

Bericht und Antrag
des Regierungsrats
an den Landrat

20. April 2010

Nr. 2010-215 R-721-11 Bericht und Antrag des Regierungsrats an den Landrat zum Gesetzgebungspaket "Neuordnung der Langzeitpflege im Kanton Uri"

Bericht des Regierungsrats zu folgenden Rechtserlassen:

- **Gesetz über die Langzeitpflege (LPG)**
- **Verordnung über die Patientenbeteiligung und den Kantonsbeitrag in der Langzeitpflege**
- **Verordnung über die Akut- und Übergangspflege**
- **Änderung der Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV**
- **Änderung der Verordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung**

INHALTSVERZEICHNIS

1	Zusammenfassung	4
2	Vorbemerkung	6
3	Ausgangslage	6
3.1	Heutiges Finanzierungssystem der Langzeitpflege im Kanton Uri	6
3.2	Struktur der Langzeitpflegeversorgung im Kanton Uri	6
3.2.1	Ambulante Langzeitpflege	7
3.2.2	Stationäre Langzeitpflege	7
3.3	Demografische Entwicklung in der Schweiz	8
3.4	Neuordnung der Pflegefinanzierung	9
3.5	Gesetzliche Grundlagen Kanton	11
3.6	Situation ohne Gesetzesanpassung	12
3.7	Fachliche Grundlagen Kanton Uri	13
3.7.1	Fachbericht "Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege im Kanton Uri"	13
3.7.2	Kantonale Pflegeheimplanung 2008 bis 2015	14
4	Weshalb eine neue Gesetzgebung über die Langzeitpflege?	15
4.1	Bedeutung der Langzeitpflege	15
4.2	Neues Vergütungssystem als Grundlage für Bundesrechtsvollzug	16
4.3	Weiterer gesetzgeberischer Handlungsbedarf	16
4.4	Entlastung der Gemeinden durch Kantonsbeiträge und differenzierte Kostenübernahmeregelung	16
5	Vernehmlassung	17
5.1	Ergebnisse der Vernehmlassung	18
5.2	Berücksichtigte Anliegen	19
5.3	Nicht berücksichtigte Anliegen	20
6	Ziele des Gesetzes über die Langzeitpflege	20
7	Grundzüge des neuen Gesetzes über die Langzeitpflege	21
7.1	Grundsätzliches	21
7.2	Aufgabenteilung	22
7.3	Zuständigkeit der Gemeinden	23
7.4	Investitionen und Investitionskosten	24
7.5	Patientenbeteiligung	25
7.5.1	Ambulante Langzeitpflege	25
7.5.2	Stationäre Langzeitpflege	25

7.6	Kantonsbeitrag an die Gemeinden zur Entlastung im Bereich der Pflege- restkosten	26
7.7	Für die Ergänzungsleistungen (EL) anrechenbare Pflegeheimkosten	26
7.8	Akut- und Übergangspflege	27
8	Auswirkungen	28
8.1	Auswirkungen für die Patientinnen und Patienten	29
8.1.1	Generelle Auswirkungen	29
8.1.2	Finanzielle Auswirkungen	29
8.2	Auswirkungen für die Leistungserbringer	30
8.2.1	Generelle Auswirkungen	30
8.2.2	Auswirkungen für ambulante Leistungserbringer	30
8.2.3	Auswirkungen für stationäre Leistungserbringer	31
8.3	Auswirkungen auf den Kanton	31
8.3.1	Personelle und strukturelle Auswirkungen	31
8.3.2	Finanzielle Auswirkungen	32
8.4	Auswirkungen auf die Gemeinden	33
8.4.1	Personelle und strukturelle Auswirkungen	33
8.4.2	Finanzielle Auswirkungen	33
9	Erläuterungen zu einzelnen Bestimmungen des Gesetzes über die Langzeitpflege	34
10	Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen der Verordnung über die Patientenbeteiligung und den Kantonsbeitrag in der Langzeitpflege	55
11	Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen der Verordnung über die Akut- und Übergangspflege	57
12	Änderungen von kantonalen Rechtserlassen	60
12.1	Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV vom 24. September 2007 (ELV; RB 20.2425)	60
12.2	Verordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 15. November 1995 (RB 20.2202)	64
13	Aufhebung von kantonalen Rechtserlassen	66
14	Antrag	66
14.1	Beilage 1	68
14.2	Beilage 2	69
14.3	Beilage 3	70
14.4	Beilage 4	71
14.5	Beilage 5	72

1 Zusammenfassung

Am 13. Juni 2008 verabschiedete das eidgenössische Parlament das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung. Das Bundesgesetz regelt die Pflegekosten und deren Übernahme durch die Krankenversicherung, die Versicherten und die Kantone neu. Von der Änderung betroffen sind neben dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), auch das Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) und das Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG). Diese Gesetzesänderungen und die Ausführungsverordnungen des Bundes dazu treten auf den 1. Januar 2011 in Kraft.

Das neue Bundesrecht vereinheitlicht die Beiträge, die die Krankenversicherer und die Patientinnen und Patienten für KVG-Pflichtleistungen in der Pflege bezahlen müssen. Für die Regelung der Restfinanzierung sind die Kantone zuständig. Je nach Aufgabenteilung sind in den Kantonen auch die Gemeinden betroffen. So auch im Kanton Uri, wo die Gemeinden für die stationäre Langzeitpflege (Pflegeheime) zuständig sind. Ohne Anpassungen im kantonalen Recht hätten die Gemeinden sämtliche im Bereich der stationären Langzeitpflege anfallenden Pflegerestkosten zu tragen. Dies würde für sie eine jährliche Mehrbelastung von rund 7,9 Mio. Franken¹ bedeuten. Dagegen wird der Kanton durch die Einführung der Patientenbeteiligung in seinem Aufgabengebiet der ambulanten Pflege (Spitex) finanziell entlastet. Diese Minderausgaben werden allerdings teilweise konsumiert. Neu muss der Kanton nämlich einen Anteil von mindestens 55 Prozent der Kosten der Akut- und Übergangspflege übernehmen; hier gilt der Kostenteiler der neuen Spitalfinanzierung.

Das geltende Recht regelt die Aufgabenteilung in der Pflege und damit auch die Finanzierungsverantwortlichkeit zwischen Kanton und Gemeinden bereits klar, so dass aufgrund der Einführung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung im Kanton Uri zwingend nur marginale Verordnungsänderungen vorgenommen werden müssten, so etwa auf dem Gebiet der Ergänzungsleistungen. Da die Anzahl der über 80-jährigen Personen und mit ihr die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen auch im Kanton Uri stetig wachsen und die Kosten der Alters- und Pflegeheime sowie der Spitexdienste schweizweit bislang ansteigen, würde ein Vorgehen mit bloss partiellen Gesetzanpassungen der sozialpolitischen, volkswirtschaftlichen und gesundheitsökonomischen Interessenlage nicht gerecht. Hinzu kommt, dass einzelne Gemeinden in finanzielle Schwierigkeiten geraten dürften, müssten sie die vom Bundesrecht auferlegten ungedeckten Kosten des stationären Pflegebereichs alleine übernehmen. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf Bundesebene wird deshalb zum Anlass genommen, die Langzeitpflege innerhalb des Kantons umfassend neu zu ordnen.

¹ Gemäss Angaben Curaviva Uri, vom April 2010, Basis Kostenrechnung 2009

Die Neuordnung der Langzeitpflege im Kanton Uri beinhaltet drei neue Erlasse und die Teilrevision von zwei bestehenden Verordnungen.

Ein neues Gesetz über die Langzeitpflege (LPG) soll die Versorgungsaufgaben und das Vergütungssystem im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege regeln und die erforderlichen Instrumente zur Kostenlenkung und Versorgungssteuerung bereitstellen. Bei den im Gesetz enthaltenen Massnahmen zur Kostenlenkung handelt es sich vor allem um Instrumente im Bereich der Tarifgestaltung. Von Bedeutung sind die Regelungen und Kontrollmechanismen bei der Festsetzung von Tarifen und Preisen. Hier setzt der Entwurf zunächst auf die Vertragsfreiheit, die möglichst freie Konkurrenz und die Selbstverantwortung der zuständigen Gemeinwesen und der Leistungserbringer. Überhaupt geht der Entwurf davon aus, dass es zunächst Aufgabe des zuständigen Gemeinwesens und der Leistungserbringer ist, die zur Verfügung stehenden Instrumente zu nutzen und auf dem Vereinbarungsweg zu tragbaren Taxen zu gelangen. Sollte auf diesem Weg keine Einigung erzielt werden, sieht der Entwurf als Eingriffsmöglichkeit die Tariffestsetzung durch den Regierungsrat vor. Als zweite wesentliche Neuerung ist beabsichtigt, dass die Leistungserbringer einen einheitlichen Leistungskatalog nach den Tarifpositionen - Pflege, Pension und Betreuung - definieren, worin die in den jeweiligen Taxen enthaltenen Leistungen einheitlich festgelegt werden. Damit wird eine verbesserte Transparenz und Vergleichbarkeit der Preise sichergestellt.

Neben der Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten und den Beiträgen der öffentlichen Hand (Restfinanzierung), die beide Folgen der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf Bundesebene sind, bringt der Entwurf im Bereich der Finanzierung eine weitere grundlegende Änderung im Vergleich zur geltenden Ordnung. Zum einen leistet der Kanton den für die Übernahme der ungedeckten stationären Pflegekosten zuständigen Gemeinden neu einen Pauschalbeitrag (30 Prozent der Pflegekosten). Weiter gewährt der Kanton an den Neu- und Ausbau von stationären Pflegeeinrichtungen einen Beitrag, der nicht mehr am Investitionsvolumen anknüpft, sondern ebenfalls als Pauschale ausgerichtet wird, und zwar in der Höhe von 150'000 Franken pro neu geschaffenen Pflegeheimplatz. Eine neue Verordnung über die Patientenbeteiligung und den Kantonsbeitrag in der Langzeitpflege führt die Einzelheiten zur Patientenbeteiligung und zu den Kantonsbeiträgen näher aus.

Eine weitere neue Verordnung widmet sich der Akut- und Übergangspflege - jener Pflege also, die im Anschluss an einen Spitalaufenthalt erbracht wird. Schliesslich werden die geltende Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV und die geltende Verordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung einer Teilrevision unterzogen.

2 Vorbemerkung

Diese Vorlage enthält Berechnungen und Aussagen zu den Pflegerestkosten der Gemeinden, zum Kantonsbeitrag und zu den EL-Höchsttaxen im Jahr 2011. Als Grundlage für die Berechnungen dienten die Kosten des Jahres 2009; es sind dies die aktuellsten zur Verfügung stehenden Daten. Da die Nachfrage nach Leistungen der Langzeitpflege laufend zunimmt² und auch die Kosten pro versicherte Person kontinuierlich ansteigen³, werden sich die effektiven Kosten für das Jahr 2011 mit grösster Wahrscheinlichkeit erhöhen.

3 Ausgangslage

3.1 Heutiges Finanzierungssystem der Langzeitpflege im Kanton Uri

Das Finanzierungssystem im Bereich der Langzeitpflege ist vielschichtig und komplex. Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen bzw. Patientinnen und Patienten der Spitex müssen die von ihnen beanspruchten Pensions- und Betreuungsleistungen grundsätzlich selber tragen. Je nach Einkommens- und Vermögenssituation werden sie dabei durch Ergänzungsleistungen (EL) unterstützt; gegebenenfalls erhalten sie auch Sozialhilfebeiträge von den Gemeinden. Weiter trägt der Kanton einen Teil der anfallenden Kosten, indem er etwa an die Pflegeeinrichtungen Investitionsbeiträge leistet oder die Defizite gewisser Organisationen wie der Spitex deckt. Die Krankenkassen schliesslich haben für die Pflichtleistungen der sozialen Krankenversicherung aufzukommen.

Die Finanzierungsflüsse in der stationären und ambulanten Langzeitpflege sind in zwei Abbildungen in der Beilage dargestellt.

3.2 Struktur der Langzeitpflegeversorgung im Kanton Uri

Auf den 1. September 2008 trat das neue Gesundheitsgesetz (GG, RB 826.11) in Kraft. Ob schon es sich dabei in erster Linie um ein gesundheitspolizeiliches Gesetz handelt, enthält es vereinzelt auch Versorgungs- und Subventionierungsbestimmungen. So ordnet es etwa für den Pflegebereich die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden. Die Sicherstellung der stationären Langzeitpflege obliegt den Gemeinden (Art. 6 Bst. a GG), während der Kanton für die Hilfe und Pflege zu Hause zu sorgen hat (Art. 5 Bst. c GG). Die Subventionierungsverpflichtung folgt dem Grundsatz nach dieser Aufgabenteilung. Die Versorgungsstruktur im Bereich der Langzeitpflege präsentiert sich im Kanton Uri wie folgt.

² Die Zahl der Spitex-Leistungen erhöhte sich im Jahr 2008 gegenüber 2007 um 7,7 Prozent (BAG, Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 2008, Tabelle 218)

³ Kostenwachstum pro versicherte Person 2008 gegenüber 2007: Pflegeheime + 4,2 %, Spitex + 8 % (BAG, Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 2008, Tabelle 218)

3.2.1 Ambulante Langzeitpflege

Die ambulante Langzeitpflege wird auf dem ganzen Kantonsgebiet durch eine einzige Spitex-Organisation (Spitex Uri) sichergestellt. Der Kanton hat dazu mit der Spitex Uri eine mehrjährige Programmvereinbarung abgeschlossen. Zusätzlich zur Krankenpflege für Kinder und Erwachsene, die über die Krankenkassen abgegolten wird, bietet die Spitex Uri auch Familien- und Haushaltshilfe, das Tagesheim und den Mahlzeitendienst an. Für den Mahlzeitendienst und das Tagesheim arbeitet die Spitex Uri mit der Pro Senectute Uri zusammen. Die Spitex Uri leistet pro Tag mehr als 400 Pflege- und Unterstützungseinsätze. Die Tendenz ist zunehmend:

	2005	2006	2007	2008	2009
Einsatzstunden Krankenpflege	27'583	30'801	33'824	34'356	33'982
Einsatzstunden Haushaltshilfe	18'517	18'814	18'269	20'635	18'934
Einsatzstunden Familienhilfe	9'540	7'261	7'383	6'332	6'894
Einsatzstunden total	55'640	56'876	59'476	61'323	59'810

Der Kanton subventioniert diese Dienstleistungen, soweit sie nicht von den Krankenkassen oder den Patientinnen und Patienten getragen werden. Die Haushalts- und Familienhilfe als nicht KVG-pflichtige Leistungen werden fast vollständig durch die Patientinnen und Patienten finanziert. Bei einem Gesamtumsatz der Spitex Uri von 4,6 Mio. Franken im Jahr 2009 betrug der Kantonsbeitrag 2,0 Mio. Franken. Für das Jahr 2010 rechnet die Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion (GSUD) mit einem Kantonsbeitrag von 2,8 Mio. Franken.

3.2.2 Stationäre Langzeitpflege

Laut kantonaler Pflegeheimliste vom 25. September 2007 (RB 20.2205) sind im Kanton Uri insgesamt zehn Pflegeeinrichtungen als Leistungserbringer zur Abrechnung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OPK) zugelassen. Sie stellen die Versorgung im Bereich der stationären Langzeitpflege mit folgenden Kapazitäten sicher:

Institution	Leistungsauftrag	maximale Anzahl Pflegebetten
Alters- und Pflegeheim Gosmergartä, Bürglen	alle Pflegestufen	69
Alters- und Pflegeheim Rosenberg, Altdorf	alle Pflegestufen	147
Alters- und Pflegeheim Rüttigarten, Schattdorf	alle Pflegestufen	84
Alterspension Seerose, Flüelen	alle Pflegestufen	33
Pflegeheim Oberes Reusstal, Wassen	alle Pflegestufen	42
"Spannort - Wohnen Begleiten Pflegen", Erstfeld	alle Pflegestufen	77
Betagten- und Pflegeheim Ursern, Andermatt	alle Pflegestufen	22
Kantonsspital Uri, Geriatrieabteilung, Altdorf	alle Pflegestufen	43

Institution	Leistungsauftrag	maximale Anzahl Pflegebetten
Pflegewohngruppe Höfli, Altdorf	alle Pflegestufen	20
Urner Altersheim, Flüelen	alle Pflegestufen	57
Total		594

Diese Pflegeeinrichtungen leisteten im Jahr 2009 insgesamt 218'581 Pflgetage (siehe Beilage 3). Deren Gesamtkosten beliefen sich laut Kostenstellenrechnung von Curaviva Zentralschweiz (KORE LAK) im Jahr 2009 auf rund 46,3 Mio. Franken.

3.3 Demografische Entwicklung in der Schweiz

Prägender Faktor der nächsten Jahre und Jahrzehnte bildet die Tatsache, dass die "Baby-boomgeneration" einerseits älter wird und diese Generation andererseits nur relativ wenige Kinder zur Welt gebracht hat.⁴ Entsprechend beschleunigt sich die demografische Alterung. Zwischen den verschiedenen Szenarien bestehen in Bezug auf das relative Ausmass der Alterung keine wesentlichen Differenzen. Laut Referenzszenario nimmt die Zahl der über 80-Jährigen gegenüber heute um mehr als das Zweieinhalbfache zu. Die Zahl der 0- bis 44-Jährigen geht demgegenüber zurück; jene der Kinder und Jugendlichen unter 20 sinkt um 15 Prozent.

Im Jahr 2050 kommen in der Schweiz auf hundert Personen im Alter zwischen 20 und 64 Jahren 50 Personen im Alter über 65 Jahren. Der so genannten "Altersquotient" verdoppelt sich damit gegenüber heute.

Die oben beschriebene demografische Entwicklung hat enorme Auswirkungen auf die Kosten. Laut Berechnungen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) dürften die Kosten der Langzeitpflege im Jahr 2030 rund 15,3 Milliarden Franken betragen, während es 2001 noch 6,5 Milliarden waren.⁵ Die Kosten sollten sich somit innert 25 Jahren mehr als verdoppeln. Der grösste Teil dieses Kostenanstiegs ist auf eine Zunahme der Kosten pro Fall zurückzuführen, während die Alterung der Bevölkerung erst als zweiter Kostenwachstumsfaktor folgt.

⁴ Das Bundesamt für Statistik (BFS) berechnet regelmässig Szenarien zur Wachstumsdynamik und zur Veränderung der Altersstruktur der schweizerischen Bevölkerung. Dabei unterscheidet das BFS zwischen einem Referenzszenario sowie einem tiefen und einem hohen Szenario. Die aktuellen Szenarien beschreiben die Bevölkerungs- und Altersentwicklung für einen Zeitraum bis 2050 (siehe Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch).

⁵ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) Neuchâtel 2008 "Kostenentwicklung der Langzeitpflege von heute bis zum Jahr 2030 in der Schweiz"

3.4 Neuordnung der Pflegefinanzierung

Mit dem am 13. Juni 2008 von den eidgenössischen Räten verabschiedeten Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung wird die Finanzierung von ambulant oder stationär erbrachten Pflegeleistungen neu geregelt. Es handelt sich um einen Sammelerlass, in dem neben dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) auch das Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG; SR 831.10) und das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30) geändert werden.

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung verfolgt der Bund zwei Reformziele: Die sozialpolitisch schwierige Situation bestimmter Gruppen pflegebedürftiger Menschen soll entschärft werden und die Krankenversicherungen sollen durch die zunehmend höheren Pflegekosten nicht zusätzlich finanziell belastet werden.

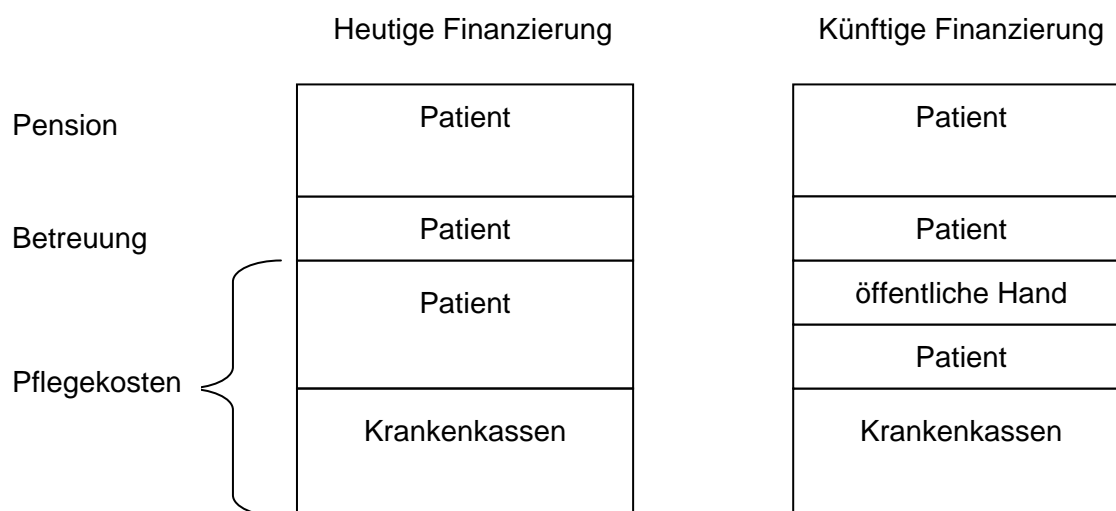
Das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung beinhaltet folgende wesentlichen Änderungen:

- Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet neu lediglich einen Beitrag an die Pflegekosten. Die Beiträge werden vom Bundesrat für die ganze Schweiz einheitlich festgelegt. Die Beiträge werden an Pflegeleistungen im Sinne des Artikels 25a Absatz 1 KVG ausgerichtet. Die Pensions- und Betreuungskosten müssen wie bisher die pflegebedürftigen Personen tragen. Subsidiär erhalten sie Unterstützung durch Ergänzungsleistungen (EL), die bedarfsabhängig ausgerichtet werden.
- Für die Pflegekosten, die nicht von den Krankenkassen übernommen werden, dürfen die versicherten Personen bis zu einem Betrag von höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Krankenkassenbeitrags belastet werden. Damit wird die Patientenbeteiligung auf einen maximalen Beitrag - unabhängig von der Höhe der individuell anfallenden Pflegekosten - beschränkt. Die Kantone haben dann die Restfinanzierung zu regeln.
- Die Kantone dürfen die Kosten, die wegen des Aufenthalts in einem Heim im Rahmen der EL berücksichtigt werden, weiterhin begrenzen. Neu müssen sie aber dafür sorgen, dass durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit entsteht.
- Mit der Akut- und Übergangspflege wird eine neue Leistungsgruppe geschaffen. Akut- und Übergangspflege kann für höchstens zwei Wochen nach einem Spitalaufenthalt verordnet werden. Die Finanzierung richtet sich nach den Regeln der Spitalfinanzierung gemäss KVG.
- Die Vermögensfreibeträge für den Anspruch auf EL werden erhöht auf:

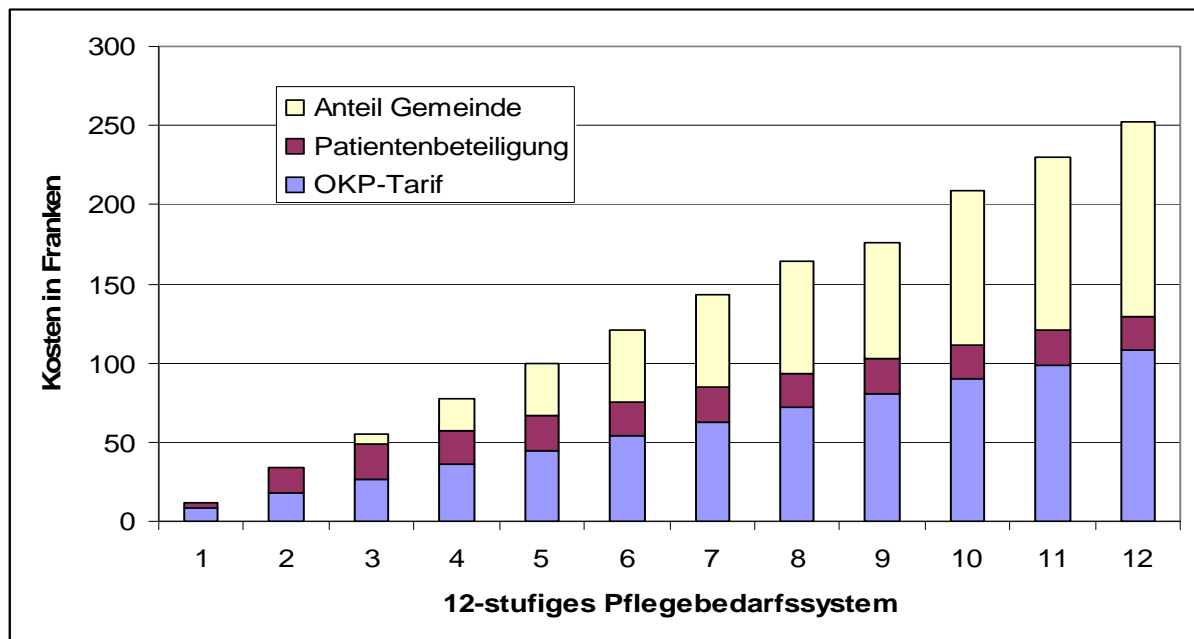
- 37'500 Franken für alleinstehende Personen
 - 60'000 Franken für Verheiratete und
 - 300'000 Franken bei selbstbewohnten Liegenschaften, sofern es sich bei den Eigentümern um ein Ehepaar handelt, bei dem ein Ehegatte im Heim und der andere zu Hause lebt oder eine Person zu Hause pflegebedürftig ist.
- Im Bereich der AHV wird mit dem neuen Bundesgesetz für Personen zu Hause eine Hilflosenentschädigung für Hilflosigkeit leichten Grades eingeführt (Art. 43^{bis} AHVG).

Der Bundesrat beabsichtigte ursprünglich, das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf den 1. Juli 2010 in Kraft zu setzen. Auf Druck der Kantone verschob der Bundesrat jedoch am 4. Dezember 2009 den Inkraftsetzungstermin auf den 1. Januar 2011.

Aus der Neuordnung resultiert für die Finanzierung der Pflegekosten im Bereich der stationären Langzeitpflege folgender Systemwechsel (schematisch für die höchste Pflegebedarfsstufe):



Die Krankenkassen zahlen neu einen schweizerisch einheitlichen Beitrag pro Tag und Pflegestufe an die Pflegekosten. Der Patientenanteil wird neu auf maximal 20 Prozent des höchsten Krankenkassenbeitrags begrenzt. Das entspricht gegenwärtig einer maximalen Patientenbeitrags von Fr. 21.60 pro Tag. Die ungedeckten Restkosten hat die öffentliche Hand zu tragen. Weiter schreibt das Bundesrecht einen Wechsel vom heute geltenden 4-stufigen Pflegebedarfssystem (BESA 1 bis BESA 4) auf ein 12-stufiges System vor. Damit werden die Pflegekosten in den Pflegeheimen künftig nach folgendem Schema auf die drei Kostenträger verteilt (schematisch):



Im Bereich der Finanzierung der ambulanten Pflegekosten sind die Veränderungen eher gering. Dies, weil die öffentliche Hand schon heute die ungedeckten Pflegekosten übernommen hat. Die Krankenkassen zahlen auch einen schweizerisch einheitlichen Beitrag pro Stunde an die Pflegekosten. Neu kann hingegen auch bei der ambulanten Langzeitpflege ein Teil der Pflegekosten der pflegebedürftigen Person übertragen werden (Patientenanteil). Der Patientenanteil wird ebenfalls auf maximal 20 Prozent des höchsten Krankenkassenbeitrags begrenzt. Das entspricht gegenwärtig einer maximalen Patientenbeteiligung von Fr. 15.95 pro Tag.

3.5 Gesetzliche Grundlagen Kanton

Im Zusammenhang mit der Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung sind folgende kantonalen Rechtserlasse von Bedeutung:

- Gesundheitsgesetz vom 1. Juni 2008 (GG; RB 30.2111);
- Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV vom 24. September 2007 (ELV; RB 20.2425);
- Verordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 15. November 1995 (RB 20.2202);
- Pflegeheimliste für den Kanton Uri vom 25. September 2007 (RB 20.2205);
- Reglement über die Baubeiträge nach dem Sozialhilfegesetz vom 15. März 2005 (BSR; RB 20.3425).

In gesundheitspolizeilicher Hinsicht sind die kantonalen Qualitätsrichtlinien für Institutionen der stationären Langzeitpflege⁶ zu erwähnen. Die Qualitätsrichtlinien gelten für alle Heime und Institutionen der stationären Langzeitpflege. Sie sollen primär den Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner sicherstellen und eine angemessene Qualität der Leistungen in den Pflegeeinrichtungen gewährleisten.

Im Zusammenhang mit der Umsetzung der NFA (NAFUR) erfuhr die Finanzierung der ambulanten Langzeitpflege eine grundlegende Änderung. Seit dem 1. Januar 2008 trägt der Kanton die alleinige Verantwortung für die Spitex. Die Gemeinden wurden von der bisherigen Mitfinanzierung entlastet; sie blieben jedoch weiterhin für die Versorgung ihrer Bevölkerung im Bereich stationärer Langzeitversorgung zuständig.

3.6 Situation ohne Gesetzesanpassung

Mit Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung gelten für die Finanzierung von ambulant oder stationär erbrachten Pflegeleistungen neue Regeln. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet neu nur noch einen Beitrag an die Pflegekosten (Art. 25a Abs. 1 und 2 KVG). Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages (Krankenkassenbeitrags) überwältzt werden. Die Kantone haben die Restfinanzierung zu regeln (Art. 25a Abs. 5 KVG).

Die Regelung, welches Gemeinwesen für die Übernahme der ungedeckten Pflegekosten aufzukommen hat, ist im Kanton Uri mit dem Gesundheitsgesetz geklärt: Der Kanton muss die ungedeckten Pflegekosten im ambulanten Bereich und die Gemeinden müssen die ungedeckten Pflegekosten im stationären Bereich übernehmen. Zahlungspflichtig ist dabei diejenige Gemeinde, in der die pflegebedürftige Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hat. Dabei ist es auch Sache des Kantons und der einzelnen Gemeinden, die maximale Patientenbeteiligung je in ihrem Zuständigkeitsbereich im Rahmen der Bundesgesetzgebung festzulegen.

Mit dem vorgelegten Gesetz über die Langzeitpflege (LPG) will der Kanton eine Grundlage schaffen, um die Gemeinden im Bereich der ungedeckten Pflegekosten (Pflegerestkosten) subsidiär zu entlasten. Weiter sollen Lücken in der Gesetzgebung geschlossen werden. Da das geltende Recht die Langzeitpflege generell nur rudimentär ordnet, lässt es zahlreiche Punkte offen, die für einen angemessenen Vollzug der bundesrechtlichen Neuordnung geregelt sein müssen. So fehlen heute etwa jegliche Regeln und Instrumente zur Preis- und Tarifbildung. Ohne Vorschriften zu den anrechenbaren Kosten, zur Zuständigkeit in der Tarif-

⁶ siehe unter <http://www.ur.ch/de/gsud/afg/pflegeheime-m870/>

gestaltung und zur Preiskontrolle bleibt letztlich unklar, welche Kosten für die Restfinanzierung durch die öffentliche Hand massgeblich sind und wer die Taxen festzulegen hat. All diese Unstimmigkeiten, Lücken und Fragen versucht das Langzeitpflegegesetz durch sachgerechte und ausgleichende Lösungen zu schliessen.

3.7 Fachliche Grundlagen Kanton Uri

Dem neuen Gesetz über die Langzeitpflege liegen folgende kantonalen Berichte zu Grunde.

3.7.1 Fachbericht "Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege im Kanton Uri"

Nachdem sich im Herbst 2007 die Lösungen auf Bundesebene abzeichneten, gab die Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion (GSUD) beim Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) einen Fachbericht zur Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege in Auftrag. Der Auftrag verfolgte die Ziele:

- die heutige Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege im Kanton Uri (Alters- und Pflegeheime, Spitex, Ergänzungsleistungen, Bausubventionierung usw.) zu überprüfen;
- die neuen bundesrechtlichen Vorgaben zur Pflegefinanzierung gemäss KVG und ELG zu analysieren;
- die notwendigen Anpassungen und Varianten allfälliger Neuregelungen aufzuzeigen.

Der Fachbericht⁷ kommt zu folgenden Ergebnissen:

- Zentrale Fragen bei der kantonalen Umsetzung bilden die Investitionskosten und die Aufteilung der Finanzierungsverantwortung zwischen Kanton und Gemeinden.
- Der finanzielle Druck auf die Langzeitpflegefinanzierung steigt an. Krankenkassen und Bund grenzen sich gegen die zu erwartenden Mehrkosten ab. Die wesentlichen "Finanzierungsrisiken" werden auf die kantonale oder kommunale Ebene übertragen.
- Im Sinne der Übereinstimmung von Aufgabe, Kompetenz und Verantwortung liegt es nahe, dass die Gemeinden als hauptsächlich Beteiligte in den Trägerschaften der Heime in die Finanzierung eingebunden werden.
- Die Gemeinden können über die Trägerschaften die Kosten der Heime effektiv und direkt beeinflussen. Der Einbezug der Gemeinden verbessert die Steuerung der stationären Langzeitpflege und setzt auch sinnvolle Anreize auf Gemeindeebene, die Umsetzung des Altersleitbilds und des Gesundheitsleitbilds mit dem Ziel der Förderung der ambulanten Pflege mitzutragen und zugleich rechtzeitig die notwendigen Investitionen im stationären Bereich zu tätigen.
- Es ist im stationären Bereich gerechtfertigt, die volle Patientenbeteiligung gemäss Bundesgesetz auszuschöpfen.

⁷ Fachbericht Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege im Kanton Uri vom 16. März 2009, siehe unter <http://www.ur.ch/de/gsud/afg/neuordnung-pflegefinanzierung-m2014/>

- Laut grober Abschätzung wird die Entlastung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner (Übernahme der Pflegerestkosten durch die Gemeinden) durch die Integration der Investitionskosten in die Heimtaxen in etwa aufgewogen.
- Im Bereich der Ergänzungsleistungen muss der Kanton Uri seine Obergrenzen anheben, da sich durch die Neuregelung der Finanzierung der Pflegevollkosten und die Integration der Investitionsbeiträge in die Heimtaxen eher noch höhere Tagestaxen ergeben.

Am 14. Januar 2009 stellte die GSUD den Fachbericht den Gemeinden, den Pflegeheimträgerschaften, den Leistungserbringern und weiteren Akteuren der Langzeitpflege anlässlich eines Workshops vor. Die wichtigsten Erkenntnisse wurden in Arbeitsgruppen diskutiert. Bis Ende Januar 2009 konnten die Gemeinden und Leistungserbringer zusätzlich schriftlich ihre Stellungnahme zum Fachbericht abgeben. Dabei zeigte sich, dass sie die im Bericht aufgeführten Resultate und Erkenntnisse grundsätzlich unterstützen.

3.7.2 Kantonale Pflegeheimplanung 2008 bis 2015

Artikel 39 KVG verpflichtet die Kantone, eine Pflegeheimliste zu führen. Mit der Aufnahme einer stationären Pflegeeinrichtung auf die Liste erhält diese die Berechtigung, Pflegeleistungen an eine festgelegte Zahl allgemein versicherter Personen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung zu erbringen.

Für die Pflegeheimplanung 2008 bis 2015 des Kantons Uri liess die GSUD eine Studie durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) in Zusammenarbeit mit dem Universitären Institut Alter und Generationen (INAG) erarbeiten, die die statistischen Grundlagen zur Pflegeheimplanung auf einer regionalen Basis⁸ liefert. In einem ersten Schritt berechnete man die demografische Entwicklung der älteren Bevölkerung anhand der Szenarien des Bundesamtes für Statistik. Danach zeichnet sich die Entwicklung der älteren Wohnbevölkerung im Kanton Uri wie folgt ab:

Demografische Szenarien zur Entwicklung der älteren Wohnbevölkerung im Kanton Uri, 2000 bis 2020

Wohnbevölkerung insgesamt					
Altersklassen	2000	2005	2010	2015	2020
65-69	1'504	1'505	1'838	2'009	2'131
70-74	1'378	1'370	1'386	1'707	1'874
75-79	1'263	1'189	1'198	1'220	1'508
80-84	850	981	931	959	990
85-89	487	549	658	643	667

⁸ Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2008 bis 2015 im Kanton Uri, Schlussbericht vom 4. Mai 2007. Der Bericht kann unter <http://www.ur.ch/dateimanager/pflegeheimplanung-schlussbericht.pdf> heruntergeladen werden.

Wohnbevölkerung insgesamt					
Altersklassen	2000	2005	2010	2015	2020
90-94	188	230	275	340	351
95+	26	59	85	110	148
65+	5'696	5'883	6'371	6'988	7'669
85+	701	838	1'018	1'093	1'166

Quelle: Schlussbericht Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2008 bis 2015 im Kanton Uri vom 4. Mai 2007

Aufgrund der demografischen Entwicklung wurde in einem zweiten Schritt die Anzahl pflegebedürftiger Personen ermittelt. Der Studie liegt die Annahme zu Grunde, dass 54 Prozent aller pflegebedürftigen Personen stationäre Pflege benötigen.

Die Studie kommt zum Schluss, dass der Bedarf an stationären Pflegeplätzen mit den zur Verfügung stehenden Pflegebetten (inkl. Neubau Rüttigarten und Ausbau Gosmergartä) kurz- bis mittelfristig gedeckt werden kann. Ab 2020 könnte sich allerdings ein Mangel abzeichnen. Dieser Mangel lässt sich jedoch auffangen, indem die verfügbaren Altersheimplätze ausschliesslich zu Pflegezwecken genutzt werden. Da längerfristig eher von einem moderaten Rückgang der Pflegebedürftigkeitsquote auszugehen ist, kann die stationäre Langzeitpflege-Versorgung wahrscheinlich auch längerfristig mit dem momentan zur Verfügung stehenden Bettenangebot gewährleistet werden (siehe Tabelle in der Beilage 1).

Das Ergebnis der Studie bildete die Grundlage für die kantonale Pflegeheimliste vom 25. September 2007 (RB 20.2205).

4 Weshalb eine neue Gesetzgebung über die Langzeitpflege?

4.1 Bedeutung der Langzeitpflege

Die Zahl der über 80-jährigen Personen und mit ihr die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen wachsen auch im Kanton Uri stetig an. Die gesellschaftliche Bedeutung der Alters- und Pflegeheime sowie der Spitexdienste nimmt entsprechend laufend zu. Die finanziellen Beteiligungen, die die soziale Krankenversicherung, die Patientinnen und Patienten und die öffentliche Hand an diese Institutionen und Dienste leisten, sind enorm. Ein Vorgehen mit bloss partieller Gesetzgebung würde der gesellschaftspolitischen Interessenlage und der volkswirtschaftlichen und gesundheitsökonomischen Tragweite nicht gerecht. Die meisten Kantone regeln bereits heute die Langzeitpflege umfassend auf Stufe eines formellen Gesetzes. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf Bundesebene wird deshalb zum Anlass genommen, die Langzeitpflege innerhalb unseres Kantons umfassend zu ordnen.

4.2 Neues Vergütungssystem als Grundlage für Bundesrechtsvollzug

Mit Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung richten die Krankenversicherer als Pflichtleistungen der Grundversicherung nur mehr einen Beitrag an die Pflegekosten aus (Art. 25a KVG). Diese Beiträge werden nicht mehr vertraglich zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart, sondern neu vom Bundesrat für die ganze Schweiz einheitlich festgelegt (Art. 25a Abs. 4 KVG). Da die Leistungserbringer Anspruch auf volle Vergütung ihrer Pflegeleistungen haben, werden die nach Abzug der Kassenbeiträge verbleibenden Pflegekosten auf die Patientinnen und Patienten und die Kantone bzw. die Gemeinden verteilt (Art. 25a Abs. 5 KVG). Damit besteht ein Interesse dieser Kostenträger, dass ihnen nicht willkürlich Kosten überwältzt werden. Andererseits sind auch die Leistungserbringer daran interessiert, dass sie eine angemessene Kostendeckung erhalten. Solange jegliche Regeln und Instrumente zur Preis- und Tarifbildung fehlen, bleibt unklar, welche Kosten für die Restfinanzierung durch die öffentliche Hand massgeblich sind und wer die Taxen festzulegen hat. Ein angemessener Vollzug der bundesrechtlichen Neuordnung ist nicht möglich. Es ist folglich mittels einer geeigneten Gesetzgebung ein Vergütungssystem zu schaffen, das Transparenz, Klarheit und Rechtssicherheit gewährleistet.

4.3 Weiterer gesetzgeberischer Handlungsbedarf

Weiter bestehen im geltenden Recht (neben den oben erwähnten Lücken) auch Unstimmigkeiten, die es auszuräumen gilt. So wirkt etwa stossend, dass nach geltendem Recht die einzelnen Gemeinden für die Festlegung der Patientenbeteiligung ihrer Wohnbevölkerung zuständig sind. Damit wäre es nämlich möglich, dass in einem Heim - je nach Herkunft der Bewohnerinnen und Bewohner - unterschiedlich hohe Patientenbeteiligungen gelten.

Schliesslich sind hinsichtlich kostenübernahmepflichtiger Gemeinde auch Konstellationen denkbar, bei denen das geltende Recht zu krass unbilligen Ergebnissen führt. So etwa bei freiwilligen und selbstbestimmten Heimeintritten von Personen ausserhalb der Wohnsitzgemeinde. In diesen Fällen begründet der Heimaufenthalt einen neuen (zivilrechtlichen) Wohnsitz, so dass die Standortgemeinde automatisch für die Restfinanzierung aufkommen müsste. Es braucht deshalb eine Lastenausgleichsregelung zwischen Standort- und Herkunftsgemeinden. Handlungsbedarf besteht im Übrigen auch bei den Ergänzungsleistungen, wo die Begrenzungsregeln an das neue Bundesrecht anzupassen sind.

4.4 Entlastung der Gemeinden durch Kantonsbeiträge und differenzierte Kostenübernahmeregelung

Mit dem vorliegenden Gesetz über die Langzeitpflege (LPG) will der Kanton ein vollzugstaugliches und konsistentes Versorgungs- und Vergütungssystem für die Langzeitpflege schaffen, das einen einwandfreien und sachgerechten Vollzug des Bundesrechts ermöglicht

und darüber hinaus sachgerechte Finanzierungslösungen bereitstellt. Der vorliegende Entwurf sieht deshalb auch vor, dass der Kanton die Gemeinden im Bereich der ungedeckten Pflegekosten (Pflegerestkosten) durch Beiträge subsidiär entlasten kann. Schliesslich wird ein differenzierter Anknüpfungstatbestand für die Restfinanzierung vorgeschlagen, der eine Benachteiligung unter den Gemeinden ausschliessen soll.

5 Vernehmlassung

Am 6. November 2009 eröffnete der Regierungsrat das Vernehmlassungsverfahren zur "Neuordnung der Langzeitpflege im Kanton Uri". Die interessierten Kreise konnten bis zum 31. Januar 2010 ihre Stellungnahmen einreichen. Angeschrieben wurden insgesamt 51 Adressaten. Sie wurden gebeten, ihre Meinung zu zentralen Themen anhand eines Fragenkatalogs abzugeben. Auf Anfrage des Urner Gemeindeverbands wurde die Vernehmlassungsfrist bis Mitte Februar 2010 verlängert.

Die Vernehmlasserteilnehmerinnen und -teilnehmer unterstützen die Grundzüge der Vorlage einhellig. Durchwegs begrüsst wurden die Zielsetzungen und die Form der Vorlage als Gesamtpaket. Praktisch alle bezeichneten die vorgeschlagenen Lösungen als ausgewogen. Die Vernehmlassungsantworten zu Detailfragen waren geprägt durch die jeweiligen finanziellen Interessen.

Folgende Interessengruppen gaben eine Stellungnahme ab:

Interessengruppe	Anzahl	Wer
Einwohnergemeinden	20	Attinghausen, Seelisberg, Wassen, Bauen, Bürglen, Seedorf, Erstfeld, Silenen, Hospental, Gurtellen, Unterschächen, Spiringen, Andermatt, Realp, Isenthal, Bürglen, Altdorf, Schattorf, Flüelen, Sisikon
Politische Parteien	5	FDP Uri, CVP Uri, SP Uri, SVP Uri, Grüne Bewegung Uri
Ambulante und stationäre Leistungserbringer	11	Spitex Uri, Urner Altersheim, Kantonsspital Uri, Betagtenheim Ursern, Betagtenheim Oberes Reusstal, Spannort Erstfeld, Rüttigarten Schattorf, Pflegewohngruppe Höfli Altdorf, Rosenberg Altdorf, Alterspension Seerose Flüelen, Urner Altersheim Flüelen, Gosmergartä Bürglen

Interessengruppe	Anzahl	Wer
Innerkantonale Organisationen und Verbände	6	Curaviva Uri, Pro Senectute Uri, Korporation Uri, Korporation Ursern, Kantonale Alterskommission, Frauenbund Uri
Kantonsbehörden	1	Finanzdirektion
Interkantonale Organisationen und Verbände	4	santésuisse, Spitex privée Suisse, Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Zentralschweiz, Kinderspitex Zentralschweiz
Total	47	

5.1 Ergebnisse der Vernehmlassung

Die zentralen Stellungnahmen und die Antworten zum Fragenkatalog werden nachstehend summarisch aufgelistet:

a) Kantonsbeitrag

Das Hauptinteresse der Vernehmlassenden galt dem Thema Kantonsbeitrag. Einige Gemeinden und politische Parteien hätten die Entlastung der Gemeinden lieber im Rahmen des kantonalen Finanz- und Lastenausgleichs (FILAG) gesehen. Umgekehrt anerkennen auch sie, dass eine Änderung des FILAG aktuell nicht opportun ist, weshalb eine solche Lösung erst zu einem späteren Zeitpunkt geprüft werden soll.

Manche Gemeinden stören sich daran, dass der Landrat den Kantonsbeitrag an die Pflegerestkosten auf Verordnungsstufe festlegt. Sie möchten den Kantonsbeitrag als Prozentsatz im Gesetz über die Langzeitpflege (LPG) festgeschrieben haben. Einzelne Gemeinden fordern zudem einen höheren Beitrag als die vorgeschlagenen 30 Prozent. Zudem fordern sämtliche Gemeinden, die Obergrenze von 3 Mio. Franken fallen zu lassen. Weiter soll der Kantonsbeitrag an die Investitionskosten (Pauschale von 150'000 Franken) der Teuerungsentwicklung angepasst werden.

b) Patientenbeteiligung

Sämtliche Vernehmlassungsteilnehmer sind mit der in der Vorlage vorgesehenen maximalen Patientenbeteiligung für die stationäre Langzeitpflege einverstanden. Bei der Patientenbeteiligung für die ambulante Langzeitpflege (Spitex) gehen die Meinungen auseinander: Während die meisten Gemeinden damit einverstanden sind, dass auch hier die maximale Patientenbeteiligung erhoben wird, wollen die Spitex Uri, Pro Senectute Uri, Alterskommission Uri sowie einzelne politische Parteien den ambulanten Bereich begünstigen. Konkret wünschen

sie, dass die Patientenbeteiligung für die ambulante Langzeitpflege nur die Hälfte der maximal möglichen Beteiligung betragen soll oder ganz auf eine Patientenbeteiligung zu verzichten sei.

Weiter verlangen einige Gemeinden, dass die Patientenbeteiligungen für die ambulante und stationäre Langzeitpflege nicht in der Verordnung, sondern im Gesetz festgeschrieben werden.

c) Für die EL anrechenbare Höchstattaxe

Die für die Berechnung der EL-Höchstattaxe vorgesehene Anknüpfung an die Tarife der 2-Bett-Zimmer halten die Vernehmlassungsteilnehmer mehrheitlich für unbefriedigend. Sie fordern, dass auch die 1-Bett-Zimmer in die Berechnung einbezogen werden. Als zusätzliche Zielgrösse schlagen die Gemeinden zudem einen Passus vor, wonach die berechnete EL-Höchstattaxe für mindestens 95 Prozent aller EL-Bezüger in den Pflegeheimen die Heimkosten decken soll. Einzelne Gemeinden verlangen auch, dass die EL-Höchstattaxe so festzulegen sei, dass generell keine Sozialhilfeabhängigkeit entstehen kann.

d) Zuschlag für an Demenz erkrankte Personen

Insbesondere die Urner Pflegeheime fordern in ihren Stellungnahmen, einen Zuschlag für demenzkranke Personen auch in Fällen erheben zu können, wo diese nicht in geschützten Wohngruppen leben. Sie begründen das damit, dass der personelle Aufwand für die Betreuung von demenzkranken Personen generell höher sei.

5.2 Berücksichtigte Anliegen

Aus den Vernehmlassungsantworten haben sich mehrere Punkte herauskristallisiert, die eine Anpassung der Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen als sachlich begründet und gerechtfertigt erscheinen lassen.

Aufgenommen wird etwa die Forderung der Gemeinden, den Kantonsbeitrag an die Pflegekosten mit einem festen Prozentsatz im Gesetz über die Langzeitpflege (LPG) festzulegen (Artikel 25). Das schafft Rechts- und Budgetsicherheit. Ebenfalls nachgekommen wird in diesem Zusammenhang dem Anliegen der Gemeinden, auf eine Obergrenze des Kantonsbeitrags zu verzichten. Zudem soll der Kantonsbeitrag an die Investitionskosten indexiert werden, so dass er mit der Teuerungsentwicklung Schritt hält.

Schliesslich wird auch bei der für die EL anrechenbaren Höchstattaxe der Forderung der Gemeinden nachgekommen, wonach für die Berechnung der Höchstattaxe auf die Tarife der 1- und Mehrbettzimmer abgestützt wird. Dies, weil die Einzelzimmerbelegung in den Heimen heute zunehmend den Standard bildet. Auch der Wunsch der Gemeinden, dass die EL-Höchstattaxe bei mindestens 95 Prozent der EL-Bezüglerinnen- und -Bezüger die Heimkosten zu decken vermag, ist in der entsprechenden Verordnung jetzt enthalten.

Der Zuschlag für die spezifische Betreuung soll künftig für alle an Demenz erkrankten Personen erhoben werden können. Damit entfällt die Einschränkung auf demenzkranke Personen in geschützten Wohngruppen.

Zu betonen ist, dass die Berücksichtigung dieser Anliegen zu beträchtlichen Mehrkosten für den Kanton führen.

5.3 Nicht berücksichtigte Anliegen

Der Regierungsrat ist der Ansicht, dass die Höhe der Patientenbeteiligung - wie in der Vernehmlassungsvorlage vorgeschlagen - vom Landrat festgelegt werden soll. Zum einen sind solche sozialpolitischen Entscheide richtigerweise beim Landrat angesiedelt. Zudem birgt die fixe Festlegung der Patientenbeteiligung auf Gesetzesstufe Effizienzrisiken. Indem der Landrat die Patientenbeteiligung auf Verordnungsstufe festlegt, wird die notwendige Flexibilität gewahrt. Der Landrat hat die Möglichkeit, bei einer sich ändernden Versorgungssituation Schwerpunkte zu setzen (z. B. ambulant vor stationär) und es kann auch fristgerecht auf allfällige Änderungen der vom Bundesrat festgelegten Tarife reagiert werden.

Der Forderung einiger Gemeinden, dass die EL-Höchstattaxe in jedem Fall sämtliche Heimkosten zu decken vermag, beziehungsweise dass bei einem Heimaufenthalt generell keine Sozialhilfeabhängigkeit entsteht, kann und will der Regierungsrat nicht entsprechen. Es widerspräche dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit und Gerechtigkeit, dass eine Sozialversicherung in jedem Fall sämtliche anfallenden Kosten übernimmt.

6 Ziele des Gesetzes über die Langzeitpflege

Das neue Gesetz über die Langzeitpflege und die ergänzenden Vollzugsbestimmungen verfolgen folgende Ziele:

- Die gesetzlichen Grundlagen zur Entlastung der Gemeinden bei den stationären Pflegekosten und zur Beitragsleistung an Investitionen werden geschaffen.
- Die Benachteiligung von Gemeinden mit einer Pflegeeinrichtung wird durch einen differenzierten Zuständigkeitswohnsitz vermieden.

- Die freie Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern wird für die pflegebedürftigen Personen sichergestellt und die damit verbundene Kostenübernahme wird geregelt.
- Für die Leistungserbringer wird eine Leistungs- und Aufnahmepflicht innerhalb des ganzen Kantonsgebiets statuiert.
- Die Taxstruktur und die Berechnung der Taxen werden vereinheitlicht, so dass die notwendige Transparenz und Vergleichbarkeit hergestellt werden.
- Die Abrechnungsregeln zwischen Leistungserbringern und Patientinnen/Patienten sowie zwischen den Leistungserbringern und der öffentlichen Hand werden festgelegt.
- Die Gemeinden erhalten Instrumente, um die Sicherstellung der Versorgung ihrer Wohnbevölkerung im Bereich der stationären Langzeitpflege besser steuern zu können (Leistungsvereinbarungen, Kontrolle und Genehmigung der Taxen usw.).
- Die pflegebedürftigen Personen (Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner, Spitex-Klientinnen und -Klienten) werden vor der Verrechnung von ungerechtfertigten oder willkürlichen Taxen geschützt (Tarifschutz).
- Das System der für die Berechnung der Ergänzungsleistung massgeblichen Höchsttaxen in Pflegeheimen wird angepasst.

7 Grundzüge des neuen Gesetzes über die Langzeitpflege

7.1 Grundsätzliches

Um die Bedürfnisse der Gemeinden und der Leistungserbringer bei der Ausarbeitung der Gesetzesgrundlagen möglichst frühzeitig und umfassend berücksichtigen zu können, rief die GSUD eine Begleitgruppe ins Leben. In dieser Begleitgruppe waren die Gemeinden, die Leistungserbringer sowie die Alterskommission vertreten. Die Begleitgruppe gab wichtige Hinweise für die Erarbeitung der Rechtsgrundlagen. Zudem empfahl sie der GSUD auch Massnahmen für die Kommunikation und Information im Vernehmlassungsverfahren.

Weitere wichtige Grundlagen für die vorliegenden Rechtserlasse bildeten die Erkenntnisse und Empfehlungen des Fachberichts über die Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege im Kanton Uri⁹ und die Empfehlungen der GDK¹⁰.

Die im vorliegenden Gesetzgebungspaket enthaltenen Rechtserlasse wollen das Grundprinzip der "Subjektfinanzierung" bei der stationären Langzeitpflege stärken. Die Leistungserbringer sollen den Patientinnen und Patienten grundsätzlich die betriebswirtschaftlich berechneten Vollkosten (Taxen oder Preise) in Rechnung stellen. Patientinnen und Patienten,

⁹ Fachbericht Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege im Kanton Uri vom 16. März 2009, siehe unter <http://www.ur.ch/de/gsud/afg/neuordnung-pflegefinanzierung-m2014>

¹⁰ Empfehlungen zur Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 22. Oktober 2009

die aufgrund ihrer Einkommens- und Vermögenssituation nicht die in Rechnung gestellten Steuern bezahlen können, werden subsidiär durch die Ergänzungsleistungen (EL) unterstützt. Das Grundprinzip der subjektorientierten Finanzierung ist nicht nur finanzpolitisch, sondern auch aus alters- und versorgungspolitischer Sicht sinnvoll und verantwortbar. Es steuert dazu bei, dass die vergleichsweise teureren Pflegeheimplätze gegenüber alternativen Versorgungssystemen (z. B. Spitex, Alterswohnungen usw.) zurückhaltender genutzt werden (Lenkungswirkung). Eine Einschränkung erfährt die subjektorientierte Finanzierung durch die Vorgaben im Bundesgesetz, wonach die Patientenbeteiligung an den Pflegekosten beschränkt wird und die Pflegerestkosten von der öffentlichen Hand zu übernehmen sind. Weiter soll der Investitionsbeitrag des Kantons bei der Neuschaffung von Pflegeheimplätzen (Art. 26 LPG) als Element der "Objektfinanzierung" beibehalten werden.

Wegen der bislang fehlenden Datengrundlagen ist es allerdings schwierig, die finanziellen und versorgungsspezifischen Auswirkungen abschätzen und berechnen zu können. Gleichwohl gilt es zu verhindern, dass für Patientinnen und Patienten und für Leistungserbringer falsche Anreize, zum Beispiel zu unwirtschaftlichem Verhalten, geschaffen werden.

7.2 Aufgabenteilung

Die Betreuung und Beherbergung von Menschen mit altersbedingten Einschränkungen sind in der Schweiz traditionellerweise kommunale Aufgaben. Die Verantwortung sowohl für die ambulante wie auch für die stationäre Langzeitpflege liegt daher in den meisten Kantonen vollumfänglich bei den Gemeinden. Im Kanton Uri teilen sich der Kanton und die Gemeinden diese Verantwortung (stationäre Langzeitpflege = Gemeinden, ambulante Langzeitpflege = Kanton). Diese Aufgabenteilung wurde im Rahmen der Umsetzung der NFA im Kanton Uri auf 1. Januar 2008 konsequent vollzogen.

Heute zeigt sich, dass diese Aufgabenteilung aus Sicht der Patientinnen und Patienten und auch aus Sicht der Leistungserbringer gut funktioniert. Auch der Fachbericht "Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege im Kanton Uri" stellt diese Aufgabenteilung nicht in Frage.

Damit wird in den vorliegenden Rechtserlassen von folgender Aufgabenteilung ausgegangen:

	Leistungserbringer	Verantwortlich
stationäre Langzeitpflege	Pflegeheime	Gemeinden
ambulante Langzeitpflege	<ul style="list-style-type: none"> – Spitex – freipraktizierende Pflegefachpersonen – Tagesheim 	Kanton
Akut- und Übergangspflege	<ul style="list-style-type: none"> – Spitex – freipraktizierende Pflegefachpersonen – Pflegeheime 	Kanton

Neben den oben genannten Aufgaben ist der Kanton im Gesundheitswesen auch für die (akut-somatische) Spitalversorgung der Urner Bevölkerung zuständig. Dabei wird die Grundversorgung im Kantonsspital Uri (KSU) und in der Psychiatrischen Klinik Zugensee (PKZS) sichergestellt. Die Spezialversorgung wird durch ausserkantonale Kliniken gewährleistet. In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass aufgrund der neuen Spitalfinanzierung ab 2012 dem Kanton zusätzlich erhebliche Mehrkosten entstehen. Zudem hat der Kanton in Bereichen, wo im Kanton Uri keine freischaffenden Leistungserbringer tätig sind, mit ambulanten Diensten Leistungsaufträge abgeschlossen (Sozialpsychiatrischer Dienst, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, Ergo- und Physiotherapie für Kinder HPZ, Lungenliga, Entlastungsdienst SRK).

Der Kanton finanziert diese Versorgungsaufgaben mit folgenden Beträgen pro Jahr (Daten 2009):

Innerkantonale Spitalversorgung (inkl. PKZS)	17,2 Mio. Franken
Ausserkantonale Spitalversorgung	7,2 Mio. Franken
Ambulante Dienste	<u>0,8 Mio. Franken</u>
TOTAL	25,2 Mio. Franken

7.3 Zuständigkeit der Gemeinden

Nach heutiger Regelung ist für die Übernahme der Pflegerestkosten diejenige Gemeinde zahlungspflichtig, in der die pflegebedürftige Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hat. Da aber in den verschiedenen Pflegeheimen keine einheitliche Praxis betreffend den zivilrechtlichen Wohnsitz der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner herrscht, soll mit dem vorliegenden Gesetz ein besserer Anknüpfungspunkt für die Zuständigkeit beziehungsweise Zah-

lungspflicht der Gemeinden gefunden werden. Neu soll für die Restfinanzierung diejenige Gemeinde zuständig sein, in der die pflegebedürftige Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz unmittelbar vor Eintritt in die Pflegeeinrichtung hatte. Dies gilt auch für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des vorliegenden Gesetzes bereits in einem Pflegeheim leben. Durch die dauerhafte Anknüpfung an den Wohnsitz im Zeitpunkt des Eintritts wird verhindert, dass bei Heimaufenthalten ausserhalb der Wohnsitzgemeinde die Pflegeheim-Standortgemeinde kostenübernahmepflichtig wird.

7.4 Investitionen und Investitionskosten

Die Thematik der Investitionen bzw. der Investitionskosten ist für die stationäre Langzeitpflege (Pflegeheime) relevant. In der ambulanten Langzeitpflege hat sie kaum Bedeutung, da hier nur marginale Investitionen getätigt werden müssen.

Bisher bildeten die Artikel 40 und 41 des Sozialhilfegesetzes (SHG; RB 20.3421) sowie das Reglement über die Baubeiträge (BSR; RB 20.3425) die Grundlage für die Ausrichtung von kantonalen Investitionsbeiträgen beim Bau oder Umbau von Pflegeheimen. Basierend darauf leistete der Kanton in den letzten 25 Jahren Investitionsbeiträge von rund 41 Mio. Franken (rund 41 Prozent des anrechenbaren Gesamtbauvolumens von 102 Mio. Franken). Dank dieser Kantonssubventionen konnten die meisten Neu- und Umbauten von Pflegeheimen ohne direkte Beiträge der Gemeinden finanziert werden. Die nach Abzug des kantonalen Baubeitrags verbleibenden Investitionskosten wurden in der Regel durch Hypotheken fremdfinanziert.

Da die Gemeinden die stationäre Langzeitpflege für ihre Wohnbevölkerung sicherstellen müssen, sind die Gemeinden bzw. die Trägerschaften der Pflegeheime auch vollumfänglich verantwortlich für die Planung und Durchführung der dazu notwendigen Investitionen. Sie entscheiden, was zu welchem Zeitpunkt und in welchem Standard gebaut wird. Im Sinne der Einheit von Aufgabe, Verantwortung und Kompetenz und unter Berücksichtigung der fiskalischen Äquivalenz wären die Gemeinden damit auch für die vollständige Finanzierung der notwendigen Investitionen zuständig. Der Kanton will die Gemeinden aber bei der Sicherstellung eines ausreichenden Angebots an Pflegeplätzen auch weiterhin unterstützen. Daher sieht der Gesetzesentwurf vor, dass der Kanton an die Bauinvestitionen von neuen Pflegeplätzen, die gewissen Kriterien entsprechen, einen Pauschalbeitrag von 150'000 Franken pro Pflegeplatz leistet (Art. 26 LPG), wobei der Beitrag zusätzlich indexiert wird. Basis bildet der Zürcher Baukostenindex 2010. Dieser Index wird einmal jährlich berechnet, und zwar jeweils auf den 1. April¹¹. Der Beitrag von 150'000 Franken entspricht gegenwärtig rund 50 Prozent der durchschnittlichen Investitionskosten pro Pflegeheimplatz.

¹¹ Der Index wird jeweils im Juni veröffentlicht.

7.5 Patientenbeteiligung

Nach dem Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung darf der Anteil der Patientinnen und Patienten an den Pflegevollkosten (Patientenbeteiligung) maximal 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgelegten Krankenkassenbeitrags (Art. 25a Abs. 5 KVG) betragen. Der Bundesrat legte diese Tarife in Artikel 7a der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; SR 832.112.31) fest. Ab 1. Januar 2011 gelten folgende maximale Patientenbeteiligungen:

- 21.60 Franken pro Tag für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner
- 15.95 Franken pro Tag für Patientinnen und Patienten der ambulanten Pflege

Wie bis anhin müssen die Patientinnen und Patienten zusätzlich zu dieser Patientenbeteiligung die freiwillig gewählte individuelle Franchise pro Jahr und den Selbstbehalt bezahlen.

Damit die Vergleichbarkeit und Transparenz der für die Patientinnen und Patienten anfallenden Kosten gewährleistet ist, soll kantonsweit dieselbe maximale Patientenbeteiligung gelten. Der Landrat soll die Höhe der Patientenbeteiligung - je für die stationäre und die ambulante Langzeitpflege - festlegen (Art. 9 und 14 LPG). Dabei hat er sich an den vom Bundesgesetz vorgegebenen Rahmen zu halten (maximal 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgelegten Krankenkassenbeitrags).

7.5.1 Ambulante Langzeitpflege

Im Bereich der ambulanten Pflege (Spitex) entstanden den Patientinnen und Patienten im Kanton Uri bisher (ausser dem Selbstbehalt und der Franchise) keine Kosten. Der Kanton übernahm sämtliche Restkosten der Spitex-Pflege bzw. die nicht gedeckten gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

Den ambulanten Pflege-Patientinnen und -Patienten dürfen neu maximal 15.95 Franken pro Tag als Patientenbeteiligung in Rechnung gestellt werden. Die maximale Patientenbeteiligung im ambulanten Bereich liegt damit um gut 25 Prozent tiefer als in einem Pflegeheim. Somit kann auch mit der Einführung einer Patientenbeteiligung für Spitex-Patientinnen und -Patienten dem Grundsatz "ambulant vor stationär" nachgekommen werden. Zudem wird die Pflege zu Hause gezielt gefördert, indem der Kanton die nichtpflegerischen Spitex-Leistungen (Haushilfe, Familienhilfe und Mahlzeitendienst) weiterhin und im bisherigen Umfang via Programmvereinbarung subventioniert.

7.5.2 Stationäre Langzeitpflege

Das Schema auf Seite 10 zeigt, wie die Heimkosten bisher aufgeteilt und finanziert wurden. Die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner bezahlten die von den Pflegeheimen in Rech-

nung gestellten Heimkosten abzüglich des Krankenkassenbeitrags. Bisweilen ging man davon aus, dass die Krankenkassenbeiträge die Pflegekosten decken. In der Realität (gemäss Kostenstellenrechnung KORE LAK) lagen und liegen die Pflegekosten bereits seit Längerem über den Krankenkassenbeiträgen. Einen Teil der Pflegekosten wurde daher in die Pensions- und Betreuungstaxen verschoben, was genau genommen gegen den Grundsatz des Tarifschutzes (Art. 44 KVG) verstösst. Nach dem Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung ist das klar unzulässig und muss unterbunden werden.

Neu muss die öffentliche Hand unabhängig von den Einkommens- und Vermögensverhältnissen der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner die Pflegerestkosten übernehmen. Die Kostenbeteiligung für Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen nimmt dadurch gegenüber heute grundsätzlich ab. Um die Gemeinden nicht zusätzlich finanziell zu belasten, soll im stationären Bereich die volle Patientenbeteiligung (20 Prozent) ausgeschöpft und auf die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner überwältzt werden. Dieser Trend zeichnet sich schweizweit ab.

7.6 Kantonsbeitrag an die Gemeinden zur Entlastung im Bereich der Pflegerestkosten

Einzelne Gemeinden dürften in finanzielle Schwierigkeiten geraten, wenn sie die vom Bundesrecht auferlegten ungedeckten Kosten des stationären Pflegebereichs alleine übernehmen müssten. Der Kanton will die Gemeinden deshalb mit einem Beitrag von 30 Prozent der durchschnittlich von den Gemeinden pro Pflegetag und Pflegebedarfsstufe zu übernehmenden Pflegerestkosten entlasten. Das Langzeitpflegegesetz schafft die Rechtsgrundlagen dazu. Im Übrigen erscheint eine höhere Entlastung durch den Kanton nicht vertretbar, da sie dem Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz zuwiderlaufen würde. Die entworfene Verordnung sieht dazu ein analoges System wie bei der Schülerpauschale vor. Gemäss den Kostenrechnungen von Curaviva Uri (KORE LAK) gibt es bei den in den verschiedenen Pflegeheimen anfallenden Pflegerestkosten erhebliche Unterschiede. Die Entlastung der Gemeinden mittels Pauschalen pro Tag und Pflegestufe, die unabhängig von den effektiv in den Heimen anfallenden Pflegerestkosten ermittelt werden, ist gerechtfertigt. Denn es sollen alle Gemeinden die gleich hohen Kantonsbeitragspauschalen erhalten.

7.7 Für die Ergänzungsleistungen (EL) anrechenbare Pflegeheimkosten

Der Bund hat im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung den Vermögensfreibetrag bei Alleinstehenden von heute 25'000 auf 37'500 Franken und bei Ehepaaren von 40'000 auf 60'000 Franken erhöht. Zudem führte er einen zusätzlichen Freibetrag von 300'000 Franken für Liegenschaften ein, wenn ein Ehegatte im Heim lebt und der andere im gemeinsamen Wohneigentum. Bislang sind rund die Hälfte aller Pflegeheimbewohner im Kanton Uri (rund

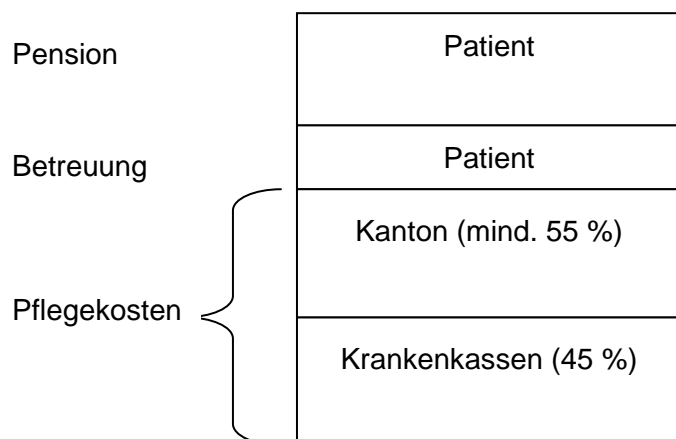
300 Personen) EL-Bezüger, während nur einzelne Spitex-Patientinnen und -Patienten EL beziehen. Die veränderten Anspruchsvoraussetzungen dürften zu einer Zunahme von EL-berechtigten Personen führen. Das Bundesrecht überträgt die Finanzierung der durch den Heimaufenthalt entstehenden Kosten, soweit sie über die Kosten hinausgehen, die im betreffenden Fall bei einem Aufenthalt zuhause entstehen würden, den Kantonen. Umgekehrt können die Kantone die für die EL-Berechnung zu berücksichtigenden Heimkosten begrenzen. Von der Begrenzungsmöglichkeit soll Gebrauch gemacht werden.

Der Entwurf sieht vor, dass die für die EL anrechenbaren Heimkosten nicht in Franken, sondern durch normative Ansätze begrenzt werden. Dabei gilt der Grundsatz, dass im Sozialversicherungsbereich nicht alle Kosten übernommen werden müssen. Die massgeblichen Höchsttaxen sollen daher auf der Grundlage von durchschnittlichen Kosten festgelegt werden.

7.8 Akut- und Übergangspflege

Mit Änderung vom 24. Juni 2009 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung (KLV; SR 832.112.31) haben der Bundesrat bzw. das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) klargestellt, dass weder hinsichtlich des Leistungskatalogs noch in Bezug auf die Leistungserbringer Unterschiede zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen und den Leistungen der Akut- und Übergangspflege bestehen. Leistungserbringer sind jeweils Pflegeheime, Organisationen der Krankenpflege und -hilfe zu Hause und Pflegefachpersonen. Die anerkannten Leistungen sind in der KLV umschrieben. Letztlich unterscheiden sich die beiden erwähnten Leistungsarten somit lediglich hinsichtlich der Finanzierung.

Von den Leistungen der Akut- und Übergangspflege sind einerseits die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (Hotellerie) sowie für Betreuung in den Pflegeheimen und andererseits die ambulanten hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen zu unterscheiden. Diese Leistungen sind von der neuen Pflegefinanzierung nicht betroffen.



Die durch die Akut- und Übergangspflege für den Kanton anfallenden Kosten lassen sich kaum beziffern. Es ist zum heutigen Zeitpunkt nicht klar, wie hoch die Pauschalen sein werden. Ebenso ist unklar, wie sich das Patientenvolumen entwickeln wird und wie lange die Akut- und Übergangspflege im Einzelfall verordnet wird (maximal 14 Tage). Unter der Annahme, dass rund 100 Patientinnen und Patienten pro Jahr Akut- und Übergangspflege beanspruchen, ergibt sich unter Anwendung weiterer Annahmen folgende geschätzte Kostenfolge für den Kanton:

Anzahl Fälle/Jahr	120
Maximale Aufenthaltsdauer	14 Tage
Pflegetage (Fälle x Aufenthaltsdauer)	1'400 Tage
Tagestarif (Schätzung)	Fr. 200.--
Total Kosten	Fr. 280'000.--
Anteil Kanton (bei 55 % kantonalem Anteil)	Fr. 154'000.--

8 Auswirkungen

Es ist nicht möglich, die finanziellen Auswirkungen über einen längeren Zeitraum im Detail abschätzen zu können. Die Prognostizierbarkeit wird aus folgenden Gründen erschwert:

- Namentlich die Pflegeheime, das heisst deren Bewohner-Strukturen sind nachfrageseitigen Veränderungen unterworfen (mehr Bewohner in höheren Pflegestufen, Todesfälle usw.).
- Im stationären Bereich ist eine Umstellung vom heutigen 4- auf ein 12-stufiges Pflegebedarfsmodell auf den 1. Januar 2011 vorzunehmen, was zu Verschiebungen unter den Kostenträgern führt.
- Auf den 1. Januar 2011 wird in den stationären Pflegeeinrichtungen eine neue BESA-Version eingeführt.

- Das Abrechnungsintervall des ambulanten Bereichs wechselt auf den 1. Januar 2011 vom heutigen 10-Minuten- zum 5-Minuten-Rhythmus. Dies führt voraussichtlich zu einem Rückgang der Krankenkassenbeteiligung.
- Die Inanspruchnahme von Leistungen der Akut- und Übergangspflege lässt sich nicht abschätzen, da die Angebote gesamtschweizerisch neu eingeführt werden müssen und keine Vergleichswerte verfügbar sind.
- Die Kostenentwicklung im Gesundheitsbereich (u. a. Personalkosten) kann generell nicht abgeschätzt werden.

8.1 Auswirkungen für die Patientinnen und Patienten

8.1.1 Generelle Auswirkungen

Das neue Gesetz über die Langzeitpflege bringt für die Patientinnen und Patienten mehr Transparenz, Vergleichbarkeit und Rechtssicherheit bei den Taxen der verschiedenen Leistungserbringer. Zudem wird neu ein formeller Rechtsmittelweg geschaffen, so dass sich die Patientinnen und Patienten notfalls auch wirksam vor der Verrechnung von ungerechtfertigten oder willkürlichen Taxen schützen können.

8.1.2 Finanzielle Auswirkungen

Im ambulanten Bereich wurde dem Grundsatz des Tarifschutzes (Art. 44 KVG) seit jeher nachgelebt. Die von den Kassen nicht gedeckten Kosten vergütete der Kanton der Spitex Uri im Rahmen von Programmvereinbarungen; den pflegebedürftigen Personen wurden keine Pflegekosten weiterverrechnet. Für Spitex-Patientinnen und -Patienten führt die Patientenbeteiligung deshalb zu einer Mehrbelastung. Diese Patientenbeteiligung ist laut Bundesrecht auf maximal Fr. 15.95 pro Tag begrenzt. Sie liegt somit rund 25 Prozent unter der Patientenbeteiligung, die in einem Pflegeheim gilt (Fr. 21.60), so dass sich auch bei einer vollen Ausschöpfung keine Fehlanreize einstellen dürften. Das neue Gesetz über die Langzeitpflege sieht im Übrigen vor, dass der Landrat die Höhe der Patientenbeteiligung festlegt.

Eine generelle Aussage zu den finanziellen Auswirkungen für die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner lässt sich nicht machen. Denn es gibt erhebliche Unterschiede bei den bisherigen Taxstrukturen der Pflegeheime (unterschiedliche Auswirkungen zwischen den Heimen und auch innerhalb des Heims zwischen den verschiedenen Pflegestufen).

Das Bundesgesetz wirkt für die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner grundsätzlich eher entlastend. Dies insbesondere, weil nach gängiger Praxis innerhalb des Kantons Uri den pflegebedürftigen Personen ein Teil der Pflegekosten des stationären Bereichs in Rech-

nung gestellt wurden, obschon das dem Tarifschutz nach Artikel 44 KVG widerspricht.¹² Insbesondere für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner mit hohem Pflegebedarf dürfte die Plafonierung der Patientenbeteiligung (maximal Fr. 21.60 pro Tag) zu einer erheblichen Entlastung führen. Hingegen dürften die Bewohnerinnen und Bewohner in den tieferen Pflegestufen eher zusätzlich belastet werden. Durch diese Erhöhung der Taxen in tieferen Pflegestufen besteht ein grösserer Anreiz, den Eintritt in ein Heim hinauszuschieben und vorgelagerte Angebote zu nutzen.

8.2 Auswirkungen für die Leistungserbringer

8.2.1 Generelle Auswirkungen

Durch die Einführung des neuen Bundesrechts sowie des neuen Vergütungssystems und der damit verbundenen Anpassungen der EDV-Fakturierungssysteme werden sowohl bei den stationären wie auch den ambulanten Leistungserbringern Kosten anfallen.

Die Leistungserbringer werden mit dem neuen Gesetz verpflichtet, den Patientinnen und Patienten kostendeckende Taxen in Rechnung zu stellen. Eine präzise und einheitlich geführte Kostenstellenrechnung und Leistungsstatistik werden für die Leistungserbringer äusserst wichtig. Die zukünftige Vergleichbarkeit der Taxen fördert das wirtschaftliche Verhalten der Leistungserbringer. Dank kostendeckenden Taxen dürften die Pflegeheime höhere Erträge generieren. Diese in den Pflegeeinrichtungen anfallenden Mehrerträge werden für die betriebswirtschaftlich notwendigen Abschreibungen der werterhaltenden Investitionen benötigt.

8.2.2 Auswirkungen für ambulante Leistungserbringer

Die Einführung einer Patientenbeteiligung im ambulanten Bereich kann allenfalls einen Rückgang von Spitex-Patientinnen und -Patienten bewirken, da diese zusätzliche Kosten tragen müssen. Um diesem allfälligen Rückgang entgegenzuwirken beziehungsweise um zu vermeiden, dass jemand aus finanziellen Gründen die Spitex-Leistungen nicht beansprucht, sollen die nichtpflegerischen Spitex-Leistungen (etwa die Kosten für Haushilfe, Familienhilfe und Mahlzeitendienst) weiterhin via Programmvereinbarung vom Kanton subventioniert werden. Ziel muss es sein, dass längerfristig vermehrt Personen mit geringer Pflegebedürftigkeit einen Heimeintritt möglichst hinauszögern und dafür zu Hause bleiben und Spitex-Pflege in Anspruch nehmen. Das ist sichergestellt, indem die von den pflegebedürftigen Personen zu tragenden Kosten bei Heimaufenthalten nach wie vor massiv höher liegen. Ein Nachfragerückgang dürfte sich - wenn überhaupt - daher nur sehr kurzfristig einstellen.

¹² Eigentlich hätten die Gemeinden seit jeher für die von der sozialen Krankenversicherung nicht gedeckten Pflegekosten aufkommen müssen.

8.2.3 Auswirkungen für stationäre Leistungserbringer

Mit dem neuen Gesetz werden die Pflegeheime verpflichtet, zukünftig die Investitionskosten (Verzinsung und Abschreibung der Anlagen) in die Taxen einzurechnen. Damit sollen die Pflegeheime eine finanzielle Autonomie erreichen und befähigt werden, notwendige Investitionen für die Werterhaltung der Anlagen regelmässig und fristgerecht durchführen und auch vollständig über die Betriebsrechnung finanzieren zu können. Gleichsam soll auch verhindert werden, dass die Gemeinden neben der Übernahme der Pflegerestkosten noch Investitionen für Werterhaltungsbauten finanzieren müssen.

Bisher wurden die Investitionskosten unterschiedlich in die Pflegeheim-Taxen integriert. Einzelne Pflegeheime rechneten nicht genügend hohe Investitionskosten ein, was zu einem eigentlichen "Substanzverzehr" führte. Mit andern Worten tätigten die Pflegeheime zuwenig hohe Abschreibungen oder Rückstellungen, um werterhaltende Investitionen aus der Betriebsrechnung finanzieren zu können. Laut der Kostenstellenrechnung von Curaviva Zentralschweiz (KORE LAK) beläuft sich der Investitionskostenanteil in den Pflegeheimen der Zentralschweiz auf durchschnittlich zwischen 20 und 40 Franken pro Pflegeitag. Davon sind rund 90 Prozent in die Pensionspauschalen einzurechnen. Nur ein geringer Anteil der Investitionskosten lässt sich den Pflegepauschalen zuschlagen (Ausguss, Pflegebadewanne usw.). Der konsequente Einbezug dieser Investitionskosten in die Pflegeheimtaxen wirkt sich je nach bisheriger Praxis auf die künftige Tarifgestaltung unterschiedlich aus. Bei einzelnen Pflegeheimen, die bisher nicht die notwendigen Abschreibungen und Rückstellungen für Werterhaltungsbauten tätigten, wird es zu einer Erhöhung der Pensionstaxen kommen. Bei anderen Pflegeheimen jedoch, die bisher die Pflegekosten über die Pensionstaxen quersubventionierten, werden die Pensionstaxen tendenziell sinken.

Die tendenzielle Erhöhung der Taxen der unteren Pflegebedarfsstufen führt dazu, dass aus finanziellen Überlegungen weniger Personen mit tiefem Pflegebedarf in Heime eintreten. Der Anteil an Bewohnerinnen und Bewohnern mit hohem Pflegebedarf in Pflegeeinrichtungen dürfte ansteigen, was versorgungstechnisch durchaus erwünscht ist.

8.3 Auswirkungen auf den Kanton

8.3.1 Personelle und strukturelle Auswirkungen

Mit dem neuen Gesetz erwachsen dem Kanton neue und zusätzliche Aufgaben. Diese betreffen insbesondere die Kantonsbeitragsleistung an die Gemeinden, die Planung und Finanzierung der Akut- und Übergangspflege und die Berechnung der EL-Höchstgrenze. Nur aufgrund dieses Mehraufwands rechtfertigt sich keine Erhöhung des Stellenplans. Die Aufgaben sollten vorläufig mit den bestehenden personellen Ressourcen im Amt für Gesundheit bewältigt werden können.

8.3.2 Finanzielle Auswirkungen

In finanzieller Hinsicht bewirkt die Gesetzesvorlage auf Ebene Kanton Folgendes:

- Durch die Einführung der Patientenbeteiligung erfährt der Kanton eine finanzielle Entlastung im Bereich der ambulanten Pflege (Spitex) von rund 500'000 Franken. Diese Minderausgaben werden allerdings teilweise konsumiert, indem der Kanton neu seinen Anteil der Kosten der Akut- und Übergangspflege von rund 154'000 Franken übernehmen muss.
- Die Unterstützung der Gemeinden bei der Übernahme der Pflegerestkosten (Verminderung der Grundlast der Gemeinden) im Umfang von 30 Prozent von deren durchschnittlichen Beitragsleistung bewirkt - ausgehend von den mutmasslichen 7,9 Mio. Franken¹³ - eine Mehrbelastung für den Kanton von zirka 2,3 Mio. Franken.
- Die bisherigen Investitionsbeitragsleistungen nach Sozialhilfegesetz (rund 1,6 Mio. Franken pro Jahr) werden durch den neuen pauschalen Investitionsbeitrag bei der Schaffung von neuen Pflegeplätzen (150'000 Franken) ersetzt. Längerfristig werden aber nicht mehr so hohe Investitionsbeiträge für den Kanton anfallen. Denn die Beitragsleistung knüpft an die Pflegeheimplanung und diese prognostiziert, dass die heute vorhandenen Pflegeplätze bis ins Jahr 2020 ausreichen.
- Bei der EL ist unter der Voraussetzung von gleich bleibender Anzahl EL-Bezügerinnen und -Bezüger mit dem vorgesehenen normativen Begrenzungsmodell von einer ausgeglichenen Bilanz auszugehen (weder Mehr- noch Minderbelastung). Bisher galt eine EL-Höchstgrenze von 231 Franken pro Tag, davon mussten für die höchste BESA-Stufe 84 Franken Krankenkassenbeitrag abgerechnet werden. Die EL-Leistungen beliefen sich somit auf rund 150 Franken pro Tag. Nach neuer Regelung werden die Pensionskosten (zirka 101 Franken), die Betreuungskosten (zirka 27 Franken) und die Patientenbeteiligung (maximal 21.60 Franken) für die Anrechnung der EL berücksichtigt. Somit ergeben sich kurzfristig faktisch gleich hohe EL-Kosten. Längerfristig wird es aber infolge der demografischen Entwicklung und steigender Heimkosten dennoch zu einer Mehrbelastung kommen.
- Durch die Anrechenbarkeit des Zuschlags für demenzkranke Personen bei der EL ergeben sich für den Kanton ebenfalls Mehrkosten. Diese zu beziffern ist aber zurzeit nicht möglich.
- Die EL-Kosten steigen daneben auch infolge Anhebung der Vermögensfreigrenzen durch den Bund, indem damit zusätzliche Personen die Voraussetzungen für einen EL-Bezug erfüllen. Wie hoch diese Kostensteigerung für den Kanton sein wird, kann zum heutigen Zeitpunkt nicht abgeschätzt werden.

¹³ Angaben Curaviva Uri, Stand April 2010, Basis Kostenrechnung 2009

8.4 Auswirkungen auf die Gemeinden

8.4.1 Personelle und strukturelle Auswirkungen

Die Gemeinden sind gehalten:

- mit den Pflegeheim-Trägerschaften die erforderlichen Leistungsaufträge abzuschliessen;
- vermehrt strategisch und operativ (in den Trägerschaften) auf die Pflegeeinrichtungen Einfluss zu nehmen;
- die Pflegeheimtaxen zu prüfen und zu verhandeln.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Gemeinden diese Mehraufgaben im Rahmen des bestehenden Personalbestands erfüllen können.

8.4.2 Finanzielle Auswirkungen

Bisher übernahmen die Urner Gemeinden nur geringe oder gar keine Kosten der Pflegeheime (weder Betriebs- noch Investitionsbeiträge). Dies im Gegensatz zu anderen Kantonen, wo die Gemeinden aufgrund des Tarifschutzes nach Artikel 44 KVG entweder über Betriebsbeiträge oder subjektbezogene Beiträge die Pflegeheime mitfinanzierten. Die Urner Gemeinden müssen zukünftig die Pflegerestkosten der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner übernehmen. In den untersten Pflegebedarfsstufen vermögen die Krankenkassenbeiträge und die Patientenbeteiligung die Pflegekosten in den Pflegeheimen noch zu decken. Aber bereits ab der zweiten Pflegebedarfsstufe (nach dem 12-stufigen Modell) fallen Pflegerestkosten zu Lasten der Gemeinde an (siehe Tabelle auf Seite 11). Laut Kostenstellenrechnung der Curaviva Uri (KORE LAK) bestehen erhebliche Unterschiede bei den Pflegevollkosten in den Urner Pflegeheimen. Die Gründe für diese grossen Unterschiede sind vielschichtig (z. B. Anteil an diplomiertem Pflegepersonal, Ausbildung usw.).

Laut Angaben von Curaviva Uri entsteht die zusätzliche Belastung der Gemeinden hauptsächlich durch die massive Entlastung der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner. Diese Entlastung ist eine direkte Auswirkung des neuen Bundesgesetzes. Bisher haben die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner ungefähr 55 Prozent der Pflege- und Betreuungskosten getragen (Durchschnitt über alle Pflegestufen und alle Heime). Nach neuer Finanzierungsregelung zahlen die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner über die Patientenbeteiligung noch rund 17 Prozent der Pflegekosten (ohne Betreuungskosten). Die Krankenkassenbeiträge decken rund 46 Prozent der Kosten und für die Gemeinden verbleiben 37 Prozent der Pflegekosten.

Laut aktuellsten Berechnungen von Curaviva Uri ergeben sich für die Gemeinden voraussichtlich Pflegerestkosten von rund 7,9 Mio. Franken¹⁴. Davon übernimmt der Kanton 30 Prozent, also rund 2,3 Mio. Franken. Dabei ist zu beachten, dass für diese Berechnung die Kostenrechnung 2009 als Grundlage diente. Die effektiven Pflegerestkosten für das Jahr 2011 werden entsprechend höher sein.

Die Verteilung der Gesamtsumme der ungedeckten Pflegerestkosten (rund 7,9 Mio. Franken¹⁴) auf die einzelnen Gemeinden wird von folgenden drei Faktoren beeinflusst:

- Anzahl der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner pro Gemeinde;
- Pflegebedarfsstufe der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner;
- Kostenunterschiede der verschiedenen Pflegeeinrichtungen (günstigere und teurere Pflegeheime).

9 Erläuterungen zu einzelnen Bestimmungen des Gesetzes über die Langzeitpflege

1. Kapitel: ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

Artikel 1 Zweck und Gegenstand

Das kantonale Recht befasst sich bislang nur am Rande mit der Pflegeversorgung. Das Langzeitpflegegesetz soll das ändern. Aus versorgungspolitischer Sicht ist das Langzeitpflegegesetz die zweite bedeutende Gesetzgebung neben dem Gesetz über das Kantonsspital Uri (KSG). So wie das Gesetz über das Kantonsspital Uri die Grundzüge für eine bedarfsgerechte, wirksame und wirtschaftliche Versorgung in der somatischen Akutmedizin vorgibt, soll das Langzeitpflegegesetz die Grundlagen für eine bedarfsgerechte und qualitativ gute Betreuung und Langzeitpflege der Urner Bevölkerung zu tragbaren Kosten schaffen. Das Langzeitpflegegesetz findet dabei Anwendung auf die ambulanten Pflegedienste und die stationären Pflegeeinrichtungen, wie Absatz 1 festhält.

In Übereinstimmung mit dem Gesundheitsgesetz und der gesundheitspolitischen Terminologie verwendet das Gesetz den Begriff "Langzeitpflege". Dabei braucht die Pflegebedürftigkeit nicht zwingend nur auf Langzeit ausgerichtet zu sein; sie kann durchaus auch einen bloss vorübergehenden Charakter haben. Umgekehrt gelten für die Akut- und Übergangspflege besondere Regeln, die nicht Gegenstand des vorliegenden Erlasses bilden. Kantonaler Vollzugserlass dazu ist die neue Verordnung über die Akut- und Übergangspflege (vgl. dazu hinten).

¹⁴ Angaben von Curaviva Uri, Stand April 2010, Basis Kostenrechnung 2009

Zentraler Inhalt des Langzeitpflegegesetzes bildet die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden in Bezug auf die Planung, die Organisation und die Finanzierung der Langzeitpflege. Absatz 2 hält mit den Versorgungsaufgaben, dem Vergütungssystem und der Finanzierung den Erlassgegenstand fest.

Artikel 2 Geltungsbereich

Das Gesetz gilt laut Artikel 2 nur für Leistungserbringer der Langzeitpflege. Die Betreuung und Pflege in den Spitälern richtet sich demgegenüber nach den Bestimmungen der Spitalgesetzgebung. Weiter ist für die Anwendung vorausgesetzt, dass die Leistungserbringer zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen sind (vgl. Art. 35 bis 40 KVG). Im stationären Bereich sind das diejenigen Einrichtungen, die auf der kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt sind. In der ambulanten Pflege setzt die Zulassung voraus, dass neben den gesundheitspolizeilichen Bewilligungsanforderungen auch die Kriterien des KVG erfüllt sind und der Dachverband der Krankenversicherer (santésuisse) die Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nummer) erteilt hat. Die Einschränkung auf den KVG-Bereich erklärt sich aus der Tatsache, dass die Pflegebedürftigkeit in der Schweiz kein eigenständiges sozialversicherungsrechtlich geregeltes Risiko darstellt, sondern über die kausal orientierten primären Sozialversicherungen mitgeregelt wird. Das führt dazu, dass die Leistungen bei einer alters-, krankheits- oder unfallbedingten Pflegebedürftigkeit grundsätzlich unterschiedlich ausfallen. Die bundesrechtlichen Verpflichtungen der Kantone zur Kostenübernahme und zur Versorgungsplanung wie auch deren Spielräume und Möglichkeiten in der Angebots- und Tarifsteuerung betreffen einzig die Leistungen des KVG-Bereichs.

Artikel 3 Definitionen

Die Definitionen dieser Bestimmung lehnen sich ebenfalls an das KVG an. Absatz 1 definiert die ambulante Langzeitpflege (vgl. Art. 25a Abs. 1 KVG), Absatz 2 die stationäre Langzeitpflege (Art. 25a Abs. 1 KVG i.V. mit Art. 39 KVG) und Absatz 3 den Begriff der Pflegeeinrichtungen (vgl. Art. 39 KVG). Aus der Umschreibung in Absatz 3 ergibt sich auch, dass ein und dieselbe Institution in sich unterschiedliche Abteilungen mit Spital- und Pflegeheimcharakter vereinigen kann. Dies kann durchaus zweckmässig sein und ist auch in der Praxis beim Kantonsspital Uri mit der Geriatrieabteilung so. Das Ziel der Definitionen besteht dabei nicht in der möglichst realitätsnahen Umschreibung der pflegerischen Tätigkeiten, sondern in der Festlegung der Grundlagen für die Versorgungs-, Vergütungs- und Finanzierungsregeln nach den Artikeln 4 ff. Der Auffangtatbestand in Absatz 4 dient dazu, die weiteren im Gesetz verwendeten Begriffe wie Leistungserbringer und Pflegeheimliste zu klären.

2. Kapitel: **SICHERSTELLUNG DER VERSORGUNG**

Die Bestimmungen zur Sicherstellung der Versorgung übernehmen die durch die Gesundheitsgesetzgebung bereits begründete Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden und führen deren Verpflichtungen und Berechtigungen näher aus. Der Kanton ist damit für die ambulante, die Gemeinden sind für die stationäre Langzeitpflegeversorgung zuständig (vgl. dort Art. 5 Bst. c und Art. 6 a sowie Art. 44 GG). Das soll auch künftig so bleiben und entspricht konsequent dem Prinzip, dass Aufgabe, Kompetenz und Verantwortung eine Einheit bilden sollen (sog. AKV-Prinzip).

Artikel 4 Aufgabenteilung a) Kanton

Kantonsaufgabe ist es laut Absatz 1, die ambulante Langzeitpflege sicherzustellen. Darunter fallen Langzeitpflegeleistungen, die ausserhalb der stationären Einrichtungen von Spitex-Organisationen oder von freipraktizierenden Pflegefachpersonen erbracht werden (vgl. oben Art. 3 Abs. 1). Wie bereits heute in Artikel 45 Absatz 1 GG vorgesehen, schliesst der Regierungsrat dazu mit einer einzigen Spitex-Organisation eine Programmvereinbarung ab. Darin erteilt der Regierungsrat auch die entsprechenden Leistungsaufträge, wie Absatz 2 festhält. Durch die Auftragserteilung an eine einzige Spitex-Organisation lässt sich gewährleisten, dass die ambulanten Leistungen kantonsweit im gleichen Umfang und mit der gleichen Qualität erbracht werden. Mit diesem Vorgehen lässt sich Gefahr von Überangeboten auch im ambulanten Bereich bannen, obschon die kantonale Planungshoheit laut KVG eigentlich nur die stationären Leistungen erfasst. Derart lassen sich Synergien nutzen, die Qualität verbessern und Kosten einsparen. Im Übrigen erscheint die Konzentration auf einen einzigen Anbieter auch wettbewerbsrechtlich unproblematisch, da über die KVG-Zulassung auch andere Leistungserbringer ambulante Pflegeleistungen im Kantonsgebiet anbieten können und sie dieselben Vergütungen vom Kanton erhalten (vgl. Art. 11).

Artikel 5 b) Gemeinden

Nach Absatz 1 haben die Gemeinden für ihre Wohnbevölkerung die stationäre Pflegeversorgung nach Massgabe der kantonalen Pflegeheimliste bzw. der Pflegeheimplanung sicherzustellen. Wie Absatz 2 festhält, geschieht das dadurch, dass die Gemeinden mit den für die gemeindliche Versorgung bestimmten Leistungserbringern (Pflegeheimen) Vereinbarungen abschliessen und ihnen darin Leistungsaufträge erteilen. Die Gemeinden können den Versorgungsauftrag somit über eigene Pflegeheime, Mitgliedschaft in Zweckverbänden (Trägerschaften), Beteiligungen oder vertragliche Verpflichtung Dritter erfüllen. Denkbar ist auch der Abschluss eines Rahmenvertrags zwischen dem Urner Gemeindeverband und den einzel-

nen Trägerschaften. Aufgrund der in der Vernehmlassung geäusserten Wünsche wird die GSUD den Gemeinden eine Muster-Leistungsvereinbarung zur Verfügung stellen. Neben der Sorge für die fachgerechte Pflegeheimversorgung (Qualität) gehört zur Gemeindeaufgabe auch die Sicherstellung der notwendigen Pflegekapazitäten (Quantität).

Die Bestimmung erläutert den direkten und unmittelbaren Zusammenhang zwischen der Pflegeheimliste bzw. der Pflegeplanung und dem Versorgungsauftrag. Bei der Erfüllung ihres Versorgungsauftrags müssen die Gemeinden die vom Regierungsrat erlassene Pflegeheimliste bzw. die der Pflegeheimliste zugrunde liegende Pflegeheimplanung beachten. Die Gemeinden sind somit in ihrer Aufgabenerfüllung nicht völlig frei. Vielmehr müssen sie sich an die Kapazitätsvorgaben in der vom Regierungsrat erlassenen Pflegeheimliste halten. Konkret geht es dabei um die in Beilage 2 enthaltenen Planzahlen pro Gemeinde. Das Langzeitpflegegesetz überträgt den Gemeinden damit im Bereich der stationären Langzeitpflege einzig den Vollzug, nicht aber die Planungshoheit. Das liegt sachlich in der Komplexität der Planungsaufgabe und rechtlich in der massgeblichen Bundesnorm begründet. Die zentrale Norm für die Pflegeheimplanung findet sich nämlich in Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d KVG. Sie schreibt den Kantonen vor, ihre Pflegeheimliste auf eine bedarfsgerechte Planung zu stützen. Sie haben auch für die der Pflegeheimliste zugrunde liegende bedarfsgerechte Planung zu sorgen. Mit dieser Planung hat der Bundesgesetzgeber ein Instrument zur Eindämmung des Kostenanstiegs im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung eingeführt. Bestehende Überkapazitäten sollen eliminiert und zukünftige verhindert werden, indem nur noch soviel Spital- und Pflegeheimkapazität zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen wird, als zur ausreichenden und effizienten Versorgung der versicherten Bevölkerung im stationären Bereich notwendig ist. Die Zuständigkeitsordnung ergibt sich somit aus dem Umstand, dass der Erlass der Pflegeheimliste kraft Bundesrechts eine kantonale Aufgabe darstellt.

Die Prüfung bzw. Planung der bedarfsgerechten Langzeitpflegeversorgung und deren Umsetzung auf der Ebene der Pflegeheimliste umfassen nach den Vorgaben des Bundesrats folgende Stufen:

- die Ermittlung des Angebots und des Bedarfs an Pflegebetten;
- die Evaluation der Angebote der in Frage kommenden Pflegeheime, und
- die Zuweisung und Sicherung der benötigten Kapazitäten an die in die Liste aufgenommenen Pflegeheime und die Erteilung von Leistungsaufträgen.

Die Gemeinden und die Pflegeeinrichtungen werden vom Kanton bei den einzelnen Planungsschritten angehört; sie stehen somit nicht abseits, sondern sind in den Planungsprozess einbezogen.

Artikel 6 Leistungs- und Aufnahmepflicht

Artikel 6 statuiert für die Leistungserbringer eine Leistungs- und Aufnahmepflicht innerhalb des ganzen Kantonsgebiets. Für diese Verpflichtung bestehen rechtliche und sachliche Gründe. Die Pflegeheimliste stellt ein kantonales Steuerungsinstrument dar. Es dürfte damit dem Bundesrecht widersprechen, wenn die Wahlmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten innerkantonal auf Ebene von Gemeinden oder Regionen eingeschränkt würden. Im Übrigen hat der Bundesgesetzgeber im Rahmen der Vorlage zur Spitalfinanzierung aktuell eine generelle Aufnahmepflicht für Spitäler mit einem öffentlichen Leistungsauftrag eingeführt. Die Grundversicherten haben nun Anspruch, sich auch ohne Zusatzversicherung in irgendeinem Spital in der Schweiz behandeln zu lassen (Art. 41a KVG).

Der gewichtigste Punkt, der für die Leistungs- und Aufnahmepflicht spricht, liegt allerdings in der Sicherstellung der Versorgung und der Versorgungsplanung begründet. Die Nachfrage nach Pflegeleistungen ist nicht allein vom gesundheitlichen Befinden älterer Menschen abhängig, sondern sie wird auch von sozioökonomischen Faktoren (sozialer Status, Familienstand, Umfeld) beeinflusst. Einen Einfluss auf Pflegeheimeintritte haben unter Umständen auch regionale Engpässe an günstigen Wohnungen, das Fehlen von altersgerecht ausgebauten Wohnungen oder eine Häufung erzwungener Umzüge aufgrund von Wohnungsrenovierungen. Zudem beruht die Pflegeplanung auf demografischen Szenarien: Diesen Szenarien wohnen systemimmanent gewisse Unsicherheiten inne. Je kleiner eine Region ist, desto unzuverlässiger sind längerfristige Bevölkerungsprojektionen. Dies hat vor allem damit zu tun, dass in Gemeinden schon kleinere unvorhersehbare Ereignisse die Bevölkerungsentwicklung und -struktur merkbar verändern können. So kann etwa die Schliessung einer bedeutenden Unternehmung rasch zur Abwanderung von Arbeitskräften führen und die Altersstruktur der Wohnbevölkerung unvorhersehbar verändern. Umgekehrt kann die Erschliessung eines neuen familienfreundlichen Wohnquartiers zur Verjüngung der Bevölkerung führen (Zuzug an jungen Familien und anschliessend viele Geburten). Auch aus Optik einer bedarfsgerechten Versorgung erscheint es damit nicht nur sachgerecht, sondern geradezu zwingend, dass im Kantonsgebiet eine generelle Leistungs- und Aufnahmepflicht gesetzlich verankert wird. Den pflegebedürftigen Personen mit Wohnsitz im Kanton soll die Wahl unter den Leistungserbringern offen stehen (vgl. dazu Art. 20).

3. Kapitel: **VERGÜTUNGSSYSTEM**

Das Vergütungssystem bildet zentralen Bereich des vorliegenden Langzeitpflegegesetzes. Von der Art und Weise, wie Kosten und Preise für die Vergütung der Leistungen gebildet und gehandhabt werden, gehen entscheidende Impulse für die Kostenentwicklung in der Langzeitpflege aus, die ihrerseits einen wichtigen Teil der Gesamtkostenentwicklung im Gesundheitswesen ausmacht.

Dieses zentrale Kapitel enthält die wesentlichen normativen Grundlagen für eine Langzeitpflege zu tragbaren Kosten. Das Kapitel umfasst insbesondere:

- die Grundlagen für das Tarifwesen (Art. 7);
- die Regeln für den Abschluss der Tarifverträge (Art. 8 und 12 ff.);
- die Grundsätze für die Patientenbeteiligung (Art. 9 und 14) und die Restfinanzierung (Art. 10 und 15);
- die Regeln für den vertragslosen Zustand (Art. 19), und
- die Wirkung des Tarifschutzes (Art. 21).

Bis anhin wurden zwischen den Leistungserbringern und Krankenversicherern Tarife verhandelt und in Tarifverträgen abgeschlossen. Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung entfallen für den Bereich der Pflegeleistungen diese Tarifverträge. Der Bundesrat bestimmt künftig, in welcher Höhe sich die Krankenversicherer an den Kosten der Pflegeleistungen zu beteiligen haben. Durch den Hinfall der Tarifverträge fehlt es an anwendbaren Tarifen, an welche die Leistungserbringer gebunden sind. Es besteht die Gefahr einer Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen bzw. einer Quersubventionierung der Leistungen für Betreuung und Pension durch Beiträge der öffentlichen Hand.

Heute fehlt es auf Kantonsebene an einem geltenden und übersichtlich ausgestalteten Tarifrecht insbesondere im Bereich der stationären Langzeitpflege. Auch fehlt es an einer einheitlichen und transparenten Terminologie. Schon aus diesem Grund drängte sich eine umfassendere Regelung dieses Rechtsgebietes auf. Weiter gilt es, dem Element der Kosteneindämmung mehr Gewicht und den für die Versorgung zuständigen Gemeinwesen mehr Steuermöglichkeit zu verschaffen als heute. Diese Anforderungen führen im Ergebnis zu einer umfassenden Regelung der tarifrechtlichen Bestimmungen. Dabei kann auf Elemente aus dem geltenden KVG zurückgegriffen werden.

Wie das Krankenversicherungsgesetz (KVG) beruht auch das Langzeitpflegegesetz auf dem System des Vertragsprimats (vgl. Art. 8 und 12). Anders als im KVG bedürfen die Tarifverträge zu ihrer Gültigkeit aber nicht der Genehmigung des Regierungsrats; dadurch lässt sich der administrative Aufwand in Grenzen halten und es wird die Eigenverantwortung der Tarifpartner verstärkt. Der Regierungsrat wird nur im vertragslosen Zustand tätig und setzt den Tarif fest (Art. 19). Die Kosten und die Leistungen der Leistungserbringer sollen durch eine einheitliche Kostenstellenrechnung und Leistungsstatistik transparenter werden (Art. 7). Dadurch wird ermöglicht, dass im Rahmen der Tarifierung Betriebsvergleiche durchgeführt und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen überprüft werden können.

Ausgangspunkt der Tarifberechnung bildet die Ermittlung der Kosten, das heisst die konkrete Kostensituation des betreffenden Leistungserbringers. Aus dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit sowie dem Grundsatz der Tarifgestaltung, wonach eine qualitativ gute Versorgung zu tragbaren Kosten anzustreben ist, folgt, dass durch ineffiziente Betriebsführung oder durch Überkapazitäten verursachte Kosten nicht auf die Taxen überwältigt werden dürfen. Der Begriff "Billigkeit" ist ein anerkannter Rechtsbegriff, der auch im KVG für die Tarifgestaltung verwendet wird. Dabei ist Billigkeit als Gegenteil von "unbillig" beziehungsweise "missbräuchlich" zu verstehen. Die zuständige Behörde hat bei der Tarifgestaltung im Rahmen der zu treffenden Vereinbarung entsprechend zu prüfen, ob die ausgewiesenen Kosten auf einer wirtschaftlichen Leistungserbringung beruhen. Benchmarking stellt dabei eine der möglichen Methoden zur entsprechenden Prüfung dar.

Das Langzeitpflegegesetz wird den konvergierenden Interessen gerecht, indem die Preisbildung in der stationären Langzeitpflege mittels Tarifverträgen erfolgt. Da eine Prüfung der Kostenrechnungen durch die Versicherer entfällt, soll das für die Versorgung zuständige Gemeinwesen (Kanton, Gemeinde) die Pflegekosten der Leistungserbringer beurteilen. Bei der stationären Pflege wird zusätzlich auch die Tarifierung der Kosten für Pension und Betreuung geregelt, obschon diese Taxen auch weiterhin vollumfänglich den Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern in Rechnung gestellt werden und nicht durch die Gemeinden mitgetragen werden.

1. Abschnitt: **Grundlagen**

Artikel 7 Leistungs- und Kostennachweis

Um sicherstellen zu können, dass die rechtlichen Vorgaben im Bereich der Finanzierung eingehalten werden, muss die nötige Kosten- und Leistungstransparenz gewährleistet sein. Das setzt aussagekräftige und vergleichbare Kosten- und Leistungsrechnungen aller Leistungserbringer und insbesondere getrennte Kostenrechnungen für die Pflegeleistungen, die Leistungen der Akut- und Übergangspflege und die übrigen (nichtpflegerischen) Leistungsbereiche voraus. Die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104) verpflichtet die Heime bzw. Pflegeeinrichtungen zwar, eine Kostenrechnung für ihre Pflegeleistungen zu führen. Diese Bestimmung gilt aber genau genommen nur für pflegerische Leistungen nach Artikel 7 KLV.

Im Gegensatz zu den Pflegeleistungen, die im Bundesrecht ebenfalls exakt umschrieben werden, fehlt es aber bislang an einer Umschreibung der nichtpflegerischen Leistungsberei-

che, das heisst der Pensions- oder der Betreuungsleistungen. Preis- und Kostentransparenz setzen neben einheitlichen Tarifstrukturen auch voraus, dass die Leistungen vergleichbar sind. Vor diesem Hintergrund werden die Leistungserbringer der ambulanten und stationären Langzeitpflege verpflichtet, eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik nach einheitlicher Methode zu führen, in der sie ihre Betriebs- und Investitionskosten ermitteln und ihre Leistungen erfassen (Abs. 1). Kostenrechnung und Leistungsstatistik haben alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche, für die Tarifierung und für die Planung notwendigen Daten zu beinhalten (Abs. 2). Die Kostenstellen im stationären Pflegebereich sind dabei nach den Tarifpositionen - Pflege, Pension und Betreuung - zu gliedern (Absatz 3). Diese Anforderungen erfüllen die Leistungserbringer mit ihren Kostenrechnungen nach Modell KORE LAK und Spitex-Verband Schweiz.

Weiter verlangt Absatz 3, dass die Leistungserbringer die in den jeweiligen Tarifpositionen enthaltenen Leistungen einheitlich regeln. Für die Pflegeleistungen erfolgt diese Regelung auf Bundesebene bereits einheitlich durch den Pflichtleistungskatalog. Anders liegt die Ausgangslage aber in den Bereichen Pension und Betreuung. Hier bestehen keine einheitlichen Regeln. Es ist für die Tarifierung von entscheidender Bedeutung, welche Leistungen und Kosten in der Taxe erfasst werden. So macht es eben einen gravierenden Unterschied, ob in der Pensionstaxe bloss Kosten für die Unterkunft ohne oder mit komplettem Pflegebett, und sachgerechter Nasszone, für die Vollpension inklusive oder ohne alkoholfreien Getränken, verordneten Diäten, Getränken am Vor- und Nachmittag enthalten sind. Ebenso macht es einen Unterschied, ob die Besorgung der Wäsche durch das Heim, die Zimmerreinigung, Heizung, Wasser, Strom und Kabelnetzanschluss für Radio und Fernsehen (exkl. Konzession) darin enthalten sind oder nicht. Nach Meinung von Absatz 3 sollen die Leistungserbringer ein angemessenes Hotellerieleistungspaket definieren, das dann Standard für die Tarifierung bildet. Das gilt ebenso für die Betreuung. Ohne Umschreibung eines allgemeinen Leistungsstandards wäre dem Missbrauch über zusätzliche Verrechnungen zu Lasten der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner Tür und Tor geöffnet und es wäre den Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern bzw. deren Angehörigen oder den Gemeinden und dem Kanton aufgrund der Tarifvielfalt unmöglich, sich ein klares Bild über die tatsächliche Tarifsituation der Heime zu machen.

Die verantwortungsvolle Aufgabenerfüllung durch die Gemeinden und den Kanton bedingt, dass ihnen die dazu erforderlichen Informationen und Daten zur Verfügung stehen. In diesem Sinne können der Kanton und die betroffenen Gemeinden die Unterlagen jederzeit einsehen (Abs. 4). Die Betroffenheit der Gemeinde und damit die Berechtigung zur Einsicht in die Kostenunterlagen sind einerseits durch eine vertragliche Bindung (Leistungsvereinbarung) oder durch eine Zahlungspflicht begründet. Das gilt auch für den Kanton, der ebenfalls

einen erheblichen Beitrag an die Kosten leistet.

Für den Fall, dass sich Leistungserbringer nicht auf eine einheitliche Kostenrechnung und eine einheitliche Leistungsstatistik einigen können, sieht Absatz 5 vor, dass der Regierungsrat diese festlegt. Dabei hat er zuvor die betroffenen Gemeinden und Verbände anzuhören.

2. Abschnitt: **Ambulante Langzeitpflege**

Artikel 8 Tarifvereinbarung

Wie Absatz 1 festhält, vereinbart der Kanton mit der Organisation der ambulanten Langzeitpflege (Spitex Uri) für die Vergütung der ambulanten Langzeitpflege Pflegepauschalen. Dieses Vorgehen entspricht - wie erwähnt - dem in den Artikel 46 ff. KVG statuierten Vertragsmodell. Kantonsseitig werden die Pflorgetaxen (bzw. Pflegepauschalen) durch die zuständige Direktion, das heisst die GSUD verhandelt und vereinbart. In Einklang mit Artikel 7a Absatz 1 Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) sind die Taxen für die ambulanten Leistungserbringer auf Stundenbasis (anrechenbare Stundensätze) zu vereinbaren.

Nach den Vorgaben des KVG müssen Pflorgetaxen (bzw. Pflegepauschalen) abgestuft und nach dem Pflegebedarf bemessen sein (Abs. 2). Anrechenbar sind zudem einzig die Kosten für Pflichtleistungen der Krankenversicherung, das heisst nach Artikel 7 KLV.

Die Pauschalen decken nach Absatz 3 die vollen Kosten der Pflege. Die Vergütung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen wie z. B. Aus- und Weiterbildung, Einsatzleitung, 24-Stunden-Bereitschaftsdienst, Prävention, Beratung, Wegzeiten (insbesondere für abgelegene Gebiete) regelt der Regierungsrat im Rahmen der Programmvereinbarung mit der Organisation (Spitex Uri).

Damit das Vergütungssystem die gewünschte Wirkung entfalten kann, genügt die blosser Definition der abzugelenden Kosten nicht. Zentraler Punkt bildet, dass die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit eingehalten sind (Abs. 3). Die Gebote der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit sollen sicherstellen, dass die Versorgung zu günstigen Kosten erreicht wird. Bis zum Inkrafttreten der Neufinanzierung wurden die Pflegepauschalen, gestützt auf das KVG, noch zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart; die Regierung hatte in ihrer Eigenschaft als Genehmigungsbehörde zu prüfen, ob die vereinbarten Tarife mit den Geboten der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht (Art. 46 Abs. 4 KVG). Diese Aufgabe soll neu den Vertragspartnern im Rahmen der Tarifvereinbarung zukommen. Ausgangspunkt der Tarifierung bildet (wie bisher nach KVG) die konkrete Kostensituation des betreffenden

Leistungserbringers (Abs. 3). Dabei hat der Leistungserbringer darzulegen, dass die ausgewiesenen Kosten auf einer wirtschaftlichen Leistungserbringung beruhen. Nicht anrechenbar sind Kosten, die durch ineffiziente Betriebsführung oder durch Überkapazitäten verursacht sind; sie bleiben bei der Preisbildung unberücksichtigt. Sie können weder dem Kanton (Restfinanzierung vgl. Art. 10), noch den Versicherten (Patientenbeteiligung vgl. Art. 9) überwältzt werden.

Artikel 9 Patientenbeteiligung

Neu dürfen den versicherten Personen die nicht von den Sozialversicherungen gedeckten Kosten der Pflegeleistungen im Umfang von höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Krankenkassenbeitrags belastet werden. Artikel 9 sieht vor, dass der Landrat im Rahmen des gesetzlichen Spielraums entscheiden soll, ob und wie weit die Patientinnen und Patienten im Rahmen der Patientenbeteiligung für die Kosten der Pflegeleistungen herangezogen werden.

Artikel 10 Restfinanzierung

Die ungedeckten Pflegekosten der ambulanten Langzeitpflege soll der Kanton tragen, da er in diesem Bereich für die Sicherstellung der Versorgung zuständig ist.

Artikel 11 Wirkung für Dritte

Für die Pflegeleistungen nach Artikel 7 KLV, die von freiberuflichen Pflegefachpersonen und von Spitex-Organisationen ohne Leistungsauftrag des Kantons erbracht werden, besteht ein Anspruch auf Beiträge der öffentlichen Hand, soweit deren anrechenbare Kosten den Beitrag der Krankenversicherer und Patientenbeteiligung übersteigen (Art. 25a Abs. 5 KVG). Handlungsspielraum auf kantonaler Ebene besteht nur bezüglich der anrechenbaren Kosten. Artikel 11 sieht vor, dass die zwischen Kanton und der kantonalen Spitex-Organisation vereinbarten Taxen (Pflegepauschalen) sowie die Regeln über die Patientenbeteiligung und die Restfinanzierung auch für diese Leistungserbringer gelten. Dabei erhalten diese Leistungserbringer ohne kantonalen Leistungsauftrag nur den Kantonsbeitrag an die ungedeckten Pflegerestkosten (Franken pro Stunde). Sie haben keinen Anspruch auf die Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (z. B. 24-Stunden-Pikett, Einsatzzentrale usw.).

3. Abschnitt: **Stationäre Langzeitpflege**

Artikel 12 Tarifvereinbarung

Die Finanzierungsregeln für die Pflegeeinrichtungen sind grundsätzlich gleich ausgestaltet wie die Regelungen für die ambulante Langzeitpflege. Allerdings treten in der stationären Langzeitpflege die Gemeinden als Tarifpartner auf. Sie vereinbaren mit den beauftragten Pflegeeinrichtungen Tagespauschalen. Dies als Ausfluss des ausdrücklichen Versorgungsauftrags der Gemeinden im Bereich der stationären Langzeitversorgung.

Das Bundesrecht gibt die Höhe des Beitrags der Krankenversicherer und des maximalen Beitrags der pflegebedürftigen Person betragsmässig vor. Hingegen definiert es den von Gemeinden zu finanzierenden "Rest" der Pflegekosten nicht. Im Hinblick auf eine effektive Kostenkontrolle und um falsche Anreize zu vermeiden, müssen die Gemeinden auf die ihnen verrechenbaren Kosten der Pflege Einfluss nehmen können. Gegen eine betragsmässige Festschreibung des Restfinanzierungsbeitrages im kantonalen Recht (Maximaltarif, Rahmentarif) spricht zum einen die kostentreibende Wirkung einer solchen Lösung. Leistungserbringer, deren Tarif unter dem Maximaltarif oder unter der Obergrenze des Rahmentarifs liegt, tendieren nämlich erfahrungsgemäss dorthin. Zudem würde mit einem vom Kanton bestimmten Frankentarif den unterschiedlichen Angeboten und Kostenstrukturen der Leistungserbringer keine Rechnung getragen. Darüber hinaus stünde eine solche kantonale Vorgabe im Widerspruch zum AKV-Prinzip: Denn der Kanton würde vorgeben, wie viel die Gemeinden zu bezahlen haben. Aus dieser Optik heraus erscheint es sachlich richtig, dass die Gemeinden den von ihnen zu übernehmenden Tarif selber mit den Leistungserbringern (deren Träger sie in vielen Fällen sind bzw. mit denen sie bereits seit Jahren zusammenarbeiten) vereinbaren. Das Gesetz über die Langzeitpflege legt dazu die Rahmenbedingungen fest.

Wie Absatz 1 festhält, vereinbaren die Gemeinden mit den beauftragten Pflegeeinrichtungen der stationären Langzeitpflege (Vertragsparteien) für die Vergütung der stationären Langzeitpflege Tagespauschalen. Dass Tagespauschalen zu vereinbaren sind, fliesst aus Artikel 7a Absatz 3 KLV. Dort ist von einer Abgeltung "pro Tag" die Rede. Wie Absatz 1 weiter ausführt, sind diese mindestens in die Tarifpositionen Pflorgetaxe, Betreuungstaxe und Pensionstaxe zu gliedern. Von den Kosten der Pflegeleistungen zu unterscheiden sind die Kosten für die Pension (Unterkunft und Verpflegung) und für die Betreuung. Deren Finanzierung wird auf Bundesebene überhaupt nicht geregelt. Für diese nichtpflegerischen Leistungen (Pension und Betreuung) gilt wie bisher der Grundsatz, dass sie von den pflegebedürftigen Personen zu tragen sind. Um sicherzustellen, dass die rechtlichen Vorgaben eingehalten und den pflegebedürftigen Personen nicht zu hohe Kosten auferlegt werden (z. B. Pflegekosten in die Pensionstaxe eingerechnet werden), muss die nötige Kosten- und Leistungstransparenz auch für Pensions- und Betreuungstaxen gewährleistet werden. Dabei geht es in erster Linie

um einen angemessenen tariflichen Schutz der betroffenen Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner. Den Heimen bzw. Pflegeeinrichtungen kommt nämlich hinsichtlich der Preisbildung bei den Pensions- und Betreuungsleistungen faktisch eine Monopolstellung zu.

Die Tagespauschalen decken die vollen Kosten der darin enthaltenen Leistungen, wobei wie im ambulanten Bereich auch hier die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit anwendbar sind (Absatz 2). Grundlage für die Tarifvereinbarung bilden die nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit anrechenbaren Kosten. Dabei geht es um die nachgewiesenen Kosten für die Pflegeleistung, um die nachgewiesenen Kosten für die Betreuung und um die nachgewiesenen Kosten für die Pensionsleistungen.

Artikel 13 Pflegetaxe
a) Kosten

Hier kann auf die Ausführungen zu Artikel 8 Absatz 2 verwiesen werden.

Artikel 14 b) Patientenbeteiligung

Wie für den ambulanten Bereich (Art. 9) soll auch im stationären Bereich der Landrat im Rahmen des gesetzlichen Spielraums entscheiden, wie weit die von den Krankenkassen nicht gedeckten Pflegekosten den versicherten Personen überwältzt werden können. Damit wird sichergestellt, dass auch hier kantonal eine einheitliche Regelung gilt.

Artikel 15 c) Restfinanzierung, zuständige Gemeinde

Der Kanton hat die Versorgung in der ambulanten Langzeitpflege sicherzustellen (Art. 4) und muss die ungedeckten Pflegekosten dieses Bereichs tragen (Art. 10). Demgegenüber sind die Gemeinden für die stationäre Langzeitpflege (Pflegeheime) ihrer Wohnbevölkerung verantwortlich (Art. 5); entsprechend sollen sie auch die ungedeckten Pflegekosten der Pflegeeinrichtungen übernehmen, wie Absatz 1 festhält.

Anknüpfungstatbestand für die Restfinanzierung soll dabei der zivilrechtliche Wohnsitz der pflegebedürftigen Person bilden, in der diese ihren Wohnsitz unmittelbar vor Eintritt in die Pflegeeinrichtung hatte (Abs. 2). Dies gilt auch für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des vorliegenden Gesetzes bereits in einem Pflegeheim leben. Durch die dauerhafte Anknüpfung an den Wohnsitz im Zeitpunkt des Eintritts wird verhindert, dass bei Heimaufenthalt ausserhalb der Wohnsitzgemeinde die Pflegeheim-Standortgemeinde kostenübernahmepflichtig wird. Bei einem allfälligen freiwilligen,

selbstbestimmten Heimaufenthalt wird nämlich in der Regel ein neuer zivilrechtlicher Wohnsitz begründet. Absatz 2 soll eine Benachteiligung von Gemeinden mit Pflegeheimrichtungen verhindern. Er schafft in diesem Sinne einen Lastenausgleich unter den Gemeinden mit Pflegeeinrichtungen und solchen ohne Pflegeeinrichtungen.

Absatz 3 widmet sich dem Sonderfall, wo die pflegebedürftige Person ihren Wohnsitz innerhalb der letzten fünf Jahre vor Eintritt in die Pflegeeinrichtung gewechselt hat. Denkbar sind etwa Fälle, wo ältere Menschen nach einem Ereignis (Sturz, Operation) nicht mehr in ihre eigene Wohnung zurückkehren können und deshalb für einige Monate bzw. Jahre bei Kindern leben, bevor sie in ein Pflegeheim eintreten. Absatz 3 sieht für diesen Fall vor, dass diejenige Gemeinde kostenübernahmepflichtig ist, die während den fünf Jahren vor Eintritt am längsten Wohnsitzgemeinde der pflegebedürftigen Person war.

Abschliessend ist zu erwähnen, dass die obige Regelung nur auf innerkantonale Verhältnisse ausgelegt ist. Wählt eine Person freiwillig und ohne medizinisch-pflegerische Notwendigkeit ein ausserkantonales Heim, so lässt sich aus dem Wohnsitz im Zeitpunkt des Heimeintritts nach Absatz 2 keine Verpflichtung der Gemeinde ableiten. Für ausserkantonale Personen besteht keine Aufnahmespflicht. Die Pflegeeinrichtung muss die Deckung der Pflegerestkosten z. B. durch eine Kostengutsprache der ausserkantonalen Gemeinde sicherstellen. Bei einem Zuzug in den Kanton Uri mit vorgängiger Wohnsitznahme ist die neue Wohnsitzgemeinde zuständig.

Artikel 16 Betreuungstaxe

Betreuungsleistungen als nicht KVG-pflichtige Leistungen dürfen den Bewohnerinnen und Bewohnern als Betreuungstaxe in Rechnung gestellt werden (Abs. 3). Für den Mehraufwand der spezifischen Betreuung von an Demenz erkrankten Personen kann ein Zuschlag erhoben werden (Abs. 2). Dabei spielt es keine Rolle, ob die demenzkranke Person in einer geschützten Demenzabteilung wohnt. Das Kriterium für den Zuschlag soll eine vom Arzt diagnostizierte Demenz sein. Zu beachten ist dabei, dass die Pflegeeinrichtungen nicht verpflichtet sind, einen solchen Zuschlag zu erheben. Die Handhabung des Zuschlags ist Gegenstand der Leistungsvereinbarung zwischen den Gemeinden und Pflegeeinrichtungen. Um den Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner vor ungerechtfertigten Pflegekosten gewährleisten zu können, ist vorgesehen, dass die Gemeinden mit den Pflegeeinrichtungen die ordentliche Betreuungstaxe und den Zuschlag für an Demenz erkrankte Personen vereinbaren. Zudem haben die Gemeinden selber ein Interesse, dass ihnen keine Betreuungsleistungen in Form von ungedeckten Pflegekosten überwältzt werden. Man muss sich jedoch bewusst sein, dass die Grenzen zwischen der Pflege nach Artikel 7 KLV und der übrigen Betreuung

bei alltäglichen Verpflichtungen fliessend sind (vgl. auch Entscheid des Bundesrats vom 5. September 2001 in Sachen Pflegebeiträge Kanton Thurgau, Erw. 4.2).

Artikel 17 Pensionstaxe

An die Pensionskosten, d. h. an die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, vergütet die Krankenversicherung keine Beiträge. Grundsätzlich haben die Bewohnerinnen und Bewohner für die Pensionskosten aufzukommen (Abs. 2). Für die Tarifierung muss ein sachgerechter Kostennachweis erbracht werden. Eine entsprechende Prüfung im Rahmen der Tarifvereinbarung durch die zuständige Gemeinde wird dadurch erst möglich. Artikel 7 verlangt entsprechend auch als Nachweis für die Kosten der Pension eine Kostenstellenrechnung.

Artikel 18 Vermeiden von Sozialhilfe-Abhängigkeit

Das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung beinhaltet auch eine Änderung von Artikel 10 Absatz 2 Buchstabe a des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG). Danach dürfen die Kantone die Kosten, die wegen des Aufenthalts in einem Heim oder Spital berücksichtigt werden, weiterhin begrenzen, doch müssen sie neu dafür sorgen, dass durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit begründet wird. Da die Gemeinden für die Sicherstellung der stationären Langzeitpflege ihrer Wohnbevölkerung zuständig sind, müssen sie konsequenterweise (durch eigene Beiträge) dafür sorgen, dass die Kostenanteile für die betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner finanziell tragbar sind. Artikel 18 bildet damit für die Gemeinden die explizite gesetzliche Grundlage, um allenfalls auch ausserhalb der ordentlichen Sozialhilfe-Zahlungen Betroffene finanziell direkt unterstützen zu können oder um eigene Betriebsbeiträge an die Pflegeeinrichtungen zu leisten. Zukünftig werden die Pensions- und Betreuungstaxen sowie die Patientenbeteiligung als anrechenbare Kosten bei der EL berücksichtigt. Die Gemeinden müssen folglich einspringen, sofern die vereinbarten Pensions- und Betreuungstaxen die gemäss ELV festgelegte EL-Höchstgrenze (als Durchschnitt aller Taxen im Kanton Uri) überschreiten. Da jedoch bei den Pensions- und Betreuungstaxen der verschiedenen Pflegeeinrichtungen im Kanton Uri durch den Wegfall von allfälligen Quersubventionierungen von Pflegeleistungen und durch die konsequente Anwendung der Kostenrechnung eher eine Angleichung zu erwarten ist, kann davon ausgegangen werden, dass die Gemeinden nur noch in wenigen Einzelfällen zusätzliche Beiträge leisten müssen.

4. Abschnitt: **Gemeinsame Bestimmungen**

Artikel 19 Tariffestsetzung im vertragslosen Zustand

Wie in den Erläuterungen zu den Artikeln 8 und 12 gezeigt, stellt die autonome Tariffestsetzung durch die Tarifpartner mittels Tarifverträgen den Regelfall bei der Tarifierung der Leistungen dar. Es kann nun aber vorkommen, dass dieses Instrument aus irgendeinem Grunde nicht spielt und trotz Verhandlungen kein Vertrag zu Stande kommt. Für solche Fälle muss das Gesetz eine geeignete Abhilfe vorsehen, insbesondere wegen des für die betroffenen Patientinnen und Patienten unerlässlichen Tarifschutzes.

In einem solchen Ausnahmefall kommt es dem Regierungsrat zu, nach Anhören der Beteiligten den Tarif festzusetzen. Dabei hat sich die Regierung - genau wie dies im Falle eines Vertragsschlusses für die Tarifpartner gilt - an die Grundsätze nach Artikel 8 bzw. 12 ff. zu halten. Wie die Erfahrung im Zusammenhang mit den KVG-Tariffestsetzungen zeigt, liegt das Scheitern der Verhandlungen in aller Regel darin begründet, dass sich die Vertragspartner aufgrund von unzureichenden oder bestrittenen Kostennachweisen nicht darüber einigen können, ob gewisse Positionen anrechenbar sind. Mit Blick darauf hält das Gesetz fest, dass der Regierungsrat in solchen Fällen die Taxen anderer Anbieter, die die tarifierten Leistungen in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen, als Referenzgrösse heranziehen und für verbindlich erklären kann.

Artikel 20 Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme

Laut heutiger Praxis ist das Wahlrecht der pflegebedürftigen Personen mit Bezug auf die verschiedenen Leistungserbringer bald enger und bald weiter ausgestaltet, ohne dass hierfür zwingende sachliche Gründe ersichtlich sind. Artikel 20 schlägt eine Vereinheitlichung vor, indem die pflegebedürftigen Personen die freie Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern haben sollen. Dieses Wahlrecht ergibt sich genau genommen bereits aus der bundesrechtlichen Qualifikation der kantonalen Pflegeheimliste und der Zulassung der ambulanten Leistungserbringer zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Der Kanton bzw. die Gemeinde hat jedoch in Einklang mit dem Versorgungsauftrag die Restkosten grundsätzlich nur bis zur Höhe des Tarifs zu übernehmen, der für den von ihm bzw. von ihr beauftragten Leistungserbringer gilt (Abs. 1 und 2). Übt die pflegebedürftige Person ihr Wahlrecht in diesen Grenzen aus, so genießt sie Tarifschutz (vgl. Art. 21). Beansprucht sie dagegen, ohne dass medizinische oder kapazitätsbedingte Gründe dies erfordern, einen anderen Leistungserbringer, so hat sie die allfällige Kostendifferenz selber zu tragen. Es besteht also in diesem Fall ein Tarifschutz für die öffentliche Hand. Sollte jedoch

die pflegebedürftige Person aus medizinischen oder kapazitätsmässigen Gründen eine andere Pflegeeinrichtung beanspruchen, so hat die zuständige Gemeinde die gesamten ungedeckten Pflegekosten nach Artikel 15 zu übernehmen.

Aufgrund der besonderen geografischen Lage der Gemeinde Seelisberg ist das Pflegeheim in Beckenried die für die Gemeinde nächstgelegene Pflegeeinrichtung. Um für die Seelisbergerinnen und Seelisberger ähnliche Voraussetzungen wie für die übrige Kantonsbevölkerung zu schaffen, ist das Pflegeheim in Beckenried nach Möglichkeit mit einer dem Bedarf der Gemeinde Seelisberg entsprechenden Anzahl Pflegeplätzen auf die Urner Pflegeheimliste aufzunehmen.

Artikel 21 Tarifschutz

Die Tarifierung wie auch die Anrechenbarkeit der einzelnen Kostenelemente zu Lasten der Kostenträger (Versicherer, Kanton, Gemeinden, Patientinnen und Patienten) sind in den Artikeln 7 ff. umfassend geregelt. Für die rechtliche Durchsetzbarkeit der Vergütungs- und Tarifierungsregeln ist vorausgesetzt, dass die betroffenen Personen von Gesetzes wegen Tarifschutz geniessen. Artikel 21 sieht entsprechend vor, dass sich die Leistungserbringer an die vertraglich und behördlich festgelegten Tarife und Preise halten müssen und den betroffenen Personen für darin inbegriffene Leistungen keine weitergehenden Vergütungen berechnen dürfen.

Artikel 22 Schuldner

Die Vorlage legt Wert darauf, die Schuldpflicht klar zu regeln. Die pflegebedürftige Person schuldet den Leistungserbringern ihren Anteil an der Pflögetaxe (Patientenbeteiligung) sowie in der stationären Langzeitpflege die Betreuungstaxe und die Pensionstaxe (Abs. 1). Je nach Vereinbarung zwischen den Leistungserbringern und Versicherern schulden die Versicherten (System Tiers garant) oder die Krankenversicherer (System Tiers payant) den Leistungserbringern die Vergütung des Krankenversichereranteils (Art. 42 KVG). Der Kanton schuldet den Leistungserbringern der ambulanten Langzeitpflege die ungedeckten Pflegekosten. Bei der stationären Langzeitpflege schuldet die zuständige Gemeinde der Pflegeeinrichtung die ungedeckten Pflegekosten (Abs. 3). Indem auch die Rechnungsstellung dieser Regel folgt (Art. 23 Abs. 1), werden die Verantwortung und das Kostenbewusstsein der Betroffenen gestärkt.

Artikel 23 Rechnung

Die Schuldner haben Anspruch darauf, dass der Leistungserbringer ihnen eine genügend aufgeschlüsselte und verständliche Rechnung zustellt. Sie muss diejenigen Angaben enthalten, die benötigt werden, um die Berechnung der Vergütung (Abs. 1). und gegebenenfalls auch die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können.

Unter den Angaben, die der Leistungserbringer zu machen hat, sind notgedrungen Angaben zu den weiteren Kostenträgern und zur Aufteilung der Kosten (Abs. 2).

Artikel 24 Meldepflicht und Publikation

Absatz 1 hält die Leistungserbringer dazu an, dem Kanton jeweils bis Ende September die Taxen zu melden, die für das folgende Jahr gelten. Bis dahin sollten die Taxen zwischen den Tarifpartnern vereinbart sein; die Heime müssen nämlich ihren Bewohnerinnen und Bewohnern Tarifaufschläge jeweils mindestens drei Monate im Voraus bekannt geben, damit diese auf Anfang Jahr wirksam werden. Der Kanton braucht die Tarifangaben einerseits für die Festsetzung des Höchstbeitrags der Ergänzungsleistung und andererseits für allfällige Tariffestsetzungen. Zusätzlich braucht der Kanton die Daten ab Oktober, um zeitgerecht den Kantonsbeitrag zu Gunsten der Gemeinden (Art. 25) berechnen zu können.

Tarifschutz und Wettbewerb greifen nur dann, wenn die Betroffenen bzw. Interessierten Zugang zu den erforderlichen Informationen haben. Absatz 2 sieht deshalb vor, dass der Kanton die Taxen veröffentlicht oder sie auf andere Weise zugänglich macht (z. B. im Internet oder auf Anfrage).

4. Kapitel: **BEITRÄGE DES KANTONS AN DIE GEMEINDEN**

Die neue Subventionsordnung zur Entlastung der Gemeinden ist eines der Kernstücke des Gesetzes. Dabei ist zwischen Beiträgen des Kantons an die gemeindliche Restfinanzierung im Bereich der stationären Pflegekosten einerseits (Art. 25) und kantonalen Investitionsbeiträgen (Art. 26 ff.) andererseits zu unterscheiden.

Rechtliche Grundlage für die heute geltende Ausrichtung von Investitionsbeiträgen an innerkantonale stationäre Einrichtungen durch den Kanton bilden Artikel 40 und 41 des Gesetzes über die öffentliche Sozialhilfe (SHG; RB 20.3421). Danach gewährt der Kanton Beiträge an die anrechenbaren Kosten für die Errichtung, den Ausbau und die Erneuerung von öffentlichen und gemeinnützigen privaten Heimen und Anstalten, die der Durchführung des Sozial-

hilfegesetzes dienen (Art. 40 Abs. 1 und 2 SHG). Der Beitrag setzt sich zusammen aus einem Grundbeitrag von 30 Prozent und einem allfälligen Zusatzbeitrag von pauschal 10 Prozent (Art. 41 Abs. 1 SHG). Für die Finanzierung der Pflegeeinrichtungen gilt neu der Grundsatz vollkostendeckender Tarife und Taxen. Dies bedeutet, dass in den Tarifen und Taxen künftig auch ein Investitionsanteil insbesondere für die Werterhaltung der Anlagen eingerechnet werden soll. Mit Blick auf die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung in der stationären Langzeitpflege und den Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner vor einem Kostenschub ist es sachgerecht, dass der Kanton weiterhin Beiträge an Investitionen leistet.

1. Abschnitt: **Beiträge an die Restfinanzierung**

Artikel 25 Grundsatz

Der Kanton soll sich an den Kosten der gemeindlichen Restfinanzierung der Pflegekosten mittels Pauschalbeiträgen beteiligen, die pro Pfl egetag und Pflegebedarfsstufe ausgerichtet werden (Abs. 1). Mit diesen Pauschalbeiträgen entlastet der Kanton die Gemeinden von den Kosten, die diesen durch die Übernahme der Restkosten des stationären Pflegebereichs entstehen. Die Pauschalbeiträge des Kantons werden analog der Krankenkassenbeiträge in einem 12-stufigen Pflegebedarfssystem definiert.

Die Pauschalen decken 30 Prozent der durchschnittlichen Kosten, die den Gemeinden pro Pfl egetag und Pflegebedarfsstufe als ungedeckte Pflegekosten anfallen (Abs. 2). Der Kantonsbeitrag wird als Durchschnitt der jeweils auf Ende September für das Folgejahr gemeldeten Tarife beziehungsweise der mit den Gemeinden vereinbarten Pflegerestkosten (gemäss Art. 24) berechnet. Da somit alle Gemeinden pro Tag und Stufe die gleich hohe Kantonsbeitragspauschale erhalten, kann die effektive Entlastung der Gemeinden höher oder tiefer als 30 Prozent sein.

2. Abschnitt: **Investitionsbeiträge**

Artikel 26 Höhe und Zuständigkeit

Der Entwurf sieht vor, dass ein Anspruch auf Abgeltung von Investitionen im stationären Pflegebereich pro zusätzlich geschaffenem Pflegeheimplatz besteht. Die Beitragsleistung an Investitionen im stationären Pflegebereich erfolgt neu unabhängig von der Höhe der veranschlagten Investitionskosten in Form von einer Pauschale von Fr. 150'000 pro zusätzlich geschaffenem Pflegeheimplatz. Das entspricht rund 50 Prozent der durchschnittlichen Investitionskosten pro Pflegeheimplatz. Der Beitrag von Fr. 150'000 wird indiziert. Basis bildet der

Zürcher Baukostenindex 2010 vom 1. April¹⁵. Im Übrigen ist zu beachten, dass bei Ersatzbauten ohne zusätzliche Pflegeheimplätze kein Anspruch auf einen Kantonsbeitrag besteht.

Für die Zusicherung der Investitionsbeiträge ist der Regierungsrat zuständig, der die Beitragszusicherung mit Auflagen und Bedingungen verbinden kann (Abs. 2). Das soll sicherstellen, dass die Zusicherung auch unter dem Vorbehalt erfolgen kann, dass gewisse Voraussetzungen noch nicht voll und ganz erfüllt oder abschliessend geklärt sind (vgl. dazu unten zu Art. 27).

Artikel 27 Beitragvoraussetzungen

Artikel 27 zählt die Beitragsvoraussetzungen auf, die erfüllt sein müssen, damit ein Beitragsanspruch geltend gemacht werden kann. Vorausgesetzt ist kumulativ, dass der neue Pflegeheimplatz die gesundheitspolizeilichen Anforderungen erfüllt, mit der kantonalen Versorgungsplanung in Einklang steht, zur Erfüllung der gemeindlichen Leistungsaufträge notwendig ist und aus strategischer, wirtschaftlicher und qualitativer Sicht zweckmässig und angemessen erscheint. Das erste Kriterium zielt auf die gesundheitspolizeiliche Betriebsbewilligung nach Gesundheitsgesetz ab, das zweite auf die Bedarfskoordination und die Aufnahme in die kantonale Pflegeheimliste. Weiter ist verlangt, dass ein gemeindlicher Versorgungsauftrag besteht bzw. in Aussicht steht. Denn es macht keinen Sinn, Heimplätze finanziell zu unterstützen, die nicht in die gemeindliche Versorgungskonzeption eingebunden sind. Schliesslich betont das Gesetz, dass der neue Heimplatz aus strategischer, wirtschaftlicher und qualitativer Sicht zweckmässig und angemessen erscheint. Die Pflegeeinrichtung soll nicht bloss hinsichtlich Anzahl, Grösse und Art der Räumlichkeiten, sondern insgesamt eine angemessene Grösse aufweisen, damit sich ein wirtschaftlicher Betrieb überhaupt gewährleisten lässt.

Artikel 28 Auszahlung und Rückerstattung

Die Bestimmung regelt die Auszahlung (Abs. 1) und die generelle Rückerstattung bei Zweckentfremdung und Veräusserung subventionierter Pflegeeinrichtungen (Abs. 2). Die Formulierung zur Rückerstattung lehnt sich Artikel 29 des Bundesgesetzes über Finanzhilfen und Abgeltungen (Subventionengesetz) vom 5. Oktober 1990 (SR 616.1) an. Dabei besteht die Möglichkeit, dass der Regierungsrat in Härtefällen ganz oder teilweise auf die Rückforderung verzichtet.

¹⁵ Der Index wird jeweils im Juni veröffentlicht.

5. Kapitel: **SCHLUSSBESTIMMUNGEN**

Artikel 29 Rechtspflege

Artikel 21 hält die Leistungserbringer dazu an, sich an die vertraglich und behördlich festgelegten Tarife und Preise zu halten (sog. Tarifschutz). Für die Durchsetzbarkeit des Tarifschutzes ist vorausgesetzt, dass sich die Betroffenen notfalls auch rechtlich zur Wehr setzen können. Dabei besteht ein Problem darin, dass der Rechtsmittelweg für die Betroffenen je nach Rechtsform des Leistungserbringers und dogmatischen Einordnung des Heimvertrags anders ist. So würde zum Beispiel der Beschwerdeweg bei Pflegeeinrichtungen, deren Trägerschaft eine Stiftung ist (z. B. Betagten- und Pflegeheim Ursern) an die Zentralschweizer BVG- und Stiftungsaufsicht (ZBSA) mit Sitz in Luzern gehen. Die ZBSA ist nach eigenen Angaben wenig erfreut darüber, dass sie sich mit derartigen Beschwerden befassen muss, um so mehr, als sie keine Tarifierungskenntnisse im Gesundheitswesen besitzt und das Verfahren nicht nur für die Bürgerin und den Bürger, sondern auch für die Behörden äusserst schwierig eruiert und intransparent ist. Dasselbe dürfte wohl auch für die Zivilgerichte gelten, wenn sie Tarifstreitigkeiten von Bewohnerinnen und Bewohnern in Heimen des Privatrechts beurteilen müssen. Vor diesem Hintergrund erscheint eine neue, einheitliche und klare Regelung des Beschwerdeverfahrens auf Gesetzesstufe für das Gebiet der Langzeitpflege zwingend.

Dabei gilt es die Besonderheiten von Pflegeverhältnissen zu beachten. Die betroffenen pflegebedürftigen Personen sind auf einen Pflegeplatz angewiesen. Weil Ausweichmöglichkeiten für viele nur beschränkt bestehen, liegt eine monopol- oder oligopolartige Stellung der Pflegeheime vor. Die Pflegeheimplanung, der öffentliche Leistungsauftrag, die Restfinanzierung und die Investitionssubventionierung sowie die vorliegenden Vergütungsregeln lassen es in Bezug auf die (Rechtsfolgen-) Beurteilung derartiger Fälle als sachgerecht erscheinen, den öffentlichrechtlichen Charakter des Heimvertrags stärker zu betonen. Artikel 29 sieht entsprechend vor, dass die Pflegeeinrichtungen und Dienste der ambulanten Pflege über Leistungen und Forderungen, mit denen die betroffenen Personen nicht einverstanden sind, Verfügungen zu erlassen haben. Gegen diese Verfügungen kann alsdann beim Regierungsrat Beschwerde erhoben werden.

Artikel 30 Vollzug

Der Regierungsrat übt die Oberaufsicht über den Vollzug dieses Gesetzes aus und kann auch die dazu erforderlichen Bestimmungen erlassen. Diese Bestimmung erlaubt es dem Regierungsrat bei Bedarf, Zuständigkeiten und Verfahren zu regeln bzw. den durch die Gesetzgebung für die ambulante und stationäre Langzeitpflege geschaffenen Rahmen näher auszuführen.

Diese Zuständigkeit nach Absatz 2 entspricht der Aufsichtspraxis im Kanton.

Der Auffangtatbestand nach Absatz 3 gilt als Zuständigkeitsregel, sofern weder die besonderen Bestimmungen und die Ausführungsvorschriften dazu nicht etwas anderes festlegen.

Artikel 31 Änderung bisherigen Rechts

Die Investitionsbeiträge an stationäre Pflegeeinrichtungen richten sich neu nach den Artikeln 26 ff. Langzeitpflege. Die bisherigen Beitragsregeln des Sozialhilfegesetzes (SHG), die Institutionen der stationären Langzeitpflege betrafen, werden gestrichen. Mit dem neu formulierten Artikel 40 SHG wird die Geltung des Sozialhilfegesetzes eingeschränkt auf Institutionen der Behindertenhilfe im Sinne des Bundesgesetzes über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (SR 831.26). Dabei wird die heute gültige Regelung in modifizierter Form beibehalten. Mit Absatz 2 wird zusätzlich die erforderliche Rechtsgrundlage geschaffen, damit der Regierungsrat mit ausserkantonalen Institutionen Leistungsvereinbarungen abschliessen oder sich an interkantonalen Vereinbarungen beteiligen kann. Dabei geht es darum, den Zugang zu ausserkantonalen Institutionen sicherzustellen. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang die Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE; RB 20.3481), der auch der Kanton Uri beigetreten ist. Die IVSE gilt seit dem 1. Januar 2008 und regelt die Zusammenarbeit der Kantone und die Aufnahme von ausserkantonalen Personen in Kinder- und Jugendheimen (Bereich A), in Behinderteneinrichtungen für Erwachsene (Bereich B), in Suchttherapie- und -rehabilitationseinrichtungen (Bereich C) und in Sonderschuleinrichtungen (Bereich D). Der Regierungsrat soll dabei abschliessend zuständig sein, die mit den Versorgungsvereinbarungen verbundenen Ausgaben zu beschliessen. Eine analoge Regelung kennt der Kanton bereits im Bildungswesen (Art. 5 Abs. 4, 13 Abs. 2 und 17 Abs. 3 Schulgesetz; RB 10.1111).

Artikel 32 Übergangsbestimmung

Mit Inkrafttreten des Langzeitpflegegesetzes werden die Bestimmungen des Sozialhilfegesetzes aufgehoben, die bisher für Investitionsbeitragsleistungen an Institutionen der Langzeitpflege galten. Für eine beschränkte Übergangszeit von drei Jahren soll es dem Kanton möglich sein, Kantonsbeiträge auch noch nach altem Recht zuzusichern, falls dies für die Empfänger günstiger ist. Diese Übergangsbestimmung erfolgt mit Rücksicht auf die Komplexität dieser Infrastrukturvorhaben und die Finanzierungssicherheit allfälliger bereits laufender Planungen.

Artikel 33 Inkrafttreten

Die Volksabstimmung zum neuen Langzeitpflegegesetz kann frühestens im September 2010 stattfinden. Bei Annahme des Gesetzes durch die Urner Bevölkerung kann das neue Recht auf den 1. Januar 2011 in Kraft treten.

10 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen der Verordnung über die Patientenbeteiligung und den Kantonsbeitrag in der Langzeitpflege

1. Kapitel: PATIENTENBETEILIGUNG

Nach Artikel 25a Absatz 5 KVG dürfen den versicherten Personen die nicht von den Sozialversicherungen gedeckten Kosten der Pflegeleistungen im Umfang von höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags (Krankenkassenbeitrags) belastet werden. Bis zu dieser Maximalhöhe besteht Handlungsspielraum für die Kantone. Dabei ist es nach Artikel 9 und 12 Langzeitpflegegesetz Sache des Landrats, die Patientenbeteiligung für den ambulanten und stationären Pflegebereich festzulegen. Wo die Eigenmittel und die Mittel der Sozialversicherungen nicht ausreichen, um die Patientenbeteiligung zu decken, greifen die subsidiären Sozialleistungssysteme (Ergänzungsleistung).

Artikel 1 Maximale Patientenbeteiligung in der ambulanten Langzeitpflege

Die Bestimmung sieht vor, dass die vom Bundesgesetzgeber erlaubte Höchstbelastung der Patientinnen und Patienten im ambulanten Bereich ausgeschöpft wird. Die maximale Patientenbeteiligung für ambulante Pflegeleistungen beträgt gegenwärtig 15.95 Franken pro Tag (20 Prozent des Höchstbetrags gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV von 79.80 Franken). Dem gesundheitspolitischen Grundsatz "ambulant vor stationär" kann in finanzieller Hinsicht über den Versorgungsauftrag des Kantons im Bereich der ambulanten Langzeitversorgung Rechnung getragen werden. Via Programmvereinbarung lässt sich die Pflege zu Hause durch die Spitex gezielt und ausreichend fördern, indem die Aufwendungen für die nichtpflegerischen Spitex-Leistungen (die Kosten für Hauswirtschaft und Betreuung) vom Kanton subventioniert werden; der finanzielle Anreiz des ambulanten Bereichs ist sichergestellt. Da der Kanton die Spitex-Patientinnen und -Patienten mit dieser Unterstützung bereits gezielt entlastet, erscheint die Ausschöpfung der Höchstbelastung legitim und sachgerecht. Approximative Berechnungen der Spitex Uri zeigen, dass bei Ausschöpfung der maximalen Patientenbeteiligung die Spitex-Patientinnen und -Patienten gegenüber der heutigen Situation um rund 500'000 Franken pro Jahr zusätzlich belastet werden.

Artikel 2 Maximale Patientenbeteiligung in der stationären Langzeitpflege

Von der Möglichkeit zur Belastung der Patientinnen und Patienten für die Kosten der Pflegeleistungen soll auch im Bereich der stationären Pflegeleistungen in vollem Umfang des gesetzlichen Spielraums Gebrauch gemacht werden. Damit kann die Belastung der öffentlichen Hand und insbesondere Gemeinden in Grenzen gehalten werden. Zudem sollen keine falschen Anreize geschaffen werden, wonach vermehrt stationäre statt ambulante Leistungen bezogen werden. Die maximale Patientenbeteiligung für stationäre Pflegeleistungen beträgt gegenwärtig 21.60 Franken pro Tag (20 Prozent des Höchstbetrags gemäss Art. 7 Abs. 3 KLV von 108.00 Franken).

2. Kapitel: KANTONSBEITRAG AN DIE GEMEINDEN

Artikel 3 Höhe der Pauschalbeiträge

Artikel 3 erläutert die Berechnung des Kantonsbeitrags an die Gemeinden im Bereich der Pflegerestkosten nach Artikel 25 LPG. Der Kantonsbeitrag wird in Form einer Pauschale pro Tag und Pflegestufe aufgrund der durchschnittlich für die Gemeinden pro Stufe anfallenden Pflegerestkosten berechnet. Der Durchschnitt pro Stufe ergibt sich aus dem Mittelwert der zehn Urner Pflegeheime, ohne Gewichtung der jeweils anfallenden Pflegetage. Als Grundlage dienen die jeweils zwischen den Trägerschaften und den Gemeinden pro Jahr vereinbarten Pflegetaxen abzüglich des Beitrags der Krankenversicherung und der Patientenbeteiligung. Somit passt sich die Kantonsbeitragspauschale auch jedes Jahr der Kostenentwicklung an. Eine Indexierung wird damit hinfällig.

Beispiel für die Berechnung der Kantonsbeitragspauschale (pro Stufe und Tag):

Pflegestufen (1-12)		Heim 1	Heim 10	Durchschnitt	Kantonsbeitragspauschale (30 %)
1	Vollkosten	11.20	13.70	11.70		
	Krankenkasse	9.00	9.00	9.00		
	Patient	2.20	4.70	2.70		
	Restkosten	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
.....						
12	Vollkosten	404.60	263.50	288.40		
	Krankenkasse	108.00	108.00	108.00		
	Patient	21.60	21.60	21.60		
	Restkosten	275.00	133.90	158.80	168.40	50.50

Artikel 4 Beitragsberechtigte Gemeinde

Der Beitrag wird derjenigen Gemeinde ausgerichtet, die für die pflegebedürftige Person nach den Regeln über die Restfinanzierung, das heisst nach Artikel 15 des Gesetzes über die Langzeitpflege, kostenübernahmepflichtig ist.

Artikel 5 Rechnungsstellung und Auszahlung

Die Bestimmung regelt die Modalitäten der Abrechnung zwischen Kanton und Gemeinden. Die Gemeinden stellen dem Kanton für ihre Forderungen aus Beitragsleistungen halbjährlich Rechnung mit den notwendigen Angaben (Abs. 1 und 2). Nach Prüfung, zahlt der Kanton den Kantonsbeitrag aus (Abs. 3).

3. Kapitel: **SCHLUSSBESTIMMUNGEN**

Artikel 6 Vollzug

Der Vollzug der Verordnung, das heisst die Abrechnung des Kantonsbeitrags mit den Gemeinden, soll dem Amt für Gesundheit obliegen.

Artikel 7 Inkrafttreten

Die Verordnung über die Patientenbeteiligung und die den Kantonsbeitrag in der Langzeitpflege kann nur rechtsgültig werden, wenn das Langzeitpflegegesetz in der Volksabstimmung angenommen wird. Langzeitpflegegesetz und Verordnung sollen zusammen in Kraft treten.

11 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen der Verordnung über die Akut- und Übergangspflege

Im Bereich des KVG hat die Neuordnung der Pflegefinanzierung zur Folge, dass künftig zwischen "Pflegeleistungen" und "Leistungen der Akut- und Übergangspflege" (Art. 25a) unterschieden wird. Dabei sind unter "Pflegeleistungen" solche Leistungen zu verstehen, die in der Regel längerfristig erbracht werden, ohne dass sie aber mit einer vorgängigen Spitalbehandlung zusammenhängen müssen (sog. Langzeitpflege), wohingegen Leistungen der Akut- und Übergangspflege stets direkt an eine Spitalbehandlung anschliessen und auf 14 Tage befristet sind.

Der Bundesrat hat mit der am 24. Juni 2009 geänderten Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) die bis anhin offene Frage geklärt, ob zwischen Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege ein inhaltlicher Unterschied besteht. Die Leistungen der Pflege werden wie bis anhin in der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) geregelt. In seinen Kommentaren dazu hält der Bundesrat fest, dass der Leistungskatalog sowohl für Pflegeleistungen als auch für Leistungen der Akut- und Übergangspflege derselbe ist; es sind dies gemäss Artikel 7 KLV Massnahmen der Abklärung und Beratung, der Untersuchung und Behandlung sowie der Grundpflege. Daraus folgt, dass auch die Leistungserbringer dieselben sind, nämlich jene Personen und Institutionen, die in Artikel 7 Absatz 1 KLV als Leistungserbringer für Pflegeleistungen aufgeführt sind (Pflegefachpersonen, Spitex-Organisationen und Pflegeheime). Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege können sowohl ambulant durch Spitex-Organisationen oder freiberuflich tätige Pflegefachpersonen als auch stationär durch Pflegeheime erbracht werden.

Die Langzeitpflege wird auf Ebene Kanton mit dem Langzeitpflegegesetz geregelt, die Akut- und Übergangspflege mit der vorliegenden Verordnung.

Artikel 1 Grundsatz

Absatz 1 nimmt die Definition des Bundesgesetzgebers (Art. 25a Abs. 2 KVG) auf und verdeutlicht, dass die Leistungen der Akut- und Übergangspflege ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden können. Getreu dem gesundheitspolitischen Grundsatz "ambulant vor stationär" soll die Akut- und Übergangspflege in Uri aber in der Regel ambulant erfolgen. Dieser Grundsatz erfährt allerdings eine Einschränkung für Personen, die in einer Einrichtung der stationären Langzeitpflege leben. Hier soll die Akut- und Übergangspflege in der Regel dort erbracht werden (Abs. 2). Nach Absatz 3 soll der Regierungsrat zuständig sein, die Leistungserbringer für Akut- und Übergangspflege zu bezeichnen und die Akut- und Übergangspflege im Rahmen des Bundesrechts näher zu definieren. Diese Ordnung steht in Einklang mit der regierungsrätlichen Gesamtverantwortung für die kantonale Versorgungsplanung und die Spital- und Pflegeheimliste. Kommt hinzu, dass auf den 1. Januar 2012 eine tief greifende Umstellung des Spitalfinanzierungssystems auf kantonaler Ebene erforderlich ist. In diesem Zusammenhang ist auch eine umfassende Regelung der Planung, Steuerung und Finanzierung der Akut- und der Langzeitversorgung anzustreben.

Artikel 2 Leistungs- und Kostennachweis

Zur Einhaltung der abgeltungsrechtlichen Vorgaben muss die nötige Kosten- und Leistungstransparenz vollständig gewährleistet werden. Dies setzt aussagekräftige Kosten- und Leistungsrechnungen aller Leistungserbringer und insbesondere getrennte Rechnungen für die Pflegeleistungen, die Leistungen der Akut- und Übergangspflege und die übrigen (nichtpflegerischen) Leistungsbereiche voraus.

Artikel 3 Abgeltung

Bei den Leistungen der Akut- und Übergangspflege gelangt der gleiche Kostenteiler zwischen Krankenversicherern und öffentlicher Hand zur Anwendung wie bei der neuen Spitalfinanzierung (Art. 49a KVG). Kanton und Krankenversicherer übernehmen die Vergütungen der Akut- und Übergangspflege anteilmässig (Abs. 1). Konkret muss der Kanton während längstens zweier Wochen nach dem Spitalaufenthalt einen Anteil von mindestens 55 Prozent der Kosten übernehmen, während die Versicherer die restlichen höchstens 45 Prozent zu finanzieren haben. Eine Beteiligung der Leistungsbezüglerinnen und -bezügler an den Kosten der Pflegeleistungen ist, abgesehen von Franchise und Selbstbehalt, kraft Bundesrechts ausgeschlossen. Eine Berechnung der approximativen Kosten für den Kanton ist auf Seite 28 ersichtlich. Danach dürfte die jährliche Mehrbelastung des Kantons etwa Fr. 154'000.-- ausmachen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für Betreuung in der Akut- und Übergangspflege der Pflegeheime verbleiben bei den Patientinnen und Patienten; die öffentliche Hand leistet hier - im Gegensatz zu akutmedizinischen Spitalaufenthalten - keine Beiträge.

Nach Artikel 49a Absatz 2 KVG setzt der Kanton jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den für alle Kantonseinwohner geltenden kantonalen Anteil fest. Der kantonale Anteil beträgt mindestens 55 Prozent. Nach Absatz 2 soll es Sache des Regierungsrats sein, den kantonalen Anteil im Rahmen des Bundesrechts festzusetzen (Abs. 2).

Artikel 4 Abrechnung

Der Regierungsrat soll im Rahmen von Artikel 49a Absatz 3 KVG mit den Versicherern die Modalitäten der Abrechnung vereinbaren können.

Artikel 5 Inkrafttreten

Das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde vom Bundesrat auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt. Ab diesem Zeitpunkt gelangen die neuen Regeln zu den Leistungen der Akut- und Übergangspflege zur Anwendung.

12 Änderungen von kantonalen Rechtserlassen

12.1 Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV vom 24. September 2007 (ELV; RB 20.2425)

Verschiedene Sozialversicherungszweige gewähren Menschen, "die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedürfen" (So die Legaldefinition der Hilflosigkeit in Art. 9 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]; SR 830.1) eine Geldleistung, die als Hilflosenentschädigung bezeichnet wird. Diese wird unabhängig von der Höhe der Kosten im Einzelfall ausgerichtet. Die Finanzierung erfolgt vollumfänglich durch Steuermittel des Bundes. In diesen Bereichen besteht somit weder ein Anpassungs- und Finanzierungsbedarf in den Kantonen, obschon das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung mit der Hilflosenentschädigung leichten Grades für Altersrentnerinnen und -rentner, die zu Hause leben, eine neue Leistung geschaffen hat (Art. 43^{bis} Abs. 1 erster Satz, 1^{bis}, 2 und 3 AHVG; SR 831.10).

Anders im Bereich der Ergänzungsleistungen. Personen, die eine Alters- oder Invalidenrente beziehen, haben Anspruch auf Ergänzungsleistungen (EL) zur Deckung ihres Existenzbedarfs. Der Bund hat sich im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung für wesentliche Verbesserungen der Ergänzungsleistungen zur AHV / IV (EL) ausgesprochen. Mit dem revidierten Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30) wird der Vermögensfreibetrag bei Alleinstehenden von heute 25'000 auf 37'500 Franken und bei Ehepaaren von 40'000 auf 60'000 Franken erhöht. Zudem wird ein zusätzlicher Freibetrag von 300'000 Franken eingeführt für Liegenschaften, wenn ein Ehegatte im Heim lebt und der andere im gemeinsamen Wohneigentum. Da die Existenzsicherung mit der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) in erster Linie zur Bundesaufgabe wurde, wird sie grundsätzlich vom Bund zu fünf Achteln und von den Kantonen zu drei Achteln getragen (Art. 13 Abs. 1 ELG). Eine besondere Regelung gilt für die Finanzierung der jährlichen Ergänzungsleistungen für in Heimen lebende Personen. Hier gilt die Kostentragungsregelung nur bis zum definierten Grenzbetrag von gegenwärtig rund 94 Franken pro Tag (= täglicher

Grundbedarf). Der über den täglichen Grundbedarf hinausgehenden Betrag haben ausschliesslich die Kantone zu tragen (Art. 13 Abs. 2 ELG). Umgekehrt dürfen die Kantone die zu berücksichtigenden Heimtaxen begrenzen. Beim kantonalen Einführungserlass zum ELG besteht damit Anpassungsbedarf.

Artikel 3 Absatz 1

Neu wird für die Berechnung des EL-Anspruchs auch auf Artikel 11 Absatz 1bis ELG verwiesen, der - in Abweichung von Absatz 1 Buchstabe c ELG - einen Freibetrag von 300'000 Franken vorsieht für Liegenschaften, wenn ein Ehegatte im Heim lebt und der andere die Liegenschaft bewohnt.

Artikel 4 Absatz 1 und 2

Für Personen, die zu Hause wohnen, wird die Ergänzungsleistung immer gleich berechnet. Kantonale Abweichungen sind hier ausgeschlossen. Hingegen können die Kantone die Höhe der Ergänzungsleistungen für Heimbewohnerinnen und -bewohner beeinflussen, indem sie die zu berücksichtigenden Heimtaxen festlegen können. Dies gilt auch nach dem revidierten Artikel 10 Absatz 2 Buchstabe a ELG. Von dieser Begrenzungsmöglichkeit soll wie bisher Gebrauch gemacht werden. Der Entwurf sieht vor, dass die anrechenbaren Kosten nicht in Franken, sondern durch normative Ansätze begrenzt werden. Dazu im Einzelnen Folgendes:

Anrechenbar laut Absatz 1 Buchstabe a ist der Pflegekostenanteil, den die Person leisten muss; normative Höchstgrenze soll hier die maximale Patientenbeteiligung sein, die der Landrat gemäss Langzeitpflegegesetz festlegt. Das ist sachgerecht und auch logisch, zumal die Heime mit Blick auf den Tarifschutz den Bewohnerinnen und Bewohnern ja auch nicht höhere Kosten in Rechnung stellen dürfen.

Ebenfalls anrechenbar nach Absatz 1 Buchstaben b und c sind die geschuldeten Pensions- und Betreuungskosten, das heisst die massgeblichen Taxen. Hier gilt es eine zusätzliche Begrenzung vorzusehen. Massgebend soll die Höchsttaxe sein, die im Verfahren nach Artikel 4a festgelegt wird.

Bei demenzkranken Personen werden die geschuldeten Zuschläge angerechnet (Abs. 2), wobei hier auf eine Begrenzung verzichtet wird: Damit sind die Taxen anrechenbar, wie sie die Tarifpartner im Tarifverfahren gemäss Langzeitpflegegesetz vereinbart haben.

Artikel 4a Höchsttaxen für die Pension und die Betreuung

Es soll Sache des Regierungsrats sein, die für die Ergänzungsleistungen anrechenbaren Höchsttaxen für die Pension und die Betreuung nach den Grundsätzen und Vorgaben des Artikels 4b festzulegen. Die Höchsttaxen werden dabei auf Franken gerundet; die Festlegung erfolgt jeweils für zwei Kalenderjahre (Abs. 1).

Die für die EL-Berechnung massgeblichen Höchsttaxen für die Pension und die Betreuung sollen auf der Grundlage von durchschnittlichen Kosten bei wirtschaftlicher Betriebsführung erfolgen. Massgebend für die Ermittlung ist der Durchschnitt der vertraglich oder behördlich festgelegten Taxen (1- und Mehrbettzimmer) aller im Kanton zugelassenen Leistungserbringer der stationären Langzeitpflege (Listenpflegeheime). Darauf werden 5 Prozent (Toleranzmarge) zugeschlagen (Taxdurchschnitt + 5 Prozent). Dies in Anlehnung an das Tarifprüfungsmodell der Preisüberwachung, das eine Abweichung von bis zu 5 Prozent im intra- und interkantonalen Vergleich als noch gut bzw. wirtschaftlich erachtet.

Werden bei den nach Absatz 2 berechneten anrechenbaren Höchsttaxen nicht für mindestens 95 Prozent der Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen die Heimkosten gedeckt, so sollen die anrechenbaren Höchsttaxen entsprechend erhöht werden (Abs. 3). Damit kann die Vorgabe des Bundesrechts, wonach die anrechenbaren Taxen so zu bemessen sind, dass der Aufenthalt in einem Pflegeheim "in der Regel" keine Sozialhilfe-Bedürftigkeit begründet (Art. 10 Abs. 2 Bst. a ELG-neu), erfüllt sein. Zu beachten ist bei der Frage der Höchsttaxe auch, dass die EL grundsätzlich ein wirtschaftliches, zweckmässiges und wirksames Basisangebot decken soll (analog Art. 14 Abs. 2 ELG) und kein überdurchschnittliches. EL-Beziehende sollen in Bezug auf den Komfort im Pflegeheim grundsätzlich nicht besser gestellt werden als Selbstzahler.

Eine beispielhafte Berechnung gemäss dem oben beschriebenen System und aufgrund der Taxen des Jahres 2010 beziehungsweise der Kostenrechnung 2009 ergibt folgende **approximative** EL-Höchsttaxe:

Ø der Pensionstaxen aller Urner Heime	97 Franken	zuzüglich 5 %	102 Franken
Ø der Betreuungskosten aller Urner Heime	27 Franken	zuzüglich 5 %	29 Franken
Maximale Patientenbeteiligung			<u>21.60 Franken</u>
Maximal anrechenbare EL-Kosten bei einem Heimaufenthalt			152.60 Franken

Ein Vergleich mit den heute anrechenbaren EL-Kosten von rund 150 Franken (231 Franken abzüglich 84 Franken Krankenkassenbeitrag) macht deutlich, dass sich der Systemwechsel für den Kanton ausgabenneutral verhält. Zudem zeigt sich, dass die nach neuem System be-

rechneten EL-Höchsttaxen die effektiven Heimtaxen in aller Regel zu decken vermögen.

Wo sich die volle Deckung durch die EL-Höchsttaxen nicht erreichen lässt, ist es Aufgabe der zuständigen Gemeinden, bei der Tarifierung nach Langzeitpflegegesetz den Gründen für die vergleichsweise hohen Kosten nachzugehen. Für sie besteht ein Interesse nicht nur in versorgungspolitischer, sondern auch in finanzieller Hinsicht. Wo die EL nicht die vollen Taxen der Einrichtungen deckt, werden die Gemeinden unter Umständen, gestützt auf Artikel 4b, unterstützungspflichtig.

Artikel 4b Vermeiden von Sozialhilfe-Abhängigkeit

Nach Artikel 10 Absatz 2 Buchstaben a ELG, zweiter Satz, müssen die Kantone dafür sorgen, dass durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit begründet wird. Da die Gemeinden für die Sicherstellung der Versorgung im stationären Pflegebereich zuständig sind, trifft sie diese Verpflichtung. Entsprechend hält Absatz 1 fest, dass die Gemeinden durch eigene Beiträge dafür sorgen müssen, dass durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit begründet wird. Die Unterstützungspflicht ist subsidiär ausgebildet. Sie greift nur in Fällen, wo für sich in anerkannten Heimen lebende Personen trotz Ergänzungsleistungen keine ausreichende Deckung der Heimkosten erreichen lässt (vgl. Abs. 1). Dies ist laut den Regeln zur Bestimmung der EL-Höchsttaxe (Art. 4a) aber nur noch bei maximum 5 Prozent der EL-Bezügerinnen und -Bezüger in Pflegeeinrichtungen möglich. In Übereinstimmung mit der Konzeption des Gesetzes über die Langzeitpflege ist dabei diejenige Gemeinde zuständig, die für die betroffene Person nach den Regeln über die Restfinanzierung kostenübernahmepflichtig ist (Abs. 2).

Artikel 6 Absatz 1

Die Änderung von Artikel 6 steht nicht im Zusammenhang mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung, sondern mit der NFA. Damals wurde das ELG einer Totalrevision unterzogen und auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt. Um gewisse Standards für eine gesamtschweizerisch einheitliche Vergütungspraxis zu gewährleisten, legt das ELG neu einen Leistungskatalog fest (Art. 14 Abs. 1 ELG) und bestimmt die Frist für die Geltendmachung der Krankheits- und Behinderungskosten (Art. 15 ELG). Den Kantonen wurde eine Übergangsfrist bis Ende 2010 gesetzt, um die Kosten zu bezeichnen, die nach Artikel 14 Absatz 1 ELG vergütet werden können (Art. 34 ELG); solange dies nicht geschehen ist, gilt weiterhin die entsprechende Bundesverordnung (Verordnung vom 29. Dezember 1997 über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen [ELKV]; SR 831.301.1).

Sie wird am 31. Dezember 2010 aufgehoben.

Mit dem neu formulierten Artikel 6 Absatz 1 erhält der Regierungsrat die Kompetenz, die Krankheits- und Behinderungskosten (bis spätestens 31. Dezember 2010) in einem Reglement zu bezeichnen. Weil im Bereich der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten grundsätzlich kein Leistungsabbau erfolgen soll, dürften die in der Bundesverordnung geregelten Leistungen ins kantonale Reglement überführt werden. Dass Krankheits- und Behinderungskosten nur subsidiär und im Rahmen einer wirtschaftlichen und zweckmässigen Leistungserbringung vergütet werden, entspricht bisherigem Recht. Ebenso die Begrenzung der Höchstbeträge auf das bundesrechtlich vorgeschriebene Minimum (Art. 14 Abs. 3 bis 5 ELG).

Artikel 6a Ambulante Pflegekosten

Bei Personen, die Pflegeleistungen von zugelassenen Leistungserbringern der ambulanten Langzeitpflege beanspruchen, wird - in Analogie zu Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe a - der von ihnen geschuldete Anteil an den Pflegekosten angerechnet, höchstens aber die maximale Patientenbeteiligung.

12.2 Verordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 15. November 1995 (RB 20.2202)

Artikel 2 Buchstabe f, g und h (neu)

Die bisherige Verordnung war nicht vollständig, da sie die Zuständigkeit im Bereich der Pflegeheimliste nicht ausdrücklich regelte. Diese Lücke wird mit Artikel 2 Buchstabe f geschlossen. Danach ist der Regierungsrat (analog zum Spitalbereich) zuständig, eine bedarfsgerechte Pflegeversorgung zu planen und die Pflegeheimliste des Kantons zu erstellen und nachzuführen (Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG). Zudem hat der Kanton mit der neuen Spitalfinanzierung jeweils für das Kalenderjahr bzw. spätestens neun Monate vor dessen Beginn den für alle Kantonseinwohner geltenden kantonalen Anteil (von mindestens 55 Prozente festzusetzen (Art. 49a Abs. 2 KVG). Wie in der Akut- und Übergangspflege soll es Sache des Regierungsrats sein, den kantonalen Anteil am Spitaltarif im Rahmen des Bundesrechts festzusetzen (Bst. g) Der bisherige Auffangtatbestand gemäss Buchstabe h verschiebt sich um einen Buchstaben.

Artikel 10

Die Änderung dieses Artikels steht nicht im Zusammenhang mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Bei Einführung des KVG wurde der Bundesbeitrag an die Prämienverbilligung an den Beitrag, den die Kantone leisteten, geknüpft. Der Bund bestimmte jährlich einen Beitrag, den die Kantone für die Prämienverbilligung sprechen mussten, um den Bundesbeitrag überhaupt auszulösen. Der bisherige Artikel 10 geht von dieser altrechtlichen Konzeption aus. Das Modell wurde bei der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) aufgegeben. Neu gewährt der Bund den Kantonen jährlich einen Beitrag zur Verbilligung der Prämien von 7,5 Prozent der Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, wobei sich die Anteile der einzelnen Kantone nach deren Wohnbevölkerung sowie nach der Anzahl der Versicherten richtet (Art. 66 KVG). Artikel 10 ist entsprechend anzupassen.

Artikel 15a Kostengutsprache (neu)

Der neu eingefügte Artikel 15a steht ebenfalls nicht im Zusammenhang mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung, sondern dient der Klarstellung und der Rechtssicherheit, indem das bereits seit längerem praktizierte Verfahren für Kostengutsprachen positivrechtlich verankert wird. Nach Artikel 41 Absatz 3 KVG muss der Wohnkanton einen Teil der Kosten für ausserkantonale Behandlungen übernehmen, wenn es sich beim behandelnden Spital um eine öffentlich subventionierte Einrichtung handelt und die Patientin bzw. der Patient die Dienste des Spitals aus medizinischen Gründen beansprucht. Medizinische Gründe liegen vor bei einem Notfall und wenn die Behandlung im Wohnkanton nicht verfügbar ist. Die Frage der Kostenübernahme wird durch das so genannte Kostengutspracheverfahren geklärt. Die Erteilung bzw. Ablehnung der Kostengutsprache erfolgt durch die GSUD. Der Kanton Uri lehnt sich hinsichtlich Kostengutspracheverfahren seit jeher an die "Empfehlungen der SDK betreffend Beiträge der Kantone bei ausserkantonalen Spitalbehandlungen nach Artikel 41.3 KVG" (letztmals revidiert am 21. August 2003) an. Das befriedigt rechtsstaatlich nicht, kommt den SDK- bzw. GDK-Empfehlungen doch kein rechtsverbindlicher Charakter zu. Die Lücke soll mit dem neu eingefügten Artikel 15a VO KVG geschlossen werden. Die Bestimmung verweist auf das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.20), das am 1. Januar 2003 in Kraft getreten ist.

Das ATSG koordiniert das Sozialversicherungsrecht des Bundes, indem es u. a. ein einheitliches Sozialversicherungsverfahren festlegt und die Rechtspflege regelt (Art. 1 Ingress und Bst. b ATSG). Im 4. Kapitel, konkret in den Artikeln 27 ff. ATSG, finden sich Allgemeine Verfahrensvorschriften. Diese sind zwar grundsätzlich auf das Verhältnis zwischen Versicherer

und versicherter Person zugeschnitten. Die Anwendung im kantonalen Kostengutspracheverfahren ist jedoch sachgerecht, da dem Kanton in Bezug auf die Differenzzahlungspflicht nach Artikel 41 Absatz 3 KVG eine den Versicherern ähnliche Stellung zukommt (Eidgenössisches Versicherungsgericht K 57/2003). Nach Artikel 49 Absatz 1 ATSG hat der Versicherungsträger bzw. die GSUD über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, schriftlich Verfügungen zu erlassen. Gegen diese Verfügungen wiederum kann (wie bisher) innerhalb von 30 Tagen bei der verfügenden Stelle, das heisst bei der GSUD, Einsprache erhoben werden (Art. 52 Abs. 1 erster Teilsatz ATSG). Gegen Einspracheentscheide der GSUD steht der Rechtsweg an das Verwaltungsgericht als kantonales Versicherungsgericht offen (Art. 56 ATSG). Neben diesen verfahrensrechtlichen Bestimmungen sollen aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit auch andere Vorschriften des ATSG Anwendung finden, insbesondere dessen Artikel 24 für das Erlöschen des Anspruchs (Verwirkung) und Artikel 25 für die Rückerstattung unrechtmässig bezogener Leistungen.

13 Aufhebung von kantonalen Rechtserlassen

Das Reglement über die Baubeiträge nach dem Sozialhilfegesetz vom 15. März 2005 (BSR; RB 20.3425) wird aufgrund der neuen Finanzierungsregeln bei Investitionen hinfällig und kann aufgehoben werden. Für die Aufhebung ist der Regierungsrat zuständig. Dessen Zuständigkeit folgt aus dem Grundsatz der Parallelität der Formen, nach welchem ein Beschluss bzw. ein Erlass nur in dem Verfahren abgeändert oder aufgehoben werden darf, in dem er ursprünglich erlassen wurde.

14 Antrag

Gestützt auf diesen Bericht beantragt der Regierungsrat dem Landrat, folgenden Beschluss zu fassen:

1. Das Gesetz über die Langzeitpflege, wie es im Anhang 1 enthalten ist, wird zuhanden der Volksabstimmung verabschiedet.
2. Die Verordnung über die Patientenbeteiligung und den Kantonsbeitrag in der Langzeitpflege, wie sie im Anhang 2 enthalten ist, wird beschlossen.
3. Die Verordnung über die Akut- und Übergangspflege, wie sie im Anhang 3 enthalten ist, wird beschlossen.

4. Die Änderung der Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, wie sie im Anhang 4 enthalten ist, wird beschlossen.
5. Die Änderung der Verordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung, wie sie im Anhang 5 enthalten ist, wird beschlossen.

Beilagen

- Tabelle: Pflegebettenangebot, Pflegebettenbedarf und Bilanz, 2010-2020, Kanton Uri, mit Rate stationär 0.54 (Beilage 1)
- Tabelle: Schätzung stationär betreuter, über 65-jähriger Pflegebedürftiger, im Kanton Uri, nach Regionen und Gemeinden, 2005 bis 2020 (Beilage 2)
- Diagramm: Verteilung Pflage tage 2008 (Beilage 3)
- Übersicht über die wichtigsten Finanzflüsse im Bereich der stationären Langzeitpflege (in 1'000 Fr.), 2006 (Beilage 4)
- Übersicht über die wichtigsten Finanzflüsse im Bereich der ambulanten Langzeitpflege (Spitex) (in 1'000 Fr.), 2008 (Beilage 5)

Anhänge

- Gesetz über die Langzeitpflege (Anhang 1)
- Verordnung über die Patientenbeteiligung und den Kantonsbeitrag in der Langzeitpflege (Anhang 2)
- Verordnung über die Akut- und Übergangspflege (Anhang 3)
- Änderung der Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (Anhang 4)
- Änderung der Verordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Anhang 5)

14.1 Beilage 1

Tabelle III: Pflegebettenangebot BESA 2-4 (PB geplant/ als PB nutzbar), Pflegebettenbedarf BESA 2-4 und Bilanz, 2010-2020, Kanton Uri, mit Rate stationär 0.54

	Angebot		Bedarf					Differenz Positive Zahl: Bettenüberschuss; Negative Zahl: Bettenmangel									
	PB per 2007 ge- plant (BESA 2-4)	Max. als PB nutzbar (BESA 2-4)	mit aktueller Pflegebedürftig- keitsquote			mit reduzierter Pflege- bedürftigkeitsquote		mit aktueller Pflegebedürftigkeitsquote				mit reduzierter Pflegebedürftigkeitsquote					
			2010	2015	2020*	2015	2020*	2010		2015		2020*		2015		2020*	
								PB ge- plant	als PB nutzbar	PB ge- plant	als PB nutzbar	PB ge- plant	als PB nutzbar	PB ge- plant	als PB nutzbar	PB ge- plant	als PB nutzbar
Total Kanton Uri	473	574	427	458	498	427	464	46	147	15	116	-25	76	46	147	9	110
Geriatric, KSU	43	43															
Total Regionen**	430	531	421	453	492	423	461	9	110	-23	78	-62	39	7	108	-31	70
Talboden	249	326	212	230	253	214	237	37	114	19	96	-4	73	35	112	12	89
Pflegewohngr. Höfli, Altdorf	20	20															
APH Rosenberg, Altdorf	86	144															
Urner AH, Flüelen	36	55															
Seerose, Flüelen	25	25															
APH Rüttigarten, Schattdorf	82	82															
Äuss. Seegemeinden	0	0	19	21	22	20	22	-19	-19	-21	-21	-22	-22	-20	-20	-22	-22
AH, Seelisberg	0	0															
Urserental	22	22	24	26	27	25	25	-2	-2	-4	-4	-5	-5	-3	-3	-3	-3
BPH Ursern, Andermatt	22	22															
Mittl. und ob. Reusstal	99	119	111	116	123	109	114	-12	8	-17	3	-24	-4	-10	10	-15	5
BPH Ob. Reusstal, Wassen	22	42															
BPH Spannort, Erstfeld	77	77															
Schächental	60	64	54	60	66	56	63	6	10	0	4	-6	-2	4	8	-3	1
APH Gosmergartä, Bürglen	60	64															

*Ausblick, **Rundungsdifferenz von 3 bis 6 Personen zu Kanton Uri (vgl. Tabelle II), wenn 43 Betten am KSU berücksichtigt werden.

Quelle: BFS 1998, Menthonnex 2006, Volkszählung BFS 2000, BFS 2007, Alters- und Pflegeheime Kanton Uri, Befragung 2006, Petruzzi, 2007. Analyse: Obsan/Höpflinger

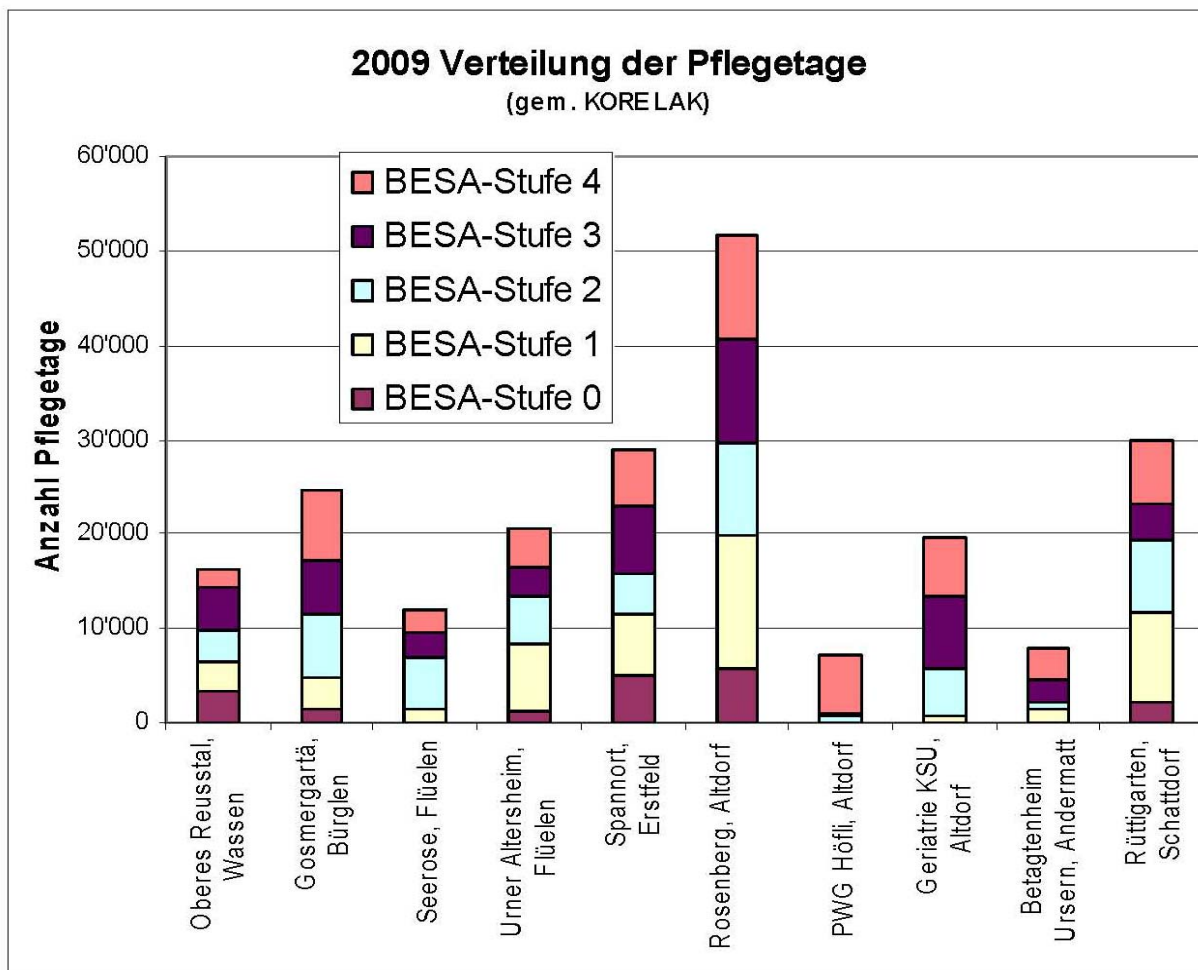
14.2 Beilage 2

Tabelle II: Schätzung stationär betreuter, über 65-jähriger Pflegebedürftiger, im Kanton Uri, seinen Regionen und Gemeinden, 2005 bis 2020, mit Rate stationär 0.54

	mit aktueller Pflegebedürftigkeitsquote				mit reduzierter Pflegebedürftigkeitsquote	
	2005	2010	2015	2020*	2015	2020*
Kanton Uri (Kohortenumrechnung)	393	427	458	498	427	464
Regionen und Gemeinden (Summe)**	390	421	453	492	423	461
Talboden	195	212	230	253	214	237
Altdorf	113	119	121	126	113	118
Attinghausen	11	15	17	18	15	17
Flüelen	21	22	22	24	21	23
Seedorf	9	11	15	19	14	18
Schattdorf	39	45	53	65	51	61
Äussere Seegemeinden	17	19	21	22	20	22
Bauen	2	2	2	3	2	3
Isenthal	6	6	6	6	5	6
Seelisberg	8	8	9	9	8	8
Sisikon	3	3	4	4	3	4
Urserental	23	24	26	27	25	25
Andermatt	18	19	20	21	18	19
Hospental	3	3	3	3	2	2
Realp	2	2	2	3	2	3
Mittl. und ob. Reusstal	104	111	116	123	109	114
Erstfeld	55	59	61	65	57	62
Göschenen	6	7	8	9	8	8
Gurtellen	10	11	10	10	10	10
Silenen	23	26	28	30	26	28
Wassen	9	8	8	8	8	8
Schächental	51	54	60	66	56	63
Bürglen	38	41	44	48	42	45
Spiringen	8	9	9	10	9	9
Unterschächen	5	5	7	8	6	8

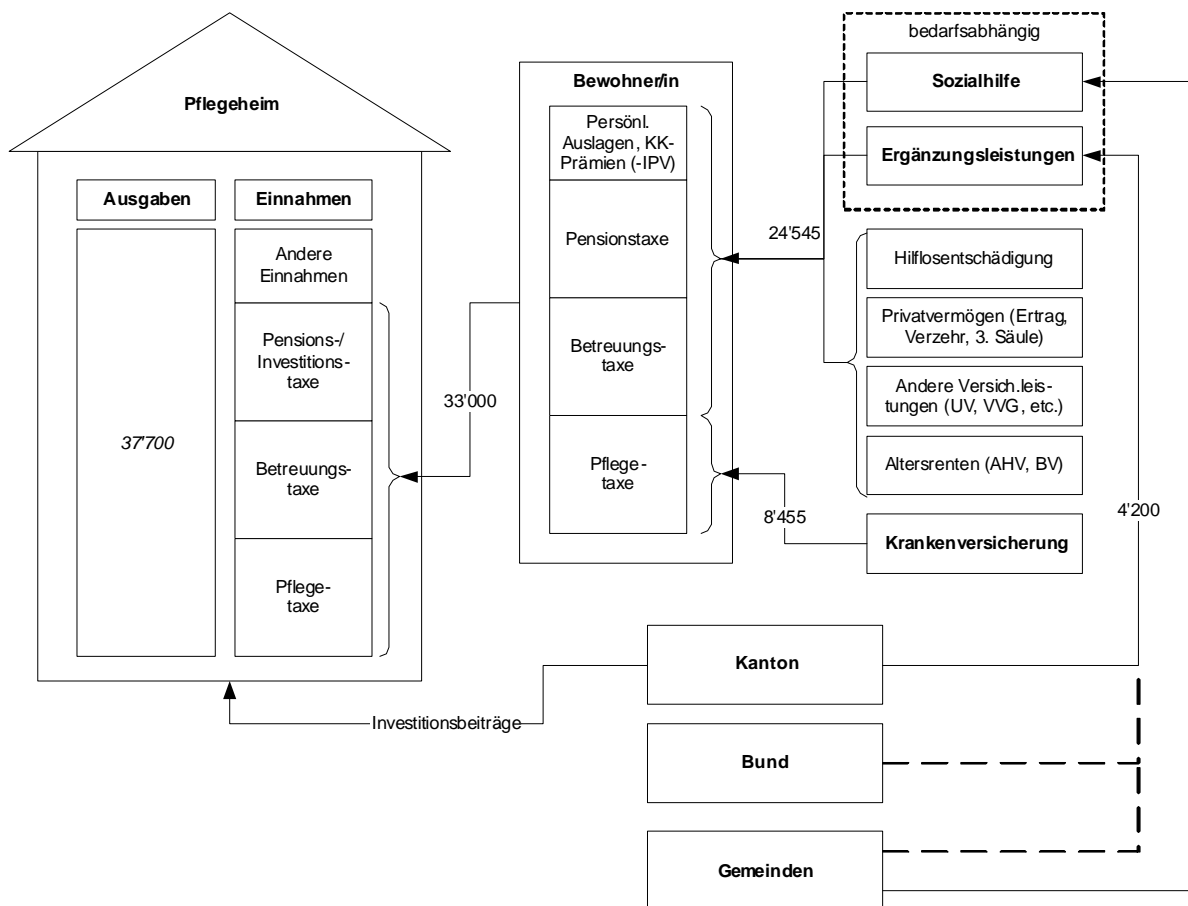
*Ausblick. ** Rundungsdifferenz von 3 bis 6 Personen zu Kanton Uri. Analyse: Höpflinger/Obsan

14.3 Beilage 3



14.4 Beilage 4

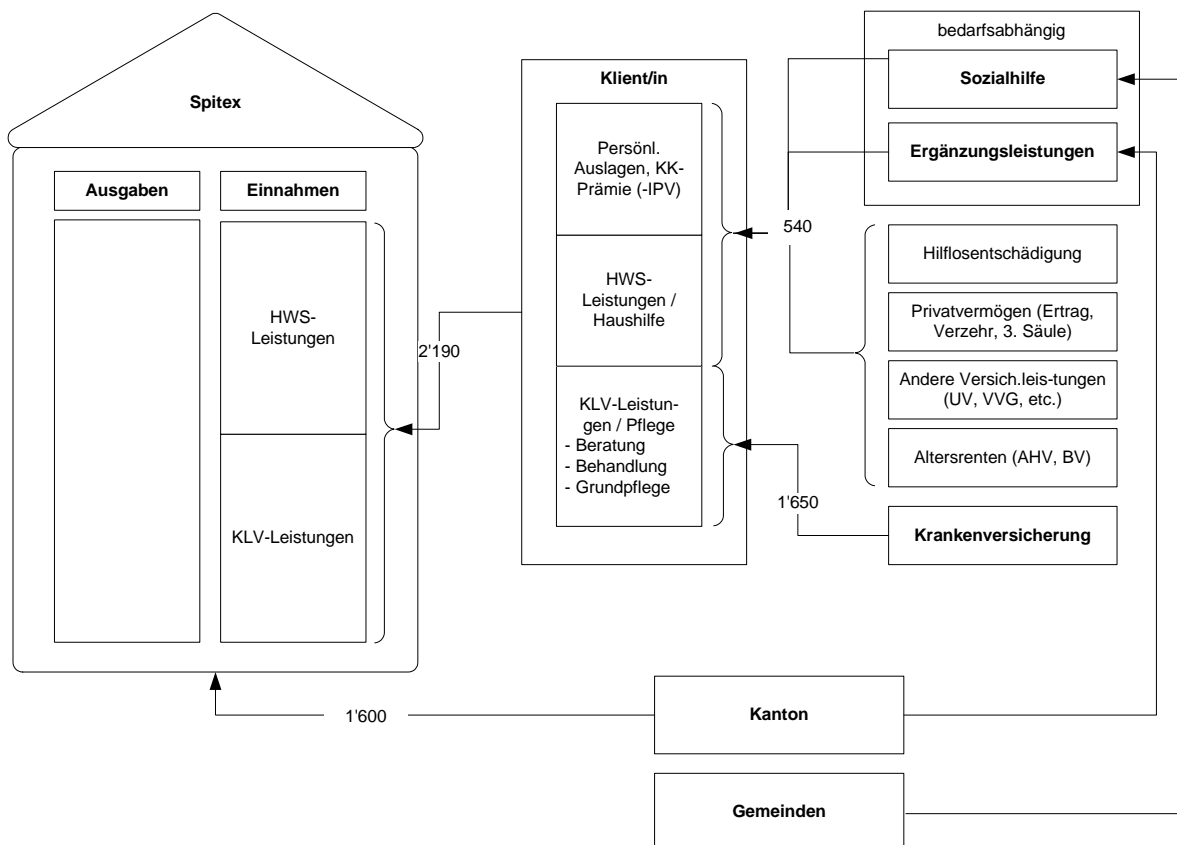
Übersicht über die wichtigsten Finanzflüsse im Bereich der stationären Langzeitpflege (in 1'000 Fr.), 2006



Quelle: Fachbericht Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege im Kanton Uri vom 16. März 2008

14.5 Beilage 5

Übersicht über die wichtigsten Finanzflüsse im Bereich der ambulanten Langzeitpflege (Spitex) (in 1'000 Fr.), 2008



Quelle: Fachbericht Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege im Kanton Uri vom 16. März 2008

GESETZ
über die Langzeitpflege
(vom ...)

Das Volk des Kantons Uri,

gestützt auf Artikel 25a Absatz 5 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)¹ und auf Artikel 90 Absatz 1 der Kantonsverfassung²,

beschliesst:

1. Kapitel: **ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN**

Artikel 1 Zweck und Gegenstand

¹Dieses Gesetz bezweckt, für die Bevölkerung des Kantons Uri eine bedarfsgerechte und qualitativ gute ambulante und stationäre Langzeitpflege zu tragbaren Kosten sicherzustellen.

²Es regelt die Versorgungsaufgaben, das Vergütungssystem und die Finanzierung.

Artikel 2 Geltungsbereich

Das Gesetz findet Anwendung auf die Pflege und Betreuung durch ambulante und stationäre Leistungserbringer der Langzeitpflege, soweit sie zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind.

Artikel 3 Definitionen

¹Als ambulante Langzeitpflege gelten Pflegeleistungen, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, erbracht werden.

²Die stationäre Langzeitpflege beinhaltet Pflege-, Betreuungs- und Pensionsleistungen, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs in einer Pflegeeinrichtung erbracht werden.

¹ SR 832.10

² RB 1.1101

³Pflegeeinrichtungen sind Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der stationären Pflege und Betreuung von Langzeitpatientinnen und -patienten dienen und auf der kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt sind.

⁴Im Übrigen gelten die Begriffe gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)³.

2. Kapitel: **SICHERSTELLUNG DER VERSORGUNG**

Artikel 4 Aufgabenteilung a) Kanton

¹Der Kanton stellt für seine Bevölkerung die Versorgung in der ambulanten Langzeitpflege sicher.

²Der Regierungsrat schliesst mit einer einzigen Organisation eine Programmvereinbarung ab und erteilt ihr die erforderlichen Leistungsaufträge.

Artikel 5 b) Gemeinden

¹Die Gemeinden stellen für ihre Wohnbevölkerung die Versorgung in der stationären Langzeitpflege nach Massgabe der kantonalen Pflegeheimliste sicher.

²Die Gemeinden schliessen mit den für die Versorgung ihrer Wohnbevölkerung vorgesehenen Pflegeeinrichtungen Vereinbarungen ab und erteilen ihnen die erforderlichen Leistungsaufträge.

Artikel 6 Leistungs- und Aufnahmepflicht

Im Rahmen ihrer Kapazitäten sind die Leistungserbringer verpflichtet, pflegebedürftige Personen mit Wohnsitz im Kanton zu pflegen und aufzunehmen.

3. Kapitel: **VERGÜTUNGSSYSTEM**

1. Abschnitt: **Grundlagen**

³ SR 832.10

Artikel 7 Leistungs- und Kostennachweis

¹Die Leistungserbringer der ambulanten und stationären Langzeitpflege führen eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik nach einheitlicher Methode, in der sie ihre Betriebs- und Investitionskosten ermitteln und ihre Leistungen erfassen.

²Kostenrechnung und Leistungsstatistik haben alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche, für die Tarifierung und für die Planung notwendigen Daten zu beinhalten.

³Die Kostenstellen sind nach Tarifpositionen zu gliedern. Die Leistungserbringer der ambulanten und stationären Langzeitpflege regeln die darin enthaltenen Leistungen einheitlich, so dass die Tarife im Kantonsgebiet vergleichbar sind.

⁴Der Kanton und die betroffenen Gemeinden können die Unterlagen jederzeit einsehen.

⁵Können sich Leistungserbringer der ambulanten Langzeitpflege bzw. der stationären Langzeitpflege nicht auf eine einheitliche Kostenrechnung und eine einheitliche Leistungsstatistik einigen, legt der Regierungsrat diese fest. Er hört zuvor die betroffenen Gemeinden und Verbände an.

2. Abschnitt: **Ambulante Langzeitpflege**

Artikel 8 Tarifvereinbarung

¹Für die Vergütung der ambulanten Langzeitpflege vereinbart die zuständige Direktion⁴ mit der Organisation (Tarifpartner) Pflegepauschalen (Stundensätze).

²Die Pflegepauschalen sind nach dem Pflegebedarf abgestuft. Sie umfassen die Kosten für Pflichtleistungen der Krankenversicherung⁵ pro Stunde.

³Die Pauschalen decken die vollen Kosten der darin enthaltenen Leistungen (Art. 7 Abs. 3) nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit.

⁴ Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion; siehe Organisationsreglement (RB 2.3322).

⁵ Artikel 7 ff. der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31)

Artikel 9 Patientenbeteiligung

Der Landrat setzt im Rahmen des Bundesrechts die Höhe der Beteiligung fest, die die pflegebedürftige Person als Eigenleistung übernehmen muss.⁶

Artikel 10 Restfinanzierung

Der Kanton übernimmt die Kosten, die nach Abzug des Beitrags der Krankenversicherung und der Patientenbeteiligung verbleiben (ungedeckte Pflegekosten).

Artikel 11 Wirkung für Dritte

Die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife (Pflegepauschalen) und die Regeln über die Patientenbeteiligung und die Restfinanzierung gelten für alle im Kanton zugelassenen Leistungserbringer der ambulanten Langzeitpflege.

3. Abschnitt: Stationäre Langzeitpflege**Artikel 12** Tarifvereinbarung

¹Für die Vergütung der stationären Langzeitpflege vereinbaren die Gemeinden mit den mit der Versorgung ihrer Wohnbevölkerung beauftragten Pflegeeinrichtungen (Tarifpartner) Tagespauschalen. Diese sind mindestens in folgende Tarifpositionen zu gliedern:

- a) Pfl egetaxe;
- b) Betreuungstaxe;
- c) Pensionstaxe.

²Die Tagespauschalen decken die vollen Kosten der darin enthaltenen Leistungen (Art. 7 Abs. 3) nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit. Darin eingeschlossen sind die Kosten der Finanzierung und Abschreibung der Investitionen sowie der Aus- und Weiterbildung.

Artikel 13 Pfl egetaxe

- a) Kosten

Die Pfl egetaxe ist nach dem Pflegebedarf abgestuft. Sie umfasst die Kosten für Pflichtleistungen der Krankenversicherung⁷ pro Tag.

⁶ Nach Artikel 25a Absatz 5 KVG dürfen die Versicherten höchstens mit 20 Prozent des höchsten von der Krankenversicherung vergüteten Pflegebeitrags belastet werden.

⁷ Artikel 7 ff. der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31)

Artikel 14 b) Patientenbeteiligung

Der Landrat setzt im Rahmen des Bundesrechts die Höhe der Beteiligung fest, die die pflegebedürftige Person als Eigenleistung übernehmen muss.⁸

Artikel 15 c) Restfinanzierung, zuständige Gemeinde

¹Die Gemeinden übernehmen die Kosten, die nach Abzug des Beitrags der Krankenversicherung und der Patientenbeteiligung verbleiben (ungedeckte Pflegekosten).

²Zuständig für die Übernahme der ungedeckten Pflegekosten ist die Gemeinde, in der die pflegebedürftige Person ihren Wohnsitz unmittelbar vor Eintritt in die Pflegeeinrichtung hatte.

³Hat die pflegebedürftige Person ihren Wohnsitz innerhalb der letzten fünf Jahre vor Eintritt in die Pflegeeinrichtung gewechselt, ist diejenige Gemeinde kostenübernahmepflichtig, die während dieser Zeit am längsten Wohnsitzgemeinde der pflegebedürftigen Person war.

Artikel 16 Betreuungstaxe

¹Die Betreuungstaxe umfasst die Kosten für Hilfe- und Betreuungsleistungen, die infolge Alter, Invalidität, Unfall oder Krankheit notwendig sind und keine Pflichtleistungen der Krankenversicherung darstellen.

²Für die spezifische Betreuung von demenzkranken Personen kann ein Zuschlag zur ordentlichen Betreuungstaxe erhoben werden.

³Unter Vorbehalt von Artikel 18 trägt die pflegebedürftige Person die Betreuungstaxe.

Artikel 17 Pensionstaxe

¹Die Pensionstaxe umfasst die Kosten für Verpflegung und Unterkunft (Vollpension).

²Unter Vorbehalt von Artikel 18 trägt die pflegebedürftige Person die Pensionstaxe.

⁸ Nach Artikel 25a Absatz 5 KVG dürfen die Versicherten höchstens mit 20 Prozent des höchsten von der Sozialversicherung vergüteten Pflegebeitrags belastet werden.

Artikel 18 Vermeiden von Sozialhilfe-Abhängigkeit

Die zuständigen Gemeinden sorgen dafür, dass die Kostenanteile für die pflegebedürftigen Personen finanziell tragbar sind. Der Aufenthalt in einem Heim soll in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit begründen.

4. Abschnitt: **Gemeinsame Bestimmungen****Artikel 19** Tariffestsetzung im vertragslosen Zustand

Kommt zwischen den Tarifpartnern keine Einigung zu Stande, legt der Regierungsrat die Taxen nach Anhören der Beteiligten fest. Er orientiert sich dabei an der Entschädigung jener Leistungserbringer, die die tarifierten Leistungen in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.

Artikel 20 Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme

¹Die pflegebedürftige Person kann für die ambulante Pflege unter den zugelassenen Leistungserbringern frei wählen. Bei ausserkantonalen Leistungserbringern übernimmt der Kanton die ungedeckten Pflegekosten höchstens nach dem Tarif, der für die entsprechende Pflegeleistung innerhalb des Kantons gilt.

²Die pflegebedürftige Person kann für die stationäre Langzeitpflege unter den Pflegeeinrichtungen, die auf der kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt sind (Listenpflegeheime), frei wählen. Die zuständige Gemeinde übernimmt bei stationärer Pflege in einem Listenpflegeheim die ungedeckten Pflegekosten nach Artikel 15 höchstens nach dem Tarif, der in der von ihr beauftragten Pflegeeinrichtung für die entsprechende Pflegeleistung gilt.

Artikel 21 Tarifschutz

Die Leistungserbringer der stationären und ambulanten Langzeitpflege müssen sich an die vertraglich und behördlich festgelegten Tarife halten. Sie dürfen den pflegebedürftigen Personen mit Wohnsitz im Kanton für darin inbegriffene Leistungen keine weitergehenden Kosten auferlegen.

Artikel 22 Schuldner

¹Die pflegebedürftigen Personen schulden den Leistungserbringern ihren Anteil an der Pflegetaxe (Patientenbeteiligung) sowie in der stationären Langzeitpflege die Betreuungstaxe

und die Pensionstaxe. Haben Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart, so schulden die pflegebedürftigen Personen den Leistungserbringern auch den Krankenversicherungsbeitrag⁹.

²Der Kanton schuldet den Leistungserbringern der ambulanten Langzeitpflege die ungedeckten Pflegekosten.

³Bei der stationären Langzeitpflege schulden die zuständigen Gemeinden den Leistungserbringern die ungedeckten Pflegekosten.

Artikel 23 Rechnung

¹Der Leistungserbringer muss den Schuldnern eine detaillierte, nach Tarifpositionen gegliederte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss darin alle Angaben machen, die benötigt werden, um die Berechnung der Vergütung überprüfen zu können.

²Die Pflorgetaxe ist nach Kostenträgern zu gliedern. Sie beinhaltet folgende Positionen:

- a) den Beitrag, den die Krankenversicherung vergütet (Krankenversicherungsbeitrag);
- b) die Beteiligung, die die pflegebedürftige Person als Eigenleistung übernehmen muss (Patientenbeteiligung), und
- c) die Kosten, die nach Abzug des Krankenversicherungsbeitrags und der Patientenbeteiligung verbleiben und von der öffentlichen Hand zu tragen sind (ungedeckte Pflegekosten).

Artikel 24 Meldepflicht und Publikation

¹Die Leistungserbringer melden dem Kanton jeweils bis Ende September die Taxen, die für das folgende Jahr gelten.

²Der Kanton veröffentlicht die Taxen oder macht sie auf andere Weise zugänglich.

4. Kapitel: **BEITRÄGE DES KANTONS AN DIE GEMEINDEN**

1. Abschnitt: **Beiträge an die Restfinanzierung**

⁹ Artikel 42 Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10)

Artikel 25 Grundsatz

¹Der Kanton leistet den für die Übernahme der ungedeckten Pflegekosten zuständigen Gemeinden pro pflegebedürftige Bewohnerin und Bewohner in einer Pflegeeinrichtung einen Pauschalbeitrag pro Pflage-tag und Pflegebedarfsstufe.

²Die Pauschalen decken 30 Prozent der durchschnittlich von den Gemeinden pro Pflage-tag und Pflegebedarfsstufe zu übernehmenden ungedeckten Pflegekosten.

³Der Landrat regelt das Nähere durch eine Verordnung.

2. Abschnitt: Investitionsbeiträge**Artikel 26** Höhe und Zuständigkeit

¹Der Kanton gewährt an den Neu- und Ausbau von Pflegeeinrichtungen einen Beitrag von 150'000 Franken pauschal pro neu geschaffenen Pflegeheimplatz (Basis: Zürcher Baukostenindex vom 1. April 2010). Der Beitrag erhöht sich jährlich um die indexierte Teuerung

²Für die Zusicherung der Investitionsbeiträge ist der Regierungsrat zuständig. Er kann die Beitragszusicherung mit Auflagen und Bedingungen verbinden.

Artikel 27 Beitragsvoraussetzungen

Die Beitragszusicherung setzt voraus, dass der neue Pflegeheimplatz:

- a) die gesundheitspolizeilichen Anforderungen erfüllt;
- b) mit der kantonalen Versorgungsplanung in Einklang steht (Planungskonformität);
- c) zur Erfüllung der gemeindlichen Leistungsaufträge notwendig ist (Auftragskonformität),
und
- d) aus strategischer, wirtschaftlicher und qualitativer Sicht zweckmässig und angemessen erscheint (betriebliche und wirtschaftliche Zweckmässigkeit und Angemessenheit).

Artikel 28 Auszahlung und Rückerstattung

¹Die Auszahlung der zugesicherten Investitionsbeiträge erfolgt im Rahmen der vom Landrat bewilligten Kredite.

²Wird das subventionierte Objekt innert 25 Jahren seit der Schlusszahlung seinem Zweck entfremdet, ist der Kantonsbeitrag nach dem Verhältnis zwischen bestimmungsgemässer

und tatsächlicher Verwendungsdauer zurückzuerstatten. In Härtefällen kann der Regierungsrat die Rückforderung ermässigen oder erlassen.

5. Kapitel: **SCHLUSSBESTIMMUNGEN**

Artikel 29 Rechtspflege

¹Beanstandungen zu Leistungen und Vergütungen der Langzeitpflege sind in erster Linie im freien Gespräch zwischen den Betroffenen zu erörtern und zu bereinigen.

²Die pflegebedürftigen Personen können von den Leistungserbringern eine anfechtbare Verfügung verlangen, wenn sie mit Leistungen und Vergütungen nicht einverstanden sind.

³Verfügungen der Leistungserbringer können beim Regierungsrat mit Verwaltungsbeschwerden angefochten werden.

⁴Die Rechtspflege richtet sich nach den Bestimmungen der Verordnung über die Verwaltungsrechtspflege (VRPV)¹⁰.

Artikel 30 Vollzug

¹Der Regierungsrat übt die Oberaufsicht über den Vollzug dieses Gesetzes aus. Er erlässt die dazu erforderlichen Bestimmungen.

²Die zuständige Direktion¹¹ nimmt für den Regierungsrat die Aufsicht wahr.

³Soweit dieses Gesetz oder dessen Ausführungsbestimmungen keine besonderen Zuständigkeiten festlegen, vollzieht das zuständige Amt¹² die Vorschriften in der Langzeitpflege.

Artikel 31 Änderung bisherigen Rechts

Das Gesetz vom 28. September 1997 über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfegesetz)¹³ wird wie folgt geändert:

¹⁰ RB 2.2345

¹¹ Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion; siehe Organisationsreglement (RB 2.3322).

¹² Amt für Gesundheit; siehe Organisationsreglement (RB 2.3322).

¹³ RB 20.3421

Artikel 40 Institutionen der Behindertenhilfe (neu)

¹Der Kanton gewährt Betriebs- und Investitionsbeiträge an Institutionen der Behindertenhilfe im Sinne des Bundesgesetzes über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen¹⁴ auf der Grundlage von mehrjährigen Programmvereinbarungen. Der Landrat erlässt dazu eine Verordnung.

²Der Regierungsrat kann mit ausserkantonalen Institutionen Leistungsvereinbarungen abschliessen oder sich an interkantonalen Vereinbarungen beteiligen, um den Zugang zu ausserkantonalen Sozialeinrichtungen sicherzustellen. Er ist abschliessend zuständig, die damit verbundenen Ausgaben zu beschliessen.

Artikel 41

aufgehoben

Artikel 32 Übergangsbestimmung

¹Bis 31. Dezember 2013 gewährt der Kanton Investitionsbeiträge an Pflegeeinrichtungen nach bisherigem Recht¹⁵. Massgebend ist der Zeitpunkt, in dem das Beitragsgesuch vollständig eingereicht ist.

²Erfüllt ein Vorhaben die Anspruchsvoraussetzungen nach bisherigem und neuem Recht, so richtet sich die Beitragsleistung nach dem für den Empfänger günstigeren Recht.

Artikel 33 Inkrafttreten

Dieses Gesetz unterliegt der Volksabstimmung. Es tritt am 1. Januar 2011 in Kraft.

Im Namen des Volkes

Der Landammann:

Der Kanzleidirektor: Dr. Peter Huber

¹⁴ SR 831.26

¹⁵ Artikel 40 und 41 des Gesetzes vom 28. September 1997 über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfegesetz; RB 20.3421)

Inhaltsverzeichnis

- 1. Kapitel: **ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN**
 - Artikel 1 Zweck und Gegenstand
 - Artikel 2 Geltungsbereich
 - Artikel 3 Definitionen
- 2. Kapitel: **SICHERSTELLUNG DER VERSORGUNG**
 - Artikel 4 Aufgabenteilung
 - a) Kanton
 - Artikel 5 b) Gemeinden
 - Artikel 6 Leistungs- und Aufnahmepflicht
- 3. Kapitel: **VERGÜTUNGSSYSTEM**
 - 1. Abschnitt: **Grundlagen**
 - Artikel 7 Leistungs- und Kostennachweis
 - 2. Abschnitt: **Ambulante Langzeitpflege**
 - Artikel 8 Tarifvereinbarung
 - Artikel 9 Patientenbeteiligung
 - Artikel 10 Restfinanzierung
 - Artikel 11 Wirkung für Dritte
 - 3. Abschnitt: **Stationäre Langzeitpflege**
 - Artikel 12 Tarifvereinbarung
 - Artikel 13 Pflēgetaxe
 - a) Kosten
 - Artikel 14 b) Patientenbeteiligung
 - Artikel 15 c) Restfinanzierung, zuständige Gemeinde
 - Artikel 16 Betreuungstaxe
 - Artikel 17 Pensionstaxe
 - Artikel 18 Vermeiden von Sozialhilfe-Abhängigkeit
 - 4. Abschnitt: **Gemeinsame Bestimmungen**
 - Artikel 19 Tariffestsetzung im vertraglosen Zustand
 - Artikel 20 Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme
 - Artikel 21 Tarifschutz
 - Artikel 22 Schuldner
 - Artikel 23 Rechnung
 - Artikel 24 Meldepflicht und Publikation
- 4. Kapitel: **BEITRÄGE DES KANTONS AN DIE GEMEINDEN**
 - 1. Abschnitt: Beiträge an die Restfinanzierung
 - Artikel 25 Grundsatz
 - 2. Abschnitt: **Investitionsbeiträge**

Artikel 26 Höhe und Zuständigkeit

Artikel 27 Beitragsvoraussetzungen

Artikel 28 Auszahlung und Rückerstattung

5. Kapitel: **SCHLUSSBESTIMMUNGEN**

Artikel 29 Rechtspflege

Artikel 30 Vollzug

Artikel 31 Änderung bisherigen Rechts

Artikel 32 Übergangsbestimmung

Artikel 33 Inkrafttreten

VERORDNUNG

über die Patientenbeteiligung und den Kantonsbeitrag in der Langzeitpflege

(vom ...)

Der Landrat des Kantons Uri,

gestützt auf Artikel 25a Absatz 5 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)¹ und auf Artikel 9, 14 und 25 Absatz 3 des Gesetzes vom ... über die Langzeitpflege²,

beschliesst:

1. Kapitel: **PATIENTENBETEILIGUNG**

Artikel 1 Maximale Patientenbeteiligung in der ambulanten Langzeitpflege

Die pflegebedürftige Person muss bei den von ihr beanspruchten ambulanten Pflegeleistungen diejenigen Kosten an der Pflögetaxe übernehmen, die nach Abzug des Beitrags der Krankenversicherung verbleiben, höchstens aber 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags³.

Artikel 2 Maximale Patientenbeteiligung in der stationären Langzeitpflege

Die pflegebedürftige Person muss bei den von ihr beanspruchten stationären Pflegeleistungen diejenigen Kosten an der Pflögetaxe übernehmen, die nach Abzug des Beitrags der Krankenversicherung verbleiben, höchstens aber 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags⁴.

¹ SR 832.10

² RB 20.2231

³ Die maximale Patientenbeteiligung für ambulante Pflegeleistungen beträgt 15.95 Franken pro Tag (Stand 1. Juli 2010).

⁴ Die maximale Patientenbeteiligung für stationäre Pflegeleistungen beträgt 21.60 Franken pro Tag (Stand 1. Juli 2010).

2. Kapitel: **KANTONSBEITRAG AN DIE GEMEINDEN**

Artikel 3 Höhe der Pauschalbeiträge

¹Der Kanton leistet den Gemeinden pro Tag und Bewohnerin und Bewohner in einer stationären Pflegeeinrichtung einen Pauschalbeitrag, der nach Pflegebedarfsstufen gestaffelt ist.

²Der Pauschalbeitrag pro Stufe beträgt 30 Prozent des nach Absatz 3 ermittelten Durchschnittswerts der ungedeckten Pflegekosten.

³Der Durchschnittswert der ungedeckten Pflegekosten einer Pflegebedarfsstufe ergibt sich aus dem Durchschnitt der vertraglich oder behördlich festgelegten Pflegetaxen pro Pfl egetag und Pflegebedarfsstufe aller im Kanton zugelassenen Leistungserbringer der stationären Langzeitpflege (Listenpflegeheime), abzüglich des Beitrags der Krankenversicherung und der Patientenbeteiligung.

Artikel 4 Beitragsberechtigte Gemeinde

Der Beitrag wird derjenigen Gemeinde ausgerichtet, die für die pflegebedürftige Person nach den Regeln über die Restfinanzierung kostenübernahmepflichtig ist.⁵

Artikel 5 Rechnungsstellung und Auszahlung

¹Die Gemeinden stellen dem Kanton für ihre Forderungen aus Beitragsleistungen halbjährlich Rechnung.

²Sie machen alle Angaben, die der Kanton benötigt, um die Beitragsberechtigung überprüfen und den Beitrag berechnen zu können.

³Der Kanton zahlt den Kantonsbeitrag aus, sobald die Abrechnung geprüft ist.

3. Kapitel: **SCHLUSSBESTIMMUNGEN**

Artikel 6 Vollzug

Die zuständige Direktion⁶ vollzieht diese Verordnung.

⁵ Artikel 15 des Gesetzes über die Langzeitpflege; RB 20.2331

⁶ Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion; siehe Organisationsreglement (RB 2.3322).

Artikel 7 Inkrafttreten

¹Diese Verordnung untersteht dem fakultativen Referendum.

²Sie tritt gleichzeitig mit dem Gesetz über die Langzeitpflege⁷ am 1. Januar 2011 in Kraft.

Im Namen des Landrats

Der Präsident:

Der Kanzleidirektor: Dr. Peter Huber

⁷ RB 20.2331

VERORDNUNG
über die Akut- und Übergangspflege
(vom ...)

Der Landrat des Kantons Uri,

gestützt auf Artikel 25a Absatz 2 und Artikel 49a des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)¹ und auf Artikel 90 Absatz 2 der Kantonsverfassung²,

beschliesst:

Artikel 1 Grundsatz

¹Die Akut- und Übergangspflege beinhaltet Pflegeleistungen, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und auf spitalärztliche Anordnung hin ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden.

²Für Personen, die in einer Einrichtung der stationären Langzeitpflege leben, wird die Akut- und Übergangspflege in der Regel dort erbracht.

³Der Regierungsrat ist zuständig:

- a) die Leistungserbringer für Akut- und Übergangspflege zu bezeichnen;
- b) die Akut- und Übergangspflege im Rahmen des Bundesrechts näher zu definieren.

Artikel 2 Leistungs- und Kostennachweis

Die Leistungserbringer erfassen die Kosten und Leistungen der Akut- und Übergangspflege in der Kostenrechnung und Leistungsstatistik und weisen diese separat aus.

Artikel 3 Abgeltung

¹Der Kanton und die Krankenversicherer übernehmen die Vergütungen der Akut- und Übergangspflege anteilmässig.

¹ SR 832.10

² RB 1.1101

²Der Regierungsrat setzt jeweils für das Kalenderjahr den kantonalen Anteil im Rahmen des Bundesrechts fest.

Artikel 4 Abrechnung

Der Regierungsrat ist zuständig:

- a) mit den Leistungserbringern die Modalitäten der Abrechnung zu vereinbaren;
- b) mit den Krankenversicherern zu vereinbaren, dass der Kanton seinen Anteil den Versicherern leistet und diese den Leistungserbringern beide Anteile überweisen.

Artikel 5 Inkrafttreten

Diese Verordnung untersteht dem fakultativen Referendum. Sie tritt am 1. Januar 2011 in Kraft.

Im Namen des Landrats

Der Präsident:

Der Kanzleidirektor: Dr. Peter Huber

VERORDNUNG
über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV
(Änderung vom ...)

Der Landrat des Kantons Uri beschliesst:

I.

Die Verordnung vom 26. September 2007 über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV¹ wird wie folgt geändert:

Artikel 3 Absatz 1

¹Vermögen von EL-Berechtigten oder in die EL-Berechtigung einbezogenen Personen wird grundsätzlich nach Artikel 11 Absatz 1 Buchstabe c und Absatz 1bis ELG² angerechnet.

Artikel 4 Absatz 1 und 2

¹Bei Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital leben, werden folgende Kosten angerechnet:

- a) der geschuldete Anteil an den Pflegekosten, höchstens aber die maximale Patientenbeteiligung³;
- b) die geschuldeten Pensionskosten, höchstens aber die Taxe nach Artikel 4a;
- c) die geschuldeten Betreuungskosten, höchstens aber die Taxe nach Artikel 4a.

²Bei an Demenz erkrankten Personen werden zusätzlich die geschuldeten Zuschläge angerechnet.

Artikel 4a Höchsttaxen für die Pension und die Betreuung (neu)

¹Der Regierungsrat legt die anrechenbaren Höchsttaxen für die Pension und die Betreuung nach den Grundsätzen von Absatz 2 und 3 auf Franken gerundet fest. Die Festlegung erfolgt jeweils für zwei Kalenderjahre.

¹ RB 20.2425

² SR 831.30

³ Artikel 2 der Verordnung über die Patientenbeteiligung und den Kantonsbeitrag in der Langzeitpflege; RB 20.2332

²Die anrechenbaren Höchsttaxen für die Pension und die Betreuung ergeben sich aus dem Durchschnitt der vertraglich oder behördlich festgelegten Taxen aller im Kanton zugelassenen Leistungserbringer der stationären Langzeitpflege (Listenpflegeheime), zuzüglich eines Zuschlags von 5 Prozent.

³Wird mit dem nach Absatz 2 ermittelten Durchschnittswert für mehr als 5 Prozent der Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen keine Kostendeckung erreicht, korrigiert der Regierungsrat die anrechenbare Höchsttaxe nach oben.

Artikel 4b Vermeiden von Sozialhilfe-Abhängigkeit (neu)

¹Bei Personen, die in einem anerkannten Pflegeheimen leben und trotz Ergänzungsleistungen keine ausreichende Deckung der Heimkosten erreichen, sorgen die Gemeinden durch eigene Beiträge dafür, dass durch den Heimaufenthalt keine Sozialhilfe-Abhängigkeit begründet wird.

²Zuständig ist diejenige Gemeinde, die für die betroffene Person nach den Regeln über die Restfinanzierung in der Langzeitpflege kostenübernahmepflichtig ist.⁴

Artikel 6 Absatz 1

¹Der Regierungsrat bezeichnet die Krankheits- und Behinderungskosten nach Artikel 14 Absatz 1 ELG in einem Reglement. Sie können nur vergütet werden, wenn sie im Rahmen einer wirtschaftlichen und zweckmässigen Leistungserbringung entstanden sind und nicht von Versicherungen oder Dritten übernommen werden. Die Kostenvergütung ist auf die bundesrechtlichen Mindestbeträge (Art. 14 Abs. 3 bis 5 ELG) begrenzt.

Artikel 6a Ambulante Pflegekosten (neu)

Bei Personen, die Pflegeleistungen von zugelassenen Leistungserbringern der ambulanten Langzeitpflege beanspruchen, wird der von ihnen geschuldete Anteil an den Pflegekosten angerechnet, höchstens aber die maximale Patientenbeteiligung⁵.

⁴ Artikel 15 des Gesetzes über die Langzeitpflege; RB 20.2331

⁵ Artikel 2 der Verordnung über die Patientenbeteiligung und den Kantonsbeitrag in der Langzeitpflege; RB 20.2332

II.

Diese Änderung untersteht dem fakultativen Referendum. Sie tritt am 1. Januar 2011 in Kraft.

Im Namen des Landrats

Der Präsident:

Der Kanzleidirektor: Dr. Peter Huber

VERORDNUNG
zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung
(Änderung vom ...)

Der Landrat des Kantons Uri beschliesst:

I.

Die Verordnung vom 15. November 1995 zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung¹ wird wie folgt geändert:

Artikel 2 Buchstabe f, g und h (neu)

Der Regierungsrat hat:

- f) eine bedarfsgerechte Pflegeversorgung zu planen und die Pflegeheimliste des Kantons zu erstellen und nachzuführen (Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG);
- g) jeweils für das Kalenderjahr den kantonalen Anteil am Spitaltarif im Rahmen des Bundesrechts festzusetzen;
- h) alle Aufgaben zu erfüllen, die die Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung der Kantonsregierung überträgt.

Artikel 10

Der Kanton gewährt den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen nach Massgabe der vom Landrat bewilligten Kredite Prämienverbilligungen.

Artikel 15a Kostengutsprache (neu)

Das Verfahren für Kostengutsprachen (Art. 41 Abs. 3 KVG) sowie das Erlöschen des Anspruchs und die Rückerstattung richten sich nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG)².

¹ RB 20.2202

² SR 830.1, insbesondere Artikel 24 ff. sowie Artikel 49 ff.

II.

Diese Änderung untersteht dem fakultativen Referendum. Sie tritt am 1. Januar 2011 in Kraft.

Im Namen des Landrats

Der Präsident:

Der Kanzleidirektor: Dr. Peter Huber