässig entsprechend der zeitlichen Dauer der Leistungs- erbringung
b) Untersuchung und Behandlung Beitrag Versicherer Fr. 65.40/Std.	0	6.54	13.08	
c) Grundpflege Beitrag Versicherer Fr. 54.60/Std.	0	5.46	10.92	

Die Kostenbeteiligung beträgt pro Tag im Maximum 20 % des höchsten vom Bundesrat festgelegten Pflegebeitrags gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV: bei 10 % Fr. 7.98; bei 20 % Fr. 15.96

b) Einflussfaktoren auf die Höhe der finanziellen Beteiligung

Die Höhe der finanziellen Beteiligung ist abhängig von

- der Leistungsart (Abklärung und Beratung, Untersuchung und Behandlung, Grundpflege)
- dem Zeitbedarf pro Leistungsart (tägliche Unterschiede möglich)
- der Häufigkeit des Bedarfs (Bandbreite von Bedarf einmal wöchentlich bis täglich)

Im nachfolgenden Patientenbeispiel mit einem progressiven Krankheitsverlauf und entsprechender Zunahme des Bedarfs an Pflegeleistungen wird die neue finanzielle Belastung für den Patienten aufgezeigt.

Im Weiteren ist ersichtlich, wie sich eine Zunahme des Pflegebedarfs finanziell auswirkt. Ein Verzicht auf eine Beteiligung hätte dem Status quo entsprochen, das heisst dem Patienten wären wie bis anhin für die effektiven Pflegeleistungen keine zusätzlichen Kosten erwachsen.

c) Beispiel Patienten-Situation: 74-jähriger Patient, Hauptdiagnose Diabetes mellitus

Pflege-Phase 1

Der Patient ist noch weitgehend selbstständig, bedingt durch eine Sehschwäche kann er sich die Insulin-Injektion nicht selber verabreichen.

Leistung erbracht durch Spitex:

- Insulininjektion täglich, 15 Min.

Leistungsart/ Beitrag Versicherer	Zeitbe- darf/Tag	Beitrag Ver- sicherer/Tag	Finanzielle Beteiligung des Patienten (in Franken)					
			pro Tag		pro 30 Tage		pro 365 Tage	
			10 %	20 %	10 %	20 %	10 %	20 %
Leistungsart b) Fr. 65.40/Std.	15 Min.	Fr. 16.35	1.64	3.28				
Total		Fr. 16.35	1.64	3.28	49.20	98.40	598.60	1'197.20

Pflege-Phase 2

Beginnende Einschränkung der Mobilität und dadurch Abnahme der Selbstständigkeit. Die Betreuung durch Angehörige wird notwendig.

Leistungen erbracht durch Spitex

- täglich: Insulininjektion
- täglich: Unterstützung in der Körperpflege und beim Ankleiden, jeweils morgens, 35 Min

Leistungsart/ Beitrag Versicherer	Zeitbe- darf/Tag	Beitrag Ver- sicherer/Tag	Finanzielle Beteiligung des Patienten (in Franken)					
			pro Tag		pro 30 Tage		pro 365 Tage	
			10 %	20 %	10 %	20 %	10 %	20 %
Leistungsart b) Fr. 65.40/Std.	15 Min.	Fr. 16.35	1.64	3.28				
Leistungsart c) Fr. 54.60/Std	35 Min.	Fr. 31.85	3.19	6.38				
Total		Fr. 48.20	4.83	9.66	144.90	289.80	1'762.95	3'525.90

Pflege-Phase 3

Zunehmende Einschränkung der Mobilität und teilweiser Verlust der Gehfähigkeit, im Haus noch mobil mit Gehhilfe, ausser Haus im Rollstuhl.

Die Betreuung und Pflege durch Angehörige ist rund um die Uhr notwendig.

Leistungen erbracht durch Spitex

- täglich: Insulininjektion
- täglich, morgens: Unterstützung in der Körperpflege, beim Ankleiden und Verlassen des Betts, 55 Min.
- täglich, abends: Transfer in das Bett, 20 Min.

Leistungsart/ Beitrag Versicherer	Zeitbe- darf/Tag	Beitrag Ver- sicherer/Tag	Finanzielle Beteiligung des Patienten (in Franken)					
			pro Tag		pro 30 Tage		pro 365 Tage	
			10 %	20 %	10 %	20 %	10 %	20 %
Leistungsart b) Fr. 65.40/Std.	15 Min.	Fr. 16.35	1.64	3.28				
Leistungsart c) Fr. 54.60/Std	75 Min.	Fr. 68.25	6.83	13.66				
Total		Fr. 84.60	8.47 max. 7.98	16.94 max. 15.96	254.10 max. 239.40	508.20 max. 478.80	3'091.55 max. 2'912.70	6'183.10 max. 5'825.40

Mit diesem Bedarf an Pflegeleistungen ist die maximale Patientenbeteiligung gemäss Art. Abs. 5 KVG überschritten. Der Patientin beziehungsweise dem Patienten wird der maximal mögliche Anteil in Rechnung gestellt.

Die finanzielle Beteiligung Pflege-Phasen 1–3

Pflege-Phase	Finanzielle Beteiligung des Patienten (in Franken)					
	pro Tag		pro 30 Tage		pro 365 Tage	
	10 %	20 %	10 %	20 %	10 %	20 %
Pflege-Phase 1	1.64	3.28	49.20	98.40	598.60	1'197.20
Pflege-Phase 2	4.83	9.66	144.90	289.80	1'762.95	3'525.90
Pflege-Phase 3	7.98	15.96	239.40	478.80	2'912.70	5'825.40

Die Zahlen des unter Ziffer 2.5.1 aufgeführten Patientenbeispiels zeigen die neue finanzielle Eigenleistung bei einer Bandbreite eines Pflegedarfs von 15 Minuten bis zu 90 Minuten pro Tag und dies bei einer Beteiligung von 10 % oder 20 %.

2.5.2 Fazit

Der Regierungsrat beantragte in der Botschaft zur 1. Beratung im Grossen Rat vom 30. November 2010, auf die Patientenbeteiligung bei ambulanten Leistungen zu verzichten. Er war damals und ist auch heute noch der Auffassung, dass es auf Gesetzesebene konkreter Anreize und Massnahmen bedarf, um strategischen und konzeptionellen Grundsätzen Nachachtung zu verschaffen. Relevant sind insbesondere der Grundsatz, "ambulant vor stationär", der in der übergeordneten Strategie und in Strategie 16 der GGpl (Oktober 2010) postuliert wird und die entsprechenden Ausführungen in der Pflegeheimkonzeption (Mai 2010). Kommt hinzu, dass der Grosse Rat am 30. November 2010 das (10.140) Postulat Urs Leuenberger, CVP, Widen, betreffend Schaffung von Anreizsystemen im Gesundheitswesen überwiesen hat. Weil zusätzliche Anreize über das Steuerrecht beziehungsweise ein neuer Steuerabzug aufgrund des übergeordneten Bundesrechts nicht möglich sind, stehen anderweitige Massnahmen zur Entlastung von pflegenden Angehörigen im Vordergrund. Dabei ist an die familienergänzende Kinderbetreuung ebenso zu denken wie an Entlastungsdienste, die es Angehörigen von kranken-, pflege- oder betreuungsbedürftigen Menschen erlauben, ihre freiwillige Arbeit zu leisten, ohne die eigenen Bedürfnisse vernachlässigen und die eigenen Kräfte überstrapazieren zu müssen. Der Regierungsrat weist zudem darauf hin, dass in der Umsetzung sowohl die sich verändernden individuellen Bedürfnisse der älter werdenden Bevölkerung als auch die sich daraus ergebenden gesellschaftlichen Auswirkungen zu berücksichtigen sind. Wichtig ist dabei eine mittel- bis langfristige statt eine kurzfristige Optik über sämtliche Effekte einer nachhaltigen Alterspolitik.

Die 1. Beratung des Pflegegesetzes im Grossen Rat hat gezeigt, dass der Verzicht auf eine Patientenbeteiligung im ambulanten Bereich nicht mehrheitsfähig ist. Der Regierungsrat anerkennt den Entscheid des Grossen Rates und passt § 12a Abs. 2 entsprechend an.

2.6 Prüfungsauftrag Peter Schuhmacher (§ 12a Abs. 2)

Der Prüfungsauftrag von Grossrat Dr. Peter Schuhmacher lautet:

"Auf die 2. Beratung ist die Formulierung von Absatz 2 zu überprüfen, insbesondere – Ist die Patientenbeteiligung an den Kosten ein KANN- oder ein MUSS-Prinzip? – Ist die >pro rata temporis-Regel< selbst erklärend? – Braucht es ein Dekret oder eine Verordnung?"

Die von Grossrat Dr. Peter Schuhmacher aufgeworfenen Fragen lassen sich wie folgt beantworten:

1. Die Patientenbeteiligung ist ein Kann-Prinzip, das heisst der Kanton kann sie einführen und die Höhe des Prozentsatzes festlegen. Dies ergibt sich direkt aus Art. 25a Abs. 5 KVG.
2. Der Begriff "pro rata temporis" ("zeitanteilig") ist als solcher klar und bedeutet, dass die Patientenbeteiligung anteilmässig entsprechend der zeitlichen Dauer der Dienstleistung festgesetzt wird.
3. Sofern es überhaupt ausführende Bestimmungen hierzu braucht, würden diese auf Verordnungsstufe erlassen.

Gestützt auf eine nochmalige Überprüfung wird für § 12b Abs. 2 folgende, präziserte Formulierung vorgeschlagen:

"An den Kosten der Pflege zu Hause beteiligt sich die anspruchsberechtigte Person im Umfang von 10 % pro rata temporis. Als Maximalbeitrag gilt die Hälfte des Höchstbetrages gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG."

2.7 Prüfungsauftrag Hansruedi Hottiger (§ 14a)

Der Prüfungsauftrag von Grossrat Hansruedi Hottiger lautet:

"Es sei zu prüfen, ob im Sinn einer Übergangsregelung nicht zusätzliche Bestimmungen zur Berechnung der Pflegekosten unter Einbezug der Pensionskosten zu erfassen sind."

Der Antragsteller stellt fest, dass sich mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung das Finanzierungssystem für Pflegedienstleistungen im stationären Bereich grundlegend ändert, nämlich von der Objekt- zur Subjektfinanzierung. Viele Gemeinden und Institutionen hätten in der Vergangenheit an die Realisation von Pflegeinstitutionen sogenannte A-fonds-perdu-Beiträge geleistet. Nun sei bei der Berechnung der Pflege- beziehungsweise der Pensionskosten entscheidend, wie diese Beiträge, die früher geleistet worden sind, behandelt werden. Bei Neubauten sei die Sache klar: Die getätigten Investitionen müssen amortisiert und damit an die Pflege- beziehungsweise die Pensionskosten angerechnet werden. Was aber geschieht mit den oben erwähnten A-fonds-perdu-Leistungen? Wie werden sie angerechnet? Werden sie überhaupt angerechnet? Es bestehe die Gefahr, dass diese neue Situation mit teilweise angerechneten Beiträgen, die in der Vergangenheit geleistet worden sind, zu Marktverzerrungen führen könnte. Grossrat Hansruedi Hottiger beantragt, allenfalls im Sinn einer Übergangsregelung, zu prüfen, ob zusätzliche Bestimmungen zur Berechnung der Pflege- beziehungsweise der Pensionskosten zu erlassen sind.

2.7.1 Ergebnis der Überprüfung

§ 14 Abs. 1 PflG nimmt diesen Ansatz der vollkostendeckenden Taxen und Tarife auf. In § 13 Abs. 3 PflG werden die stationären Pflegeeinrichtungen verpflichtet, eine Kosten- und Leistungsrechnung gemäss Branchenverband zu führen, und es werden die Revision und die Auskunftspflicht geregelt. Mit diesen gesetzlichen Grundlagen sind die Voraussetzungen für die Lösung des vom Antragsteller definierten Problems gelegt.

Pflegeheime, die durch die Trägerschaft (meistens Gemeinden oder andere Donatoren) A-fonds-perdu-Beiträge (Schenkungen) für die Investitionen erhalten haben, müssen ihre Aufwendungen und Erträge nach branchenüblichen Standards in der Kosten- und Leistungsrechnung darstellen. Werden die finanz- und betriebswirtschaftlichen Richtlinien eingehalten, sind die Betriebe vergleichbar. Die Betriebe, die solche Zuwendungen erhalten haben, müssen nach den Rechnungslegungsgrundlagen in der Kosten- und Leistungsrechnung (Betriebsbuchhaltung) die Amortisationen und Verzinsungen ebenfalls ausweisen. Dies auch, wenn kein effektiver Aufwand entstanden ist (Schenkung). Sie werden in die kalkulatorische Berechnung der Taxen einbezogen. Dadurch bewegen sich die kalkulierten Taxen im gleichen Bereich wie bei den Pflegeheimen, die keine Zuwendungen erhalten haben. Pflegeheime mit Zuwendungen können jedoch grössere Reserven schaffen. Hier steht die Trägerschaft in der Pflicht, die Taxen so zu berechnen, dass diese A-fonds-perdu-Beiträge ausgewiesen sind und zur Reduktion der Taxen für die Bewohnerinnen und Bewohner beitragen.

2.7.2 Fazit

Mit einem neuen § 13 Abs. 4 PflG soll dem Regierungsrat die Kompetenz erteilt werden, bei Vorliegen wichtiger Gründe durch Verordnung ergänzende Vorschriften zu den Anforderungen der Rechnungslegung und der Rechnungsprüfung gemäss § 13 Abs. 3 PflG zu machen.

In der in § 13 Abs. 3 lit. a PflG verlangten Kosten- und Leistungsrechnung gemäss Branchenverband sollen ergänzende Bestimmungen zur Ausweisung von Schenkungen beziehungsweise deren Anrechnung und Verzinsung definiert werden. Zum Beispiel können entsprechende Kontierungsanweisungen für die Gliederung von Kontengruppen vorgegeben werden.

Es ist zudem angemessen, mindestens eine eingeschränkte Revision nach OR zu fordern (siehe auch Ziffer 3.3). Diese soll aber ergänzt werden durch Revisionskriterien, welche die Prüfung der Kosten- und Leistungsrechnung beinhalten. Diese haben zum Ziel, die Umsetzung der Anforderungen gemäss Branchenverband und die Wirkung der Kosten auf die Taxen zu prüfen. In der Verordnung sind klare Vorschriften über verschiedene Kennzahlenberechnungen vorzugeben. Aufgrund der vorgegebenen Kontengruppen sollte die Berechnung der Kennzahlen gut verständlich sein und einfach vorgenommen werden können.

2.8 Prüfungsauftrag Pascal Furer (§ 14c)

Der Prüfungsauftrag von Grossrat Pascal Furer lautet:

"Es ist zu prüfen, wie und durch wen die Kosten der Institutionen transparent und vergleichbar dargestellt, Auswüchse beziehungsweise ungehemmtes Wachstum der Kosten verhindert werden und wie die Gemeinden auf die Kosten Einfluss nehmen können."

Der Antragsteller führt an, dass in der gesamten Vorlage keine Hinweise zu finden seien, wie die Kosten der Pflege begrenzt werden. Zudem könne er nicht erkennen, wer sanften Druck ausüben könne, damit die Kosten nicht ins Unermessliche steigen würden.

2.8.1 Ergebnis der Überprüfung

Für die im Prüfungsauftrag angesprochenen Anliegen (Transparenz, Benchmark, Einflussnahme auf Kostenentwicklung) sieht das geänderte Pflegegesetz verschiedene Massnahmen vor:

a) Grundsatz vollkostendeckender Tarife

Gemäss § 14 Abs. 1 PflG erfolgt die Finanzierung der stationären Pflegeeinrichtungen nach dem Grundsatz vollkostendeckender Tarife und Taxen. In Kombination mit der Führung einer Kostenrechnung beinhaltet die Regelung bereits heute die Möglichkeit, zwischen der Deckung von Vollkosten und der Erzielung eines Ertragsüberschusses zu unterscheiden.

b) Kantonale Tarifordnung für die Restkosten der Pflege

Zudem findet eine Begrenzung der Kosten der Pflege statt, indem für die Bestimmung der Restkosten der Pflege ein normativer Ansatz in Form einer kantonalen Tarifordnung gewählt wird. So gelten bereits für das Jahr 2011 die Ansätze der kantonalen Tarifordnung, welche in den Anhängen 1–3 der Verordnung über die Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung für das Jahr 2011 vom 8. Dezember 2010 (SAR 301.213)

geregelt sind. Für die Berechnung dieser Ansätze wurden die Kosten- und Leistungsdaten aller Pflegeheime im Kanton Aargau genommen und zusammen mit dem Verein Aargauischer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen (VAKA) mit einem entsprechenden Rechnungsmodell die Tarife festgelegt. Dabei hat sich der Kanton Aargau an Art. 25a KVG orientiert und sich explizit auf die KVG-pflichtigen Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 1 und 2 KLV bezogen. Das heisst, dass die Restkosten sich nicht auf die nicht KVG-pflichtigen Betreuungsleistungen beziehen. Diese werden neu als separate Kostenstelle geführt und die Heime können eine Betreuungstaxe erheben. Sowohl Pensionstaxen wie auch Betreuungstaxen sind durch die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger beziehungsweise subsidiär mit Ergänzungsleistungen durch den Kanton zu finanzieren.

c) Transparente und vergleichbare Darstellung

Die Grundlagen für die Erhebung und die Kommunikation von Benchmark-Statistiken sind im bestehenden Pflegegesetz in § 15 Abs. 2 und § 19 Abs. 2 PflG gelegt. Im neuen § 13 Abs. 3 PflG werden Pflichten der stationären Leistungserbringer festgelegt, die ebenfalls dazu dienen sollen, die Transparenz herzustellen.

Vergleichbarkeit: Kostenrechnung

Die Institutionen der Langzeitversorgung sind gemäss Art. 22 KVG verpflichtet, den Bundesbehörden die notwendigen Daten wie Leistungs- und Kostendaten zu liefern. Das Bundesamt für Statistik (BfS) erhebt bei den sozialmedizinischen Instituten unter anderem die Kostendaten (SOMED-Statistik) auf der Basis der Kosten- und Leistungsrechnung (Betriebsbuchhaltung). Dabei werden folgende Hauptkostenstellen bezeichnet:

Hauptkostenstelle	Kostenübernahme durch		
	Bewohner	Versicherung	öffentliche Hand
Pension	100 %	---	subsidiär EL
Betreuung	100 %	---	subsidiär EL
KVG pflichtige Pflege	maximum 20 %	gem. KLV 7a	Restkosten
Therapie	Selbstbehalt (SB)	100 % abzüglich SB Bewohnerin/Bewohner	---
Arzt	Selbstbehalt (SB)	100 % abzüglich SB Bewohnerin/Bewohner	---
Medikamente SL	Selbstbehalt (SB)	100 % abzüglich SB Bewohnerin/Bewohner	---
Mittel und Gegenstände MiGel	Selbstbehalt (SB)	100 % abzüglich SB Bewohnerin/Bewohner	---

Die Rechnungslegung basiert auf den Grundsätzen des "Handbuchs der Kostenrechnung und Leistungsstatistik für Alters- und Pflegeheime" des Branchenverbandes Curaviva. So müssten beispielsweise die Kosten für das Stationszimmer der Pflege, ein Ausguss oder die Apotheke auf die KVG pflichtigen Leistungen umgebucht werden. Das Bewohnerzimmer hingegen ist auf die Kostenstelle Pension umzulegen. Diese Aufwände sind vergleichbar einfach umzulagern. Schwieriger abzugrenzen sind Dienstleistungen der KVG-pflichtigen Pflege und der nicht KVG-pflichtigen Betreuung. KVG-pflichtige Pflegeleistungen werden mit

dem Bedarfserhebungssystem ausgewiesen. Leistungen, die nicht durch das System abgebildet werden können, werden auf die Kostenstelle Betreuung umgelegt. An den Nahtstellen zwischen Pflege und Betreuung kann es zu Überschneidungen kommen.

Transparenz: Benchmark-Statistik

Eine transparente und vergleichbare Darstellung von Kosten und Leistung kann mit einer Benchmark-Statistik über alle stationären Leistungserbringer in der Langzeitpflege erreicht werden. Bereits heute erhebt das BfS die obgenannte SOMED-Statistik und es wird von der VAKA eine Benchmark-Statistik für die verbandsinterne Verwendung erhoben. Die Daten gehören der VAKA und den angeschlossenen Institutionen und es wurde bis jetzt darauf verzichtet, diese zu publizieren. Die SOMED-Statistik ist für die Leistungserbringer obligatorisch. Der VAKA-Benchmark ist fakultativ. Die Datenqualität hat sich seit den erhöhten Anforderungen seitens BfS und gezielten Schulungen der Statistik Aargau stetig verbessert. Dasselbe gilt für die VAKA Erhebung.

In Benchmark-Statistiken müssen die Kosten von analogen Leistungen miteinander verglichen werden. Empfehlungen zu Normtaxen in Pension (Taxe für ein Standardzimmer) und Betreuung (Taxe für eine Betreuungsstunde) wären ein Lösungsansatz, um Vergleiche tatsächlich machen zu können. In einem sich nicht selber regulierenden Markt sind Bandbreiten und Taxobergrenzen für die zu erbringenden Leistungen durchaus ein probates Mittel. Die Limitierung des angemessenen Ertrages für eine Leistung stellt eine grosse Herausforderung dar. Trotzdem müssen in einem Bereich mit wenig Wettbewerb Leitplanken gesetzt werden, damit die Erträge nicht einfach den Aufwendungen angepasst werden.

Einflussnahme der Gemeinden auf die Kosten

Die meisten stationären Leistungserbringer sind Non-Profit-Organisationen und in einer privatrechtlichen Rechtsform wie Verein, Stiftung oder gemeinnützige Aktiengesellschaft organisiert. Einige Institutionen unterstehen öffentlichem Recht und sind direkt in die kommunalen Verwaltungen integriert. Sowohl bei den Trägerschaften nach privatem wie auch nach öffentlichem Recht ist es den Gemeinden möglich, Einsitz in die strategischen Organe beziehungsweise die Kontrollorgane zu nehmen und hier Einfluss auf die Kostenentwicklung und damit auf die Tarifentwicklung geltend zu machen. Damit dieser Einfluss wahrgenommen werden kann, benötigen die Organe fachkompetente Mitglieder und relevante Steuerungsinformationen:

- Informationen aus der Kosten- und Leistungsrechnung gemäss § 13 Abs. 3 lit. a PflG.
- Revisionsbericht mit Aussagen zur Nachvollziehbarkeit der Kosten- und Leistungsrechnung sowie der Tarife und Taxen
- Benchmark-Statistik zur Vergleichbarkeit von Kosten und Tarifen
- Empfehlungen zu Normtaxen in Pension (Taxe Standardzimmer) und Betreuung (Taxe Betreuungsstunde)

Die bestehenden gesetzlichen Grundlagen auf eidgenössischer (KVG und KLV) und kantonalen Ebene (PflG und PflV) ermöglichen die wesentlichen Steuerungsmöglichkeiten für die Gemeinden.

2.8.2 Fazit

Vor dem Hintergrund des Prüfungsauftrags von Grossrat Pascal Furer werden für die 2. Beratung des Pflegegesetzes zwei Massnahmen vorgeschlagen, die insgesamt dazu dienen sollen, diesen Anliegen (Transparenz, Benchmark und Einflussnahme auf die Kostenentwicklung) noch stärker Rechnung tragen zu können.

§ 14a Abs. 2

Die Höhe der Restkosten soll generell mittels Normkosten bestimmt werden. Ursprünglich war noch vorgesehen, das System mit Normkosten lediglich während einer gewissen Übergangszeit anzuwenden, das heisst nach einer Konsolidierungsphase wieder dazu überzugehen, die effektiven Kosten als Restkosten zu finanzieren (vgl. § 14a Abs. 2 und § 22a gemäss Fassung 1. Beratung). Diese Änderung führt zu einer Ergänzung von § 14a und einer Streichung von §§ 22a).

Der Vorteil eines Systems mit Normkosten liegt insbesondere darin, dass die Finanzierung der Restkosten durch die öffentliche Hand auf einer Höhe begrenzt wird, die sich an einer wirtschaftlich geführten stationären Pflegeeinrichtung orientiert.

§ 14b Abs. 4

Bis anhin wurde davon abgesehen, im Bereich der sogenannte übrigen Kosten (Betreuung, Pension), die in erster Linie von den Bewohnerinnen und Bewohnern finanziert werden, die Möglichkeit einer staatlichen Einflussnahme auf die Taxgestaltung vorzusehen. Allerdings ist die Taxgestaltung für die öffentliche Hand nicht irrelevant, werden diese Kosten doch subsidiär über die Ergänzungsleistungen und in Ausnahmefällen über die Sozialhilfe finanziert. Die Erfahrungen der Praxis zeigen zudem, dass es immer wieder auch Beispiele von extrem hohen Betreuungs- und Pensionstaxen gibt. Zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch der subsidiär mitfinanzierenden öffentlichen Hand, soll die Möglichkeit geschaffen werden, dort, wo deutliche Abweichungen vom branchen- und ortsüblichen Niveau bestehen, zu intervenieren und entsprechende Massnahmen zu treffen, so zum Beispiel die Taxen vorübergehend zu limitieren (vgl. § 14b Abs. 4 neu).

3. Änderungen für die 2. Beratung

3.1 Personen in ausserkantonalen stationären Pflegeeinrichtungen

Erste Erfahrungen im Vollzug haben gezeigt, dass die Kantone die Pflegefinanzierung sehr unterschiedlich umsetzen, was bei interkantonalen Konstellationen zu Problemen führen kann. Die nachfolgende Statistik zeigt – mit Bezug auf den Aargau – die Anzahl Personen, die sich nicht in einer stationären Pflegeeinrichtung ihres Wohnsitzkantons aufhalten.

Wanderungsstatistik Heimbewohner

	2008			2009		
	im Aargau	Aargauer in	Δ	im Aargau	Aargauer in	Δ
ZH	193	75	118	207	86	121
BE	43	132	-89	48	116	-68
LU	61	47	14	51	55	4
SO	70	60	10	102	55	47
BS	26	2	24	27	2	25
BL	19	4	15	30	9	21
Total	412	320	92	465	323	142

CH	479	369		539	369
Ausland	48	-		34	-

Der Kanton Aargau hat die Initiative ergriffen und die umliegenden Kantone versammelt, um bei interkantonalen Konstellationen mögliche Lösungsansätze zu diskutieren. Die Heterogenität der verschiedenen kantonalen Umsetzungen einerseits und die je Kanton getroffenen Zuständigkeiten andererseits erschweren dies allerdings. Hier zeigt sich der Vorteil der kantonalen Clearingstelle, welche einen guten Überblick über den Vollzug und die konkreten Probleme erhält. Der Dialog mit den anderen Kantonen soll weitergeführt werden, um auftretende Probleme möglichst einvernehmlich zu lösen. Ergänzend besteht gemäss § 4 Abs. 6 PflG die Möglichkeit interkantonomer Verträge.

Für Personen mit Wohnsitz im Kanton Aargau und Aufenthalt in einer ausserkantonalen stationären Pflegeeinrichtung hat die Gemeinde gemäss § 14a Abs. 3 PflG die Restkosten höchstens im Umfang des Referenztarifs, der sich an den Kosten aargauischer Leistungserbringer orientiert, zu übernehmen. Diese an sich nachvollziehbare Regelung führt dort zu Problemen, wo die Restkosten im Aufenthaltskanton höher sind. Soweit Personen – im Wissen um die höheren Restkosten – in eine ausserkantonale stationäre Pflegeeinrichtung eintreten, besteht kein Handlungsbedarf. Bei Personen, die bereits vor Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung Aufenthalt in einer ausserkantonalen stationären Pflegeeinrichtung haben, kann die neue Pflegefinanzierung aber erhebliche Auswirkungen haben und im Extremfall dazu führen, dass ein neuer Pflegeplatz (im Kanton Aargau) gesucht werden muss. Damit die Gemeinden in solchen menschlich schwierigen Situationen eine rechtliche Grundlage haben, um den (höheren) Tarif als Restkosten zu übernehmen, wird § 14a Abs. 3 PflG ergänzt. Die Gemeinden sollen nicht verpflichtet werden, diese höheren Kosten zu tragen, sondern es soll ihnen vor allem in Härtefällen die Möglichkeit dazu gegeben werden.

3.2 Fremdänderung des Dekrets über den Finanz- und Lastenausgleich

Wie in der (10.259) Botschaft vom 1. September zur 1. Beratung mehrfach erwähnt, sollen die Beiträge der Gemeinden an die Restkosten der stationären Pflege gemäss § 14c Abs. 2 als Finanzbedarfsgrösse im ordentlichen Finanz- und Lastenausgleich berücksichtigt werden. Mit einer Ergänzung eines neuen lit. d in § 2 FLAD vom 29. Mai 1984 wird sichergestellt, dass diese Beiträge der Gemeinden im Finanz- und Lastenausgleich aufgenommen werden.

3.3 Diverses

§ 13 Abs. 3 lit. b

Seit dem Jahre 2008 unterliegen alle juristischen Personen der Revisionspflicht. Dabei unterscheidet das Gesetz zwischen der ordentlichen und der eingeschränkten Revision. Ordentliche Revision bedeutet: umfassende, präzise Prüfung nach einem anerkannten und hohen Prüfungsstandard durch zugelassene, unabhängige Revisionsexperten. Der Prüfungsinhalt und die Prüfungshandlungen sind im Gesetz genau umschrieben.

Bei der eingeschränkten Revision sind einige Prüfungshandlungen ausdrücklich ausgeschlossen. Nicht geprüft werden das interne Kontrollsystem und ob die Jahresrechnung vollumfänglich dem gewählten Regelwerk (zum Beispiel Swiss GAAP-FER, IFRS) entspricht. Bei der eingeschränkten Revision handelt es sich also um eine weniger weitgehende Prüfung der Jahresrechnung durch zugelassene Revisoren, welche dennoch gewährleisten soll, dass diese frei von erheblichen Fehlern ist.

Der ordentlichen Revision unterliegen von Gesetzes wegen nur die Publikumsgesellschaften und volkswirtschaftlich bedeutende Unternehmen. Für die anderen Gesellschaften ist die eingeschränkte Revision die Regel. Es ist aber auch möglich, sich freiwillig der ordentlichen Revision zu unterstellen.

Aufgrund der Grössenverhältnisse und der Gesellschaftsformen der Pflegeheime kann davon ausgegangen werden, dass ein Grossteil der Pflegeheime bereits von Gesetzes wegen zur Durchführung einer eingeschränkten Revision verpflichtet ist. Für die anderen und wegen der gesetzlichen Möglichkeit, unter bestimmten Umständen gänzlich auf eine Revision verzichten zu können, wird im Sinn der Gleichbehandlung vorgeschlagen, alle Pflegeheime mindestens zur Durchführung einer eingeschränkten Revision zu verpflichten. Damit kann in allen Pflegeheimen der sachgerechte Umgang mit den Vermögenswerten und die Vornahme einer Risikobeurteilung (obligatorisch im Anhang zur Jahresrechnung) sichergestellt werden.

§ 14c Abs. 1 lit. c

Der Begriff "Controlling" wird durch den Begriff "Kontrolle" ersetzt. Controlling beinhaltet auch eine Steuerungsfunktion. Aufgabe der kantonalen Clearingstelle ist es aber lediglich, die Rechnungen zu kontrollieren.

4. Auswirkungen

4.1 Generelle Auswirkungen der KVG-Revision auf Kanton und Gemeinden

Auswirkungen auf den Kanton

Die Mehrkosten, die durch die KVG-Revision entstehen, betreffen die öffentliche Hand und damit sowohl Kanton als auch Gemeinden. Die Kosten werden, wie in der Botschaft zur 1. Beratung vom 30. November 2010 dargestellt, von Kanton und Gemeinden getragen. Durch die finanzielle Entlastung der Bewohnerinnen und Bewohner der Alters- und Pflegeheime wird in der Tendenz die Unterstützung durch Ergänzungsleistung später nötig. Durch die Erhöhung der Pauschale für persönliche Auslagen im Behindertenbereich im Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters- Hinterlassenen- und Invalidenversicherung im Kanton Aargau (Ergänzungsleistungsgesetz Aargau, ELG-AG) entstehen Mehrkosten in der Höhe von rund 1,17 Millionen Franken. Die Mehrkosten im Finanz- und Lastenausgleich als Folge der Anrechnung der Restkostenfinanzierung dürfte sich im ersten Zahlungsjahr auf ca. 6,3 Millionen Franken belaufen.

Auswirkungen auf die Gemeinden

Mit der Revision des KVG kommen in der stationären Langzeitversorgung Mehrkosten von rund 46 Millionen Franken auf die Gemeinden zu. Auf der einen Seite führen höhere Spitex-Tarife zu Mehreinnahmen der Leistungserbringer (entsprechend weniger Kosten für die Gemeinden). Eine Patientenbeteiligung bei den ambulanten Restkosten wirkt sich unmittelbar entlastend auf die Kosten der Gemeinden aus. Mittelfristig kann sich die Erhebung einer Patientenbeteiligung im ambulanten Bereich negativ auf die Kostenentwicklung in der Langzeitversorgung auswirken, falls sie hemmend auf die Umsetzung des Grundsatzes "ambulant vor stationär" wirkt und dadurch der kantonale Richtwert nicht erreicht werden kann.

Die Strategie "ambulant vor stationär" wird gesetzlich gestützt. Dadurch können die Gemeinden die Kostensteigerung, die im stationären Bereich verhältnismässig stärker ausgeprägt ist als im ambulanten Bereich, direkt steuern. Die Aargauer Richtwerte sind im interkantonalen Vergleich fortschrittlich und können nur realisiert werden, wenn optimale Strukturen zwischen ambulant und stationär in den Gemeinden und Regionen bestehen. Die Kostenentwicklung wird über die Daten aus der Clearingstelle gut abgebildet. Die statistischen Daten dienen als Grundlage für die kommunale beziehungsweise regionale Steuerung der Langzeitversorgung. Dadurch wird auch Kostentransparenz mit entsprechender Wahlmöglichkeit der Leistungserbringer geschaffen.

Die Clearingstelle bearbeitet nebst den regulären Fakturierungen auch Spezialfälle wie Schwerstpflegebedürftigkeit, Zahlungsverkehr mit anderen Kantonen, Rechtsfragen etc. Dies ist eine Entlastung für die Gemeinden. Dasselbe gilt auch für die stationären Leistungserbringer mit dem zusätzlichen Effekt, dass die Debitorengarantie für die Restkosten gesichert ist. Die Unterstützung für die Planung und Sicherstellung der Langzeitpflege in den Gemeinden beziehungsweise Regionen wird durch die Fachstelle für Altersfragen und die Clearingstelle gewährleistet. Der Aufwand des Kantons für die Clearingstelle wird sich bei der fachlichen Bearbeitung der Restkosten (Tarifkontrolle, Inhalte) und der juristischen Beurteilung (Zuständigkeiten der Gemeinden, interkantonale Unterschiede) niederschlagen. Der Aufwand für die administrative Bearbeitung wird zulasten der Gemeinden geregelt. Die Be-

triebskosten der Clearingstelle, welche den Gemeinden weiterverrechnet werden, belaufen sich auf ca. Fr. 250'000.– bis Fr. 300'000.– oder ca. Fr. 0.50 pro Gemeindeeinwohner.

4.2 Die mit der Botschaft zur 2. Beratung vorgeschlagenen Änderungen haben folgende Auswirkungen:

Gleichbehandlung aller ambulanter Leistungserbringer in Bezug auf den Anspruch auf Restkosten (vgl. § 12 Abs.1 lit. c sowie §§ 12a-12d)

Diese Regelung führt letztlich zu Mehrkosten bei den Gemeinden. Über die Höhe dieser Mehrkosten können allerdings keine verlässlichen Angaben gemacht werden. Es fehlen statistische Daten über das Leistungsvolumen der privaten Spitex-Organisationen beziehungsweise der selbstständig tätigen Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Im Vergleich zu anderen Kantonen ist die Anzahl dieser Leistungserbringer vergleichsweise klein.

Für die Patientinnen und Patienten hat diese Regelung entlastende Wirkung, weil sie die Restkosten der Gemeinde in jedem Fall erhalten.

Für die privaten Spitex-Organisationen und die selbstständig tätigen Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner hat diese Regelung positive Auswirkungen in finanzieller Hinsicht, aber gleichzeitig auch Pflichten in Bezug auf die Kostentransparenz zur Folge.

Patientenbeteiligung im ambulanten Bereich (vgl. § 12b Abs. 2)

Eine Patientenbeteiligung im ambulanten Bereich (unabhängig von deren Höhe) hat gegenüber der heute bestehenden Situation eine Entlastung der Gemeinden und eine Belastung der Patientinnen und Patienten zur Folge. Die vorgeschlagene Patientenbeteiligung von 10 % führt im Vergleich zur 20 %-igen Beteiligung gemäss Beschluss 1. Beratung zu Mehrkosten bei den Gemeinden beziehungsweise zu Entlastungen bei den Patientinnen und Patienten.

Berechnung der Pflegekosten inklusive Pensionskosten (vgl. § 13 Abs. 3 und 4)

Die präziser gefasste und ergänzte Regelung führt zur Förderung der Kostentransparenz und verhindert Marktverzerrungen ("gleichlange Spiesse"). Auf Seite der Leistungserbringer ist damit aber auch ein gewisser Mehraufwand in administrativer und finanzieller Hinsicht verbunden.

Massnahmen zur Kostenkontrolle (vgl. § 14a Abs. 4 und § 14b Abs. 4)

Die standardmässige Implementierung des Normkostenmodells für die Pflegekosten führt in der Konsequenz dazu, dass sowohl die Patientinnen und Patienten, als auch die Gemeinden vor übermässig hohen Restkosten geschützt werden, womit insgesamt ein Minderaufwand resultieren dürfte.

Die neu vorgesehene Möglichkeit, auch im Bereich der übrigen Kosten (Betreuungs-, Pensionssteuern) von staatlicher Seite gegen zu hohe Kosten intervenieren zu können, wirkt sich auf die Patientinnen und Patienten als Selbstzahlende, auf den Kanton als Kostenträger der Ergänzungsleistungen sowie auf die Gemeinden als Kostenträger von allenfalls notwendiger Sozialhilfe entlastend (Minderaufwand) aus.

5. Weiteres Vorgehen

17. Mai 2011	Kommissionsberatung (GSW)
28. Juni 2011	2. Beratung im Grossen Rat
August 2011	Redaktionslesung
September-November 2011	Referendumsfrist (vorbehältlich Volksabstimmung)
Juli-November 2011	Anpassung der Pflegeverordnung
1. Januar 2012	Inkrafttreten Pflegegesetz und Verordnung

Zum Antrag:

Der Beschluss gemäss Ziffer 1 untersteht dem fakultativen Referendum gemäss § 63 Abs. 1 lit. a der Kantonsverfassung, sofern ihm die absolute Mehrheit der Mitglieder des Grossen Rats zustimmt. Erreicht die Abstimmung nicht 71 befürwortende Stimmen oder wird das Behördenreferendum gemäss § 62 Abs. 1 lit. b der Kantonsverfassung ergriffen, findet eine Volksabstimmung statt.

Antrag:

1.

Der vorliegende Entwurf für eine Änderung des Pflegegesetzes (PflG) wird in 2. Beratung zum Beschluss erhoben.

2.

Der vorliegende Entwurf für eine Änderung des Dekrets über den Finanz- und Lastenausgleich (FLAD) wird zum Beschluss erhoben.

Aarau, 4. Mai 2011

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATS

Landammann:

Staatsschreiber:

Dr. Urs Hofmann

Dr. Peter Grünenfelder

Beilagen:

Beilage 1: Synopse Pflegegesetz (PflG)

Beilage 2: Synopse Dekret über den Finanz- und Lastenausgleich (FLAD)