



## Vorlage an den Landrat des Kantons Basel-Landschaft

---

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

Datum:                    31. August 2010

Nummer:                 2010-293

Bemerkungen:         [Verlauf dieses Geschäfts](#)

---

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

---



Vorlage an den Landrat

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

vom 31. August 2010

Inhaltsverzeichnis

<b>1. Rechtsgrundlagen auf Bundesebene</b>	<b>Seite 2</b>
<b>2. Bisherige Finanzierung von Pflegeleistungen</b>	<b>Seite 2</b>
2.1 Bisherige Finanzierung von Pflegeleistungen nach Bundesrecht	Seite 2
2.2 Abgrenzung zwischen Pflege- und Betreuungsleistungen	Seite 2
2.3 Bisherige Finanzierung von Pflegeleistungen im Kanton Basel-Landschaft	Seite 3
<b>3. Grundzüge der neuen Pflegefinanzierung</b>	<b>Seite 4</b>
3.1 Unterscheidung zwischen Langzeitpflege und Akut- und Übergangspflege	Seite 5
3.2 Finanzierung von Leistungen der Langzeitpflege	Seite 5
3.3 Finanzierung von Leistungen der Akut- und Übergangspflege	Seite 6
3.4 Anpassungen im Bereich der AHV und der Ergänzungsleistungen	Seite 6
<b>4. Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung im Kanton Basel-Landschaft</b>	<b>Seite 6</b>
4.1 Finanzierung der Langzeitpflege	Seite 6
4.1.1 Grundzüge der Regelung	Seite 6
4.1.2 Anteil der versicherten Person	Seite 6
4.1.3 Höhe der "Restfinanzierung", anrechenbare Normkosten	Seite 7
4.1.4 Finanzierung der Pflegeleistungen in Alters- und Pflegeheimen	Seite 7
4.1.5 Finanzierung von ambulanten Pflegeleistungen (Spitex)	Seite 10
4.1.6 Pflegeleistungen nach KVG an behinderten Personen	Seite 11
4.2 Akut- und Übergangspflege	Seite 12
4.2.1 Begriff der Akut- und Übergangspflege	Seite 12
4.2.2 Umsetzung im Kanton Basel-Landschaft	Seite 12
4.3. Anpassungen im Bereich der AHV und der Ergänzungsleistungen	Seite 13
4.3.1 Umfassendere Leistung bei Hilflosigkeit in der AHV	Seite 13
4.3.2 Erhöhung der Vermögensfreibeträge bei den Ergänzungsleistungen	Seite 13
4.4 Zusammenfassung der finanziellen Auswirkungen	Seite 14
<b>5. Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens</b>	<b>Seite 14</b>
<b>6. Kantonale Einführungsgesetzgebung</b>	<b>Seite 18</b>
6.1 Allgemeines	Seite 18
6.2. Zu den einzelnen Bestimmungen	Seite 18
6.3 Inkrafttreten	Seite 20
<b>7. Antrag</b>	<b>Seite 20</b>

## 1. Rechtsgrundlagen auf Bundesebene

Die Eidgenössischen Räte haben am 13. Juni 2008 die Revision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)<sup>1</sup> im Bereich der Pflegefinanzierung beschlossen<sup>2</sup>. Die Gesetzesänderung beinhaltet auch Änderungen des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG)<sup>3</sup> und des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG)<sup>4</sup>. Am 24. Juni 2009 hat der Bundesrat die zur Umsetzung der Änderungen erforderlichen Verordnungsanpassungen verabschiedet. Betroffen sind namentlich die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV)<sup>5</sup>, die Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)<sup>6</sup> sowie die Verordnung vom 31. Oktober 1947 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV)<sup>7</sup>.

Die Gesetzes- und Verordnungsänderungen auf Bundesebene erfordern Ausführungsbestimmungen auf kantonaler Ebene. Diese sind Gegenstand dieser Landratsvorlage.

## 2. Bisherige Finanzierung von Pflegeleistungen

### 2.1 Finanzierung von Pflegeleistungen nach Bundesrecht

Nach bisherigem Recht werden die Kosten der Pflegeleistungen der Alters- und Pflegeheime, der Spitex und der selbständig tätigen Pflegefachpersonen gemäss Art. 25 Abs. 2 Bst. a KVG grundsätzlich von der Krankenversicherung getragen. Jedoch konnte das Departement des Innern gestützt auf Art 104a KVG die Kostenübernahme durch die Krankenversicherung unter gewissen Voraussetzungen beschränken, was auch erfolgt ist. Dies führte dazu, dass faktisch ein Teil der Kosten von Pflegeleistungen durch die Versicherten selber getragen werden musste. Ein Beitrag der öffentlichen Hand an die Pflegekosten war bisher im KVG nicht vorgesehen.

### 2.2 Abgrenzung zwischen Pflege- und Betreuungsleistungen

Von den Kosten von Pflegeleistungen zu unterscheiden sind die Kosten für Betreuungsleistungen, Unterkunft und Verpflegung in Alters- und Pflegeheimen sowie die Hauswirtschafts- und Betreuungsleistungen der Spitex. Deren Finanzierung ist nicht vom Bundesgesetzgeber geregelt. Solche Kosten sind, soweit die Kantone und Gemeinden keine Beiträge leisten, von den pflegebedürftigen Personen selbst zu tragen. Je nach persönlicher finanzieller Situation können die Kosten solcher Leistungen über Ergänzungsleistungen finanziert werden.

Die unterschiedliche Finanzierung von Pflegeleistungen einerseits und Betreuungsleistungen andererseits führt dazu, dass diese Leistungen voneinander abgegrenzt werden müssen. In der Praxis bereitet diese Unterscheidung Schwierigkeiten. Zwar sind die Pflegeleistungen, welche von der Krankenversicherung übernommen werden, in Art. 7 KLV detailliert umschrieben. Trotzdem sind die in der fraglichen Bestimmung enthaltenen Begriffe und Definitionen nicht in allen Fällen scharf genug, um eine genaue Abgrenzung zu ermöglichen. In der Praxis werden sowohl Pflege- als auch Betreuungsleistungen meist von Pflegefachpersonen erbracht, oft sogar im selben Arbeitsgang.

Die KVG-pflichtigen Pflegeleistungen sind in Art. 7 Abs. 2 KLV wie folgt definiert:

---

<sup>1</sup> SR 832.10

<sup>2</sup> Bundesblatt 2008 5247

<sup>3</sup> SR 831.10

<sup>4</sup> SR 831.30

<sup>5</sup> SR 832.102

<sup>6</sup> SR 832.112.31

<sup>7</sup> SR 831.101

<p><b>a. Massnahmen der Abklärung und der Beratung:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin und dem Patienten oder der Patientin,</li> <li>2. Beratung des Patienten oder der Patientin sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen;</li> </ol>
<p><b>b. Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht),</li> <li>2. einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin,</li> <li>3. Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken,</li> <li>4. Massnahmen zur Atemtherapie (wie O<sub>2</sub>-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen),</li> <li>5. Einführen von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen,</li> <li>6. Massnahmen bei Hämö- oder Peritonealdialyse,</li> <li>7. Verabreichung von Medikamenten, insbesondere durch Injektion oder Infusion,</li> <li>8. enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen,</li> <li>9. Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen und Geräten, die der Behandlung oder der Kontrolle und Erhaltung von vitalen Funktionen dienen,</li> <li>10. Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruris-Pflege) und von Körperhöhlen (inkl. Stoma- und Tracheostomiepflege) sowie Fusspflege bei Diabetikern,</li> <li>11. pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung, inkl. Rehabilitationsgymnastik bei Inkontinenz,</li> <li>12. Hilfe bei Medizinal-Teil- oder -Vollbädern; Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangopackungen,</li> <li>13. pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen,</li> <li>14. Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung;</li> </ol>
<p><b>c. Massnahmen der Grundpflege:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Allgemeine Grundpflege bei Patienten oder Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken,</li> <li>2. Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie: Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen.</li> </ol>

Tabelle 1: Definition der Pflegeleistungen

Unter den Begriff der nicht KVG-pflichtigen Betreuungsleistungen fallen demgegenüber eine Vielzahl von therapeutischen und sozialen Tätigkeiten, etwa Beschäftigung, Aktivierung, Gespräche etc.

### 2.3. Finanzierung von Pflegeleistungen im Kanton Basel-Landschaft

Mit der Umsetzung des neuen Finanzausgleichs zwischen Bund und Kantonen (NFA) wurde die Finanzierung von ambulanten und stationären Pflegeleistungen per 1. Januar 2008 angepasst (vgl. Landratsvorlage [2007/21](#)). Die Bereitstellung und Steuerung sowie grösstenteils auch die Finanzie-

zung eines bedarfsgerechten Angebots an Pflegeleistungen ist eine traditionelle Gemeindeaufgabe.

#### **a. Finanzierung der Spitex**

Im Bereich der Spitex wurde mit dem NFA (bei entsprechendem finanziellem Ausgleich in anderen Bereichen) die Finanzierung vollumfänglich den Gemeinden übergeben. Die direkten Beiträge des Bundes an die Spitex-Organisationen fielen mit dem NFA weg. Im Sinne einer vollständigen Entflechtung der Aufgaben wurden mit der Umsetzung des NFA auch die vorherigen Kantonsaufgaben (Beiträge an überregionale Spitex-Organisationen, an die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie an die Spitex-Koordinationsstelle) an die Gemeinden übergeben. Die entsprechende gesetzliche Grundlage befindet sich in § 79 des Gesundheitsgesetzes (GesG)<sup>8</sup>

Für Pflegeleistungen der Spitex nach KVG dürfen den Patientinnen und Patienten gemäss heutigem Recht keine Beiträge verrechnet werden. Hingegen müssen sich die Bezügerinnen und Bezüger von Hauswirtschafts- und Betreuungsleistungen an deren Kosten beteiligen. Die gemeinnützigen Spitex-Organisationen mit Leistungsauftrag einer oder mehrerer Gemeinden weisen meist eine nach den finanziellen Verhältnissen abgestufte Tarifstruktur auf. Die verbleibenden Kosten werden im Rahmen des Leistungsauftrags durch die Gemeinden übernommen.

#### **b. Finanzierung der Alters- und Pflegeheime**

Mit Ausnahme von Kantonsbeiträgen an die Investitionen werden die gemeinnützigen Alters- und Pflegeheime nach dem Gesetz über die Betreuung und Pflege im Alter (GeBPA)<sup>9</sup> vollumfänglich von den Gemeinden finanziert, soweit nicht die Bewohnerinnen und Bewohner oder Sozialversicherungen für die Kosten aufkommen.

Nach bisherigem Recht übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für Pflegeleistungen in einem Alters- und Pflegeheim. Die Kostenübernahme war jedoch durch Rahmentarife begrenzt, sodass faktisch ein Teil der Kosten auf die Heimbewohnerinnen und -bewohner überwältzt wurde. Die Kosten für Betreuung und Hotellerie mussten bereits bisher durch die Bewohnerinnen und Bewohner selber getragen werden. Diese können jedoch je nach persönlichen finanziellen Verhältnissen Ergänzungsleistungen beziehen, welche die Heimtaxen decken. Mit dem NFA wurde die frühere betragsmässige Begrenzung der Ergänzungsleistungen aufgehoben, sodass grundsätzlich die gesamten Heimkosten gedeckt sind, soweit diese von den betroffenen Personen nicht selber getragen werden können. Die vor Inkrafttreten des NFA zusätzlich ausgerichteten Gemeindebeiträge waren somit nicht mehr erforderlich und wurden per 1. Januar 2008 aufgehoben.

### **3. Grundzüge der neuen Pflegefinanzierung**

Die neue Pflegefinanzierung regelt nun die Aufteilung der Kosten von Pflegeleistungen und deren Übernahme durch die Krankenversicherung, durch die Versicherten und die Kantone neu. Die Neuregelung soll für die Krankenversicherung kostenneutral sein und für sie zu keiner finanziellen Mehrbelastung führen. Hingegen führt die neue Pflegefinanzierung zu einer Kostenverschiebung zwischen den Versicherten und der öffentlichen Hand (Kanton und Gemeinden).

---

<sup>8</sup> SGS 901

<sup>9</sup> SGS 854

### 3.1 Unterscheidung zwischen Langzeitpflege und Akut- und Übergangspflege

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung hat zur Folge, dass künftig zwischen „Leistungen der Langzeitpflege“ und „Leistungen der Akut- und Übergangspflege“ differenziert wird. Diese Leistungen werden unterschiedlich finanziert.

Unter „Leistungen der Langzeitpflege“ sind Pflegeleistungen zu verstehen, die in der Regel längerfristig erbracht werden, ohne dass sie mit einer vorgängigen Spitalbehandlung zusammenhängen müssen,

Dagegen schliessen Leistungen der Akut- und Übergangspflege immer direkt an eine Spitalbehandlung an und sind auf 14 Tage befristet. Eine inhaltliche Definition der Akut- und Übergangspflege fehlt im Bundesrecht.

Beide Arten von Pflegeleistungen können grundsätzlich sowohl ambulant durch Spitex-Organisationen oder freiberuflich tätige Pflegefachpersonen als auch stationär durch Alters- und Pflegeheime erbracht werden.

Die unterschiedliche Finanzierung der beiden Arten von Pflegeleistungen wird in den nachfolgenden Kapiteln dargestellt.

### 3.2 Finanzierung von Leistungen der Langzeitpflege

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung entrichtet nach neuem Recht einen bestimmten Beitrag an Langzeitpflege. Diese Beiträge werden vom Bundesrat differenziert nach dem Pflegebedarf für die ganze Schweiz einheitlich in Franken festgelegt. Für ambulante Pflegeleistungen beträgt der Beitrag je nach Art der Leistungen zwischen Fr. 54.60 und Fr. 79.80 pro Stunde. Bei einem Aufenthalt in einem Alters- und Pflegeheim beträgt der Beitrag nach zeitlichem Pflegebedarf abgestuft zwischen Fr. 9 (bei einem Pflegebedarf bis 20 Minuten) und Fr. 108 (bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten) pro Pflageetag (Art. 7a KLV).

Die nach Abzug dieser Beiträge verbleibenden Pflegekosten dürfen teilweise den Leistungsbezügerinnen und -bezüger verrechnet werden. Die Höchstbelastung ist dabei auf 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags der Krankenversicherer beschränkt (Art. 25a KVG). Die so genannte „Restfinanzierung“ – die nach Abzug der Beiträge der Krankenversicherung und der Leistungsbezügerinnen und -bezüger verbleibenden ungedeckten Pflegekosten – ist vom Kanton zu regeln (Art. 25a Abs. 5 KVG).

Leistung	Finanzierung
<b>Betreuung, Verpflegung, Unterkunft, Hauswirtschaft</b>	durch versicherte Person, subsidiär durch Ergänzungsleistungen
<b>Pflege</b>  (Definition Art. 7 KLV, siehe oben Tabelle 1)	"Restfinanzierung" durch die öffentliche Hand
	versicherte Person (begrenzt auf 20% des höchsten Beitrags der Krankenversicherung), subsidiär durch Ergänzungsleistungen
	Krankenversicherung (festgelegter Beitrag gemäss Bundesrecht)

Tabelle 2: Übersicht über die Finanzierung der Langzeitpflege

### 3.3 Finanzierung von Leistungen der Akut- und Übergangspflege

Für die Finanzierung der Leistungen der Akut- und Übergangspflege schreibt das Bundesrecht aufgrund des engen zeitlichen und sachlichen Zusammenhangs mit einer stationären Spitalbehandlung den selben Kostenteiler wie bei der neuen Spitalfinanzierung vor: Der Kanton übernimmt somit während längstens zwei Wochen nach dem Spitalaufenthalt einen Anteil von mindestens 55% der Kosten, während die Versicherer die restlichen maximal 45% zu finanzieren haben (Art. 25a Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 49a KVG). Eine Beteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger an den Kosten der Leistungen der Akut- und Übergangspflege ist, abgesehen von Franchise und Selbstbehalt, nicht zulässig. Hingegen müssen diese auch bei der Akut- und Übergangspflege die Kosten für Betreuung, Unterkunft, Verpflegung und hauswirtschaftliche Leistungen selber tragen.

### 3.4 Anpassungen im Bereich der AHV und der Ergänzungsleistungen

Im Bereich der AHV wird mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung für Personen zu Hause eine Hilflosenentschädigung für Hilflosigkeit leichten Grades eingeführt (Art. 43bis AHVG). Bei den Ergänzungsleistungen werden die Vermögensfreibeträge für den Anspruch auf Ergänzungsleistungen erhöht (Art. 11 ELG). Zudem haben die Kantone neu dafür zu sorgen, dass durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit begründet wird (Art. 10 ELG).

## 4. Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung im Kanton Basel-Landschaft

### 4.1 Finanzierung der Langzeitpflege

#### 4.1.1 Grundzüge der Regelung

Wie ausgeführt, werden die Leistungen der Langzeitpflege, welche im Rahmen des KVG erbracht werden, künftig aus drei verschiedenen Quellen finanziert (vgl. oben Tabelle 2):

- Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;
- Anteil der versicherten Person (Patientenbeteiligung);
- "Restfinanzierung" durch die öffentliche Hand.

Vor dem Hintergrund der bisherigen Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden, welche sowohl bei den Alters- und Pflegeheimen als auch bei der Spitex eine alleinige Zuständigkeit der Gemeinden vorsieht, erscheint es sinnvoll, die erwähnte "Restfinanzierung" den Gemeinden zu übertragen. Dabei kann offen gelassen werden, in welcher Form diese Finanzierung erfolgt. Denkbar sind sowohl in Leistungsaufträgen festgelegte pauschale Beiträge der Gemeinden als auch individuelle Beiträge an die von einzelnen Einwohnerinnen und Einwohnern bezogenen Leistungen. Insofern entsteht für die Gemeinden ein gewisser Gestaltungsspielraum. Die Beiträge der Gemeinde sind jedoch immer an die Leistungserbringer auszurichten, welche in der Folge verpflichtet sind, die Rechnungen an die Versicherten entsprechend zu verbilligen. Auf diese Weise ist sicherzustellen, dass die Regeln des Bundesrechts - namentlich die Begrenzung der Patientenbeteiligung - eingehalten werden.

#### 4.1.2 Anteil der versicherten Person

Nach dem neuen Art. 25a Abs. 5 KVG dürfen den Bezügerinnen und Bezüger von Pflegeleistungen höchstens 20 Prozent des höchsten Pflegebeitrags der Krankenversicherung überwält werden. Dies entspricht bei Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung Fr. 21.60 pro Tag für Leistungen von Alters- und Pflegeheimen resp. Fr. 15.90 pro Tag für Spitex-Dienstleistungen. Bei gewis-

sen Leistungen - namentlich in den tieferen Pflegebedarfsstufen in Heimen - ist jedoch die Differenz zwischen den anrechenbaren Normkosten und dem Beitrag der Krankenversicherung kleiner als die erwähnten Beträge. In solchen Fällen darf der versicherten Person höchstens diese Differenz verrechnet werden (siehe Tabelle 3).

Der Vernehmlassungsentwurf der Einführungsgesetzgebung sah vor, dass die Gemeinden in einem Reglement vorsehen können, dass der versicherten Person ein tieferer oder gar kein Anteil in Rechnung gestellt wird. Diese Regelung sollte den Gemeinden im Sinne der Gemeindeautonomie einen gewissen Gestaltungsspielraum für die Steuerung ihrer Altersversorgung einräumen. Der VBLG und verschiedene Gemeinden äusserten sich jedoch negativ zu dieser Möglichkeit. Dementsprechend wird darauf verzichtet, den Gemeinden eine solche Gestaltungsfreiheit einzuräumen. Zudem kann so eine kantonsweit einheitliche Regelung geschaffen werden.

Wird der versicherten Person ein Anteil an den Pflegekosten in Rechnung gestellt, so kann sich diese den entsprechenden Betrag im Rahmen der Ergänzungsleistungen zurückvergüten lassen, sofern ein Anspruch besteht. Insoweit besteht nach wie vor eine soziale Abfederung für die entsprechenden Kosten. Die neue bundesrechtliche Vorschrift, wonach durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit begründet werden darf, wird somit eingehalten.

#### **4.1.3 Höhe der "Restfinanzierung", anrechenbare Normkosten**

Die Höhe der "Restfinanzierung" wird vom Bundesgesetz betragsmässig nicht festgelegt. Sie ergibt sich nur indirekt aus den anrechenbaren Kosten für die entsprechenden Pflegeleistungen, abzüglich der Beiträge der Krankenversicherung und der versicherten Person. Aber auch die Höhe der anrechenbaren Kosten ist im Bundesrecht nicht festgelegt. Der Kanton ist daher gezwungen, diese Kosten selber festzulegen, damit anschliessend die Höhe der Restfinanzierung berechnet werden kann. Es handelt sich hier nicht um ein rein "technisches" Problem. Vielmehr ist die Höhe der anrechenbaren Kosten entscheidend für die Höhe der "Restfinanzierung" welche von den Gemeinden sichergestellt werden muss.

Aus diesem Grund sieht die Einführungsgesetzgebung vor, dass der Regierungsrat die anrechenbaren Normkosten der Pflegeleistungen kantonsweit einheitlich festlegen soll. Damit soll einerseits Rechtssicherheit geschaffen werden, andererseits aber auch sichergestellt werden, dass alle Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons im gleichen Ausmass von der "Restfinanzierung" profitieren können.

Die anrechenbaren Normkosten sollen grundsätzlich die Vollkosten der anrechenbaren Pflegeleistungen decken, wobei ein kantonaler Durchschnittswert unter Berücksichtigung einer wirtschaftlichen und zweckmässigen Leistungserbringung herangezogen werden soll. Aufgrund der vorliegenden betriebswirtschaftlichen Daten der Leistungserbringer ist es jedoch schwierig die Kosten für Pflegeleistungen von solchen anderer Leistungsgruppen, namentlich Betreuungsleistungen abzugrenzen. Zwar werden die entsprechenden Leistungen in Art. 7 KLV sehr detailliert umschrieben (siehe oben Tabelle 1). Trotzdem ergeben sich zahlreiche Auslegungs- und Abgrenzungsprobleme.

#### **4.1.4 Finanzierung der Pflegeleistungen in Alters- und Pflegeheimen**

##### **4.1.4.1 Bestimmung der anrechenbaren Normkosten mittels eigener Zeiterfassung**

Die Höhe der Normkosten der Pflegeleistungen in Alters- und Pflegeheimen wurde im Vernehmlassungsverfahren sehr kontrovers diskutiert. Namentlich zwischen den Berechnungen der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion einerseits und denjenigen der Leistungserbringer andererseits zeigten sich grosse Abweichungen. Ferner ging auch eine Stellungnahme der Eidgenössischen Preisüberwachung ein, welcher eigene Berechnungen zu Grunde lagen. Dabei zeigte es



sich insbesondere, dass die Zuhilfenahme von Messungen aus anderen Kantonen auf wenig Akzeptanz stösst. Dem Regierungsrat ist es jedoch ein Anliegen, für die Umsetzung der Pflegefinanzierung eine Lösung zu finden, hinter welcher alle Beteiligten stehen können. Es erscheint deshalb sinnvoll, dass in den Baselbieter Alters- und Pflegeheimen eigene Zeiterfassungen durchgeführt werden, um die Abgrenzung zwischen Pflege- und Betreuungskosten und damit letztlich die anrechenbaren Normkosten vor dem Hintergrund der hiesigen Verhältnisse zu bestimmen.

Die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion wird daher unter Beizug einer externen Firma und unter Mitwirkung des Verbands Basellandschaftlicher Gemeinden (VBLG) und des Verband Baselbieter Alters-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen (BAP) eine Zeiterfassung in insgesamt 10 Alters- und Pflegeheimen sowie in der Langzeitabteilung des Kantonsspitals Liestal durchführen. Die Ergebnisse dieser Zeiterfassung dienen der definitiven Festlegung der anrechenbaren Normkosten der Pflegeleistungen in Alters- und Pflegeheimen.

#### 4.1.4.2 Anrechenbare Normkosten während einer Übergangsfrist

Die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion (VGD) hat Berechnungen angestellt, welche sich bei den Normkosten für Pflegeleistungen in Alters- und Pflegeheimen massgebend auf Messungen stützen, welche im Kanton Aargau durchgeführt wurden. Diese Berechnungen fanden Eingang in die Vernehmlassungsvorlage und wurden - wie erwähnt - in diesem Rahmen teilweise heftig kritisiert. Vor diesem Hintergrund wurde in Gesprächen zwischen VGD, VBLG und BAP eine pragmatische Übergangslösung ausgearbeitet. Danach werden die Normkosten per Einführungszeitpunkt 1. Januar 2011, befristet auf 2 Jahre, gemäss der "Variante Vernehmlassung" festgesetzt. Die VGD, führt unter Beizug einer externen Firma und unter Mitwirkung des Verbandes Basellandschaftlicher Gemeinden (VBLG) und Verbandes Baselbieter Alters-, Pflege und Betreuungseinrichtungen (BAP) eine Zeiterfassung der Pflegekosten in insgesamt 10 Alters- und Pflegeheimen sowie der Langzeitabteilung des Kantonsspitals Liestal durch. Diese Zeiterfassung dient zur Festlegung der Normkosten ab 1. Januar 2013.

Die vorstehend erwähnten Berechnungen gemäss "Variante Vernehmlassung" bei Alters- und Pflegeheimen haben einen Ansatz von Fr. 38.41 anrechenbare Normkosten pro Stunde ergeben. Aufgeschlüsselt nach den neu vorgeschriebenen 12 Pflegebedarfsstufen und gerundet zeigt sich somit folgendes Bild:

Pflegebedarfsstufe	Anrechenbare Normkosten pro Tag (Fr.)	Beitrag Krankenversicherung pro Tag (Fr.)	Beitrag versicherte Person pro Tag (Fr.)	Beitrag Gemeinde pro Tag (Fr.)	Anzahl Pflagetage (Hochrechnung, Basis Kanton BS)	Beiträge Gemeinden total (Fr.)
Stufe 1 (bis 20 Min)	13.00	9.00	4.00	0.00	136'525	0.00
Stufe 2 (21-40 Min.)	19.00	18.00	1.00	0.00	79'090	0.00
Stufe 3 (41-60 Min.)	32.00	27.00	5.00	0.00	18'831	0.00
Stufe 4 (61-80 Min.)	45.00	36.00	9.00	0.00	64'967	0.00
Stufe 5 (81-100 Min.)	58.00	45.00	13.00	0.00	164'771	0.00
Stufe 6 (101-120 Min.)	70.00	54.00	16.00	0.00	16'948	0.00
Stufe 7 (121-140 Min.)	83.00	63.00	20.00	0.00	9'416	0.00
Stufe 8 (141-160 Min.)	96.00	72.00	21.60	2.40	211'849	508'437.17
Pflegebedarfsstufe	Anrechenbare Normkosten pro	Beitrag Krankenversicherung	Beitrag versicherte Person pro	Beitrag Gemeinde pro Tag	Anzahl Pflagetage (Hochrech-	Beiträge Gemeinden total

	Tag (Fr.)	run- gung pro Tag (Fr.)	Tag (Fr.)	(Fr.)	nung, Basis Kanton BS)	(Fr.)
Stufe 9 (161-180 Min.)	109.00	81.00	21.60	6.40	33'896	216'933.19
Stufe 10 (181-200 Min.)	122.00	90.00	21.60	10.40	103'571	1'077'133.55
Stufe 11 (201-220 Min.)	134.00	99.00	21.60	13.40	32'954	441'587.10
Stufe 12 (über 220 Min.)	147.00	108.00	21.60	17.40	942	16'382.98

Tabelle 3: "Restfinanzierung" in Alters- und Pflegeheimen

Diese Zusammenstellung zeigt, dass bei diesen Normkosten für Personen in tiefen Pflegebedarfsstufen keine Restfinanzierung durch die Gemeinden erforderlich ist, da die Differenz zwischen den anrechenbaren Normkosten und dem Beitrag der Krankenversicherung kleiner ist als der maximal zulässige Beitrag der versicherten Person von Fr. 21.60 pro Tag. Die Bedingungen von Art. 25a Abs. 5 KVG sind in den Pflegebedarfsstufen 1 bis 7 somit auch ohne zusätzliche Finanzierung der Gemeinde eingehalten. Erst ab Stufe 8, also bei Personen mit hohem und sehr hohem Pflegebedarf, sind Beiträge der Gemeinde erforderlich.

#### 4.1.4.3 Kostenfolgen für Kanton und Gemeinden

Für die Gemeinden ergeben sich somit während der Übergangsfrist in einem ersten Schritt Mehrkosten von insgesamt Fr. 2'260'000 pro Jahr (Summe der letzten Spalte von Tabelle 3) für die zusätzliche Finanzierung von Leistungen der Langzeitpflege. Gleichzeitig werden jedoch die Ergänzungsleistungen um Fr. 1'475'000 pro Jahr entlastet, weil die Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen weniger als bisher an die Kosten der Pflege beitragen müssen und dementsprechend weniger Ergänzungsleistungen beanspruchen müssen. Da die Ergänzungsleistungen von Heimbewohnerinnen und -bewohnern gemäss § 13 des Ergänzungsleistungsgesetzes zur AHV und IV<sup>10</sup> von Kanton und Gemeinden nach einem Schlüssel von 68 zu 32 Prozent getragen werden, fällt sowohl beim Kanton als auch bei den Gemeinden eine anteilmässige Entlastung von Fr. 1'003'000 (Kanton) resp. Fr. 472'000 (Gemeinden) an (vgl. unten Kapitel. 4.4).

Diese Kostenfolgen gelten wie erwähnt lediglich während einer maximal zweijährigen Übergangsfrist. Eine allfällige Erhöhung oder Senkung der anrechenbaren Normkosten aufgrund der oben erwähnten Zeiterfassung wird die entsprechenden Kosten der "Restfinanzierung" durch die Gemeinden, aber auch die Entlastung der Ergänzungsleistungen verändern.

Am 15. Juni 2010 hat der Regierungsrat gestützt auf § 3 des neuen Finanzausgleichsgesetzes<sup>11</sup> eine Konsultativkommission "Aufgabenteilung und Finanzausgleich" mit Vertretern des VBLG und des Kantons eingesetzt. Diese hat den Auftrag, den Regierungsrat in Fragen der Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden sowie des Finanzausgleichs unter den Gemeinden zu beraten. Da die Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung in den Alters- und Pflegeheimen für die Gemeinden mit nicht unwesentlichen Mehrkosten verbunden ist und in der Vernehmlassung seitens des VBLG, der Gemeinden und anderer Vernehmlassungsteilnehmer die Forderung erhoben wurde, der Kanton solle sich an diesen Kosten beteiligen, erscheint es sinnvoll, diese Frage in der angesprochenen Kommission näher zu prüfen.

<sup>10</sup> SGS 833

<sup>11</sup> SGS 185

#### **4.1.4.4 Gemeinsame Absichtserklärung VGD, VBLG und BAP**

Das Vorgehen bei der Einführung der neuen Pflegefinanzierung wurde zwischen VGD, VBLG und BAP abgesprochen und in einer gemeinsamen Absichtserklärung festgehalten. Die Kernpunkte dieser Absichtserklärung sind:

- Durchführung einer Zeiterfassung (siehe oben Kapitel 4.1.4.1);
- Anwendung der Normkosten gemäss Vernehmlassungsvorlage während einer Übergangsfrist von 2 Jahren (siehe oben Kapitel 4.1.4.2);
- Behandlung der Kostenfolgen der Pflegefinanzierung für die Gemeinden zwischen VBLG und Kanton in der Konsultativkommission Aufgabenteilung und Finanzausgleich (siehe oben Kapitel 4.1.4.3).

Der Regierungsrat begrüsst das Zustandekommen dieser Absichtserklärung, welche eine pragmatische Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung in den Alters- und Pflegeheimen ermöglicht, und dankt an dieser Stelle den beteiligten Verbänden für ihre Kooperationsbereitschaft.

#### **4.1.5 Finanzierung von ambulanten Pflegeleistungen (Spitex)**

##### **4.1.5.1 Höhe der Normkosten**

Für die ambulanten Pflegeleistungen (Spitex) wurden ebenfalls Berechnungen über die Höhe der anrechenbaren Normkosten durchgeführt. Dabei hat sich ergeben, dass diese bei den Spitex-Organisationen im Kanton Basel-Landschaft im Durchschnitt recht genau der Summe aus dem Beitrag der Krankenversicherung und dem höchsten zulässigen Anteil der versicherten Person (Fr. 15.90 pro Tag) entsprechen. Es liegt daher nahe, die anrechenbaren Normkosten so festzusetzen, dass der Beiträge der Krankenversicherung und der höchstmögliche Beitrag der versicherten Person für deren Finanzierung genau ausreichen.

##### **4.1.5.2 Beitrag der versicherten Person und Kostenfolgen für die Gemeinden**

Wie ausgeführt (siehe oben Kapitel 4.1.2) dürfen nach Art. 25a Abs. 5 KVG den Bezügerinnen und Bezüger von Pflegeleistungen höchstens 20 Prozent des höchsten Pflegebeitrags der Krankenversicherung überwältzt werden. Dies entspricht bei Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung für Spitex-Dienstleistungen Fr. 15.90 pro Tag. Unter der Annahme, dass den Patientinnen und Patienten der höchstmögliche Betrag verrechnet wird, ergibt sich für die Gemeinden ein Minderaufwand gegenüber dem heutigen Zustand, weil der Leistungsbezügerin oder dem Leistungsbezüger heute für Pflegeleistungen aus rechtlichen Gründen (Tarifschutz) kein Beitrag in Rechnung gestellt werden darf, die Krankenversicherungstarife faktisch aber die Kosten nicht decken.

Die dadurch entstehende Entlastung der Gemeinden von insgesamt Fr. 3'769'000 wird indessen durch eine leichte Verringerung der Beiträge der Krankenversicherung (von heute Fr. 66.70 auf neu Fr. 59.30 gewichtet nach den verschiedenen Leistungskategorien) reduziert. Rechnet man zusätzlich die Vergütungen der Gemeinden für die Einsätze überregionaler Spitex-Organisationen ein, verbleibt unter dem Strich eine Aufwandreduktion für alle Gemeinden von insgesamt Fr. 1'233'000 pro Jahr.

In der Vernehmlassung wurde verschiedentlich gefordert, bei der Spitex auf die Erhebung des Beitrags der versicherten Person zu verzichten. Begründet wird dieses Anliegen namentlich damit, dass dem Grundsatz "ambulant vor stationär" nachgelebt werden soll, was Heimeintritte vermeiden und damit Kosten sparen helfe. Zudem würde die Einführung einer Kostenbeteiligung für die Spitex-Kunden eine Verschlechterung gegenüber dem heutigen Zustand bedeuten.

Ein Verzicht auf die Erhebung des Beitrags der versicherten Person oder auch eine Verringerung dieses Beitrags auf die Hälfte (10 Prozent des höchsten Beitrags der Krankenversicherung) hätte

indessen Kostenfolgen für die Gemeinden. Ein Vergleich der verschiedenen Varianten ergibt folgendes Bild:

Beitrag versicherte Person	Entlastung durch Beitrag versicherte Person	Belastung durch Tarifsenkung	Belastung durch überregionale Spitexdienste	Total Be- / Entlastung Gemeinden
20 %	- 3'769'000	1'996'000	540'000	- 1'233'000
10 %	- 1'891'000	1'996'000	540'000	654'000
kein	0	1'996'000	540'000	2'536'000

Tabelle 4: Variantenvergleich Spitex (negative Zahlen = Entlastung, positive Zahlen = Belastung)

Aufgrund dieses Variantenvergleichs schlägt der Regierungsrat vor, den Beitrag der versicherten Person bei ambulanten Pflegeleistungen auf 10 Prozent des höchsten Beitrags der Krankenversicherung festzulegen, was einem täglichen Selbstbehalt der Patientinnen und Patienten von Fr. 7.95 entspricht. Dadurch könnte einerseits ein gewisser Anreiz im Sinne des Grundsatzes "ambulant vor stationär" geschaffen werden, andererseits würden sich die Kostenfolgen für die Gemeinden mit insgesamt Fr. 654'000 in Grenzen halten. Zudem wäre der Beitrag von Fr. 7.95 pro Tag für die Patientinnen und Patienten tragbar, zumal dieser bei entsprechendem Anspruch über die Ergänzungsleistungen zurückvergütet wird.

#### 4.1.5.3 Übergangslösung bei der Spitex

Gemäss Absatz 2 der Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 13. Juni 2008 sind die bei Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung geltenden Tarife und Tarifverträge innert drei Jahren, dh. bis zum 1. Januar 2014 an die neuen, in der Verordnung des Bundes festgelegten Beiträge der Krankenversicherer anzupassen. Die Angleichung ist durch die Kantonsregierung zu regeln.

Der Regierungsrat zieht in Betracht, wie verschiedene andere Kantone von dieser Übergangsbestimmung Gebrauch zu machen und die geltenden Tarife der Spitex um mindestens ein weiteres Jahr für anwendbar zu erklären. Zudem ist vorgesehen, während dieser Übergangsfrist auf die Erhebung eines Beitrags der versicherten Person zu verzichten. Somit würde die bestehende Finanzierungsregelung bei der Spitex noch mindestens ein Jahr weiter gelten. Ein solches Vorgehen hätte den Vorteil, dass die neue Pflegefinanzierung bei der Spitex ohne Zeitdruck und in Kenntnis der definitiven Entscheide des Landrats resp. des Volkes - namentlich betreffend Patientenbeteiligung - eingeführt werden könnte. Zumindest für das Jahr 2011 würden somit auch keine Mehrkosten für die Gemeinden entstehen, was den Budgetprozess der Gemeinden erleichtert.

Die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion hat bereits entsprechende Gespräche mit dem Spitex-Verband Baselland (SVBL) geführt. Eine Anhörung des Dachverbands der Krankenversicherer steht noch aus. Der definitive Entscheid sollte bis Ende September 2010 gefällt werden können.

#### 4.1.6 Pflegeleistungen nach KVG an behinderten Personen

Behinderte Personen haben wie alle anderen versicherten Personen Anspruch auf Leistungen nach dem Krankenversicherungsgesetz, so auch auf Pflegeleistungen. An ambulante Pflegeleistungen, welche durch zugelassene Spitex-Organisationen oder Pflegefachpersonen an solchen Personen erbracht werden, entrichtet die Krankenversicherung bereits heute die entsprechenden Beiträge. Mit der neuen Pflegefinanzierung werden behinderte Personen ebenfalls den Beitrag der versicherten Person selber tragen müssen, wobei dieser auch bei IV-Bezügerinnen und -Bezüger

über die Ergänzungsleistungen zurückvergütet wird, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind. Stationär erbrachte Pflegeleistungen können nur über die Krankenversicherung und damit nach der neuen Pflegefinanzierung abgerechnet werden, wenn die entsprechende Institution auf der Pflegeheimliste des Kantons aufgeführt ist. Im Kanton Basel-Landschaft figurieren heute keine Heime, welche spezifisch Pflegeleistungen für behinderte Personen erbringen, auf der Pflegeheimliste. Die Aufnahme solcher Institutionen auf die Pflegeheimliste ist juristisch umstritten, könnte jedoch mittelfristig erfolgen. Da die Behindertenhilfe eine kantonale Aufgabe ist, wäre zu diesem Zeitpunkt die Finanzierung dieser Heime zu prüfen und ggf. neu zu regeln.

## **4.2 Akut- und Übergangspflege**

### **4.2.1 Begriff der Akut- und Übergangspflege**

Mit der Akut- und Übergangspflege wird in der Krankenversicherungsgesetzgebung ein neuer Begriff eingeführt. Was indessen darunter zu verstehen ist, wurde vom Bundesgesetzgeber weitgehend offen gelassen. Einzig die Zeitdauer - 14 Tage im Anschluss an einen Spitalaufenthalt - wird in Art. 25a Abs. 2 KVG festgelegt. Im Kommentar zu der vom Eidgenössischen Departement des Innern am 24. Juni 2009 geänderten Krankenpflege-Leistungsverordnung wird weiter festgehalten, dass die Leistungen der Akut- und Übergangspflege nur bei medizinischer Notwendigkeit durch einen Spitalarzt verschrieben werden dürfe mit dem Ziel der Rückkehr des Versicherten zu jenem Zustand, in dem er sich vor dem Spitaleintritt befand. Die Akut- und Übergangspflege stelle einen Abschnitt der Behandlung dar und sei keinesfalls vorgesehen zur Finanzierung allfälliger Wartezeiten im Hinblick auf den Eintritt in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Heim. Zwecks Klarstellung sind deshalb - auch wenn es sich bei um einen bundesrechtlichen Begriff handelt - die Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen der Akut- und Übergangspflege im kantonalen Gesetz zu definieren.

Der Leistungskatalog ist sowohl für „Leistungen der Langzeitpflege“ als auch für (ambulante und stationäre) „Leistungen der Akut- und Übergangspflege“ derselbe. Er umfasst die bereits bisher für Pflegeleistungen in Art. 7 Abs. 2 KLV verankerten Massnahmen der Abklärung und Beratung, der Untersuchung und Behandlung sowie der Grundpflege (siehe Tabelle 1). Auch die Leistungserbringer sind bei beiden Arten von Pflegeleistungen dieselben, nämlich diejenigen Personen und Institutionen, die in Art. 7 Abs. 1 KLV als Leistungserbringer für Pflegeleistungen aufgeführt sind (Pflegefachpersonen, Spitex-Institutionen und Alters- sowie Pflegeheime). Demgegenüber ist wie oben ausgeführt die Finanzierung der beiden Arten von Pflegeleistungen unterschiedlich. Für die Finanzierung der Leistungen der „Akut- und Übergangspflege“ hat die öffentliche Hand während längstens zwei Wochen nach dem Spitalaufenthalt einen Anteil von mindestens 55% der Kosten zu übernehmen, während die Versicherer die restlichen maximal 45% zu finanzieren haben. An die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Betreuung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger werden bei der Akut- und Übergangspflege im Pflegeheim keine Beiträge geleistet.

### **4.2.2 Umsetzung im Kanton Basel-Landschaft**

Die Akut- und Übergangspflege steht in einem engen zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einem Spitalaufenthalt. Besonders im Hinblick auf die Einführung von Fallpauschalen mit der neuen Spitalfinanzierung, welche am 1. Januar 2012 in Kraft tritt, und der damit verbundenen Gefahr zu früher Entlassungen aus dem Spital wird die Einführung der Akut- und Übergangspflege als sinnvoll erachtet. Insbesondere sollen Personen, die aus dem Spital nach Hause entlassen werden, während einer gewissen Zeit Spitex-Leistungen in Anspruch nehmen können, ohne einen Anteil an die Kosten bezahlen zu müssen. Aufgrund dieser Zusammenhänge mit Spitalaufenthalten und der gleichartigen Finanzierung soll die Akut- und Übergangspflege in den Zuständigkeitsbereich des Kantons und nicht der Gemeinden fallen. Der Kanton wird daher auch die Finanzierung des oben erwähnten Anteils der öffentlichen Hand von mindestens 55% der Kosten übernehmen.

Ein Problem stellt die Steuerung der Akut- und Übergangspflege dar. Nach der Bundesgesetzgebung erfolgt die Verordnung von Akut- und Übergangspflege durch einen Spitalarzt, ohne dass konkrete Voraussetzungen dafür genannt werden. Die Kantone und die Versicherer als Finanzierer können wenig Einfluss auf die Verordnungspraxis der Spitäler nehmen. Zudem sind alle für die Erbringung von Pflegeleistungen zugelassenen Leistungserbringer (Alters- und Pflegeheime, gemeinnützige und private Spitex-Organisationen sowie selbständige Pflegefachpersonen) berechtigt, Leistungen der Akut- und Übergangspflege abzurechnen, ohne dass das Angebot durch den Kanton gesteuert werden kann. In der kantonalen Einführungsgesetzgebung ist daher vorgesehen, dass der Kanton mit entsprechenden Leistungserbringern Vereinbarungen abschliessen kann, um die Modalitäten der Anordnung und Durchführung der Akut- und Übergangspflege näher zu regeln. Es wird namentlich angestrebt, dass die Spitäler eine enge Zusammenarbeit mit geeigneten Spitex-Organisationen pflegen, um eine angemessene Nachbetreuung austretender Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

Angesichts der Neuartigkeit der Akut- und Übergangspflege, den dementsprechend fehlenden Erfahrungen und der unklaren Ausgangslage hinsichtlich der Voraussetzungen ist es schwierig abzuschätzen, in welchem Ausmass dieses Instrument genutzt werden wird. Dementsprechend können auch die Kostenfolgen nur sehr grob beziffert werden. Aufgrund von Schätzungen der Gesundheitsdirektorenkonferenz ist mittelfristig für den Kanton Basel-Landschaft mit Kosten von rund Fr. 1 Mio. pro Jahr zu rechnen.

### **4.3. Anpassungen im Bereich der AHV und der Ergänzungsleistungen**

#### **4.3.1 Umfassendere Leistung bei Hilflosigkeit in der AHV**

Mit der Ausweitung des Anspruchs für AHV-Altersrentnerinnen und -rentner auf Entschädigung bei leichter Hilflosigkeit wird eine Gleichstellung mit den IV-Rentnerinnen und -rentner erreicht. Bedingung ist, dass die AHV-Altersrentnerinnen und -rentner zu Hause leben. Die Höhe der Hilflosenentschädigung beträgt 20% der Mindestrente (aktuell Fr. 228.- pro Monat). Die Abklärung des Grades der Hilflosigkeit fällt in die Zuständigkeit die IV-Stelle des Wohnkantons. Die Auszahlung der Hilflosenentschädigung leichten Grades für AHV-Altersrentnerinnen und -rentner erfolgt durch die gleiche AHV-Ausgleichskasse, welche die AHV-Altersrente ausrichtet.

#### **4.3.2 Erhöhung der Vermögensfreibeträge bei den Ergänzungsleistungen**

Bei der Berechnung des Anspruchs auf Ergänzungsleistungen zur AHV/IV wird als Bestandteil der anrechenbaren Einnahmen der Vermögensfreibetrag erhöht und zwar:

- für Alleinstehende von Fr. 25'000 auf Fr. 37'500 und
- für Ehepaare von Fr. 40'000 auf Fr. 60'000.

Zudem wird der Freibetrag für Liegenschaften neu auf Fr. 300'000 erhöht, wenn ein Ehegatte im Heim und der andere Ehegatte im Wohneigentum lebt oder wenn eine im eigenen Wohneigentum lebende Person eine Hilflosenentschädigung bezieht.

Die Neuberechnung des Anspruchs auf Ergänzungsleistungen zur AHV/IV per Inkrafttreten erfolgt durch die AHV-Ausgleichskasse des Kantons Basel-Landschaft.

Die Erhöhung der Vermögensfreibeträge führt zu Mehrkosten bei den Ergänzungsleistungen in der Höhe von Fr. 3'745'000 pro Jahr. Davon entfallen nach Abzug des Bundesbeitrags Fr. 2'845'000 auf Kanton und Gemeinden. Diese Mehrkosten müssen nach dem ab 2010 geltenden Schlüssel (vgl. oben Kapitel 4.1.4.3) zu 68 % (Fr. 1'935'000) vom Kanton und zu 32 % (Fr. 910'000) von den Gemeinden getragen werden.

#### 4.4 Zusammenfassung der finanziellen Auswirkungen

Die finanziellen Auswirkungen der Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung präsentieren sich zusammenfassend wie folgt:

	Belastung Kanton	Belastung Gemeinden
Finanzierung Alters- und Pflegeheime (während Übergangsfrist)		Fr. 2'260'000
Finanzierung Spitex (nach Ablauf Übergangsfrist; bei Beitrag versicherte Person von 10 %)		Fr. 654'000
<b>Total 1 (direkte Auswirkungen der Pflegefinanzierung)</b>		<b>Fr. 2'914'00</b>

	Belastung Kanton (68%)	Belastung Gemeinden (32%)
Entlastung EL durch Finanzierung Alters- und Pflegeheime (während Übergangsfrist)	- Fr. 1'003'000	- Fr. 472'000
Erhöhung Vermögensfreibeträge EL	Fr. 1'935'000	Fr. 910'000
<b>Total 2 (Auswirkungen in der EL)</b>	<b>Fr. 932'000</b>	<b>Fr. 438'000</b>

	Belastung Kanton	Belastung Gemeinden
<b>Gesamttotal (Total 1 + Total 2)</b>	<b>Fr. 932'000</b>	<b>Fr. 3'352'000</b>

Tabelle 5: Zusammenfassung der finanziellen Auswirkungen (negative Beträge = Entlastung)

Zusätzlich übernimmt der Kanton die Kosten der Akut- und Übergangspflege in der Höhe von rund Fr. 1 Mio. Dabei handelt es sich - wie oben (Kapitel 4.2.2) dargelegt - um eine sehr grobe Schätzung.

Insgesamt kann somit festgehalten werden, dass die Mehrkosten der neuen Pflegefinanzierung gegen Fr. 2 Mio. für den Kanton und gegen Fr. 3,5 Mio. für die Gemeinden betragen. Wie ausgeführt sollen die finanziellen Auswirkungen, namentlich im Bereich der Alters- und Pflegeheime, noch von der Konsultativkommission "Aufgabenteilung und Finanzausgleich" zu Handen der Regierung geprüft werden.

#### 5. Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens

Die zwischen Dezember 2009 und März 2010 durchgeführte Vernehmlassung wurde rege benutzt. Stellungnahmen gingen namentlich von den im Landrat vertretenen Parteien, den Verbänden der Leistungserbringer sowie von verschiedenen Interessengruppen wie etwa solchen des Pflegepersonals oder von älteren Menschen ein.

Seitens der Gemeinden schliessen sich 20 der Stellungnahme des VBLG an, 14 Gemeinden unterstützen die Vernehmlassungsantwort des VBLG, bringen jedoch zusätzliche Anträge und Bemerkungen an, und 9 Gemeinden haben eigenständige Stellungnahmen eingereicht. 43 Gemeinden haben sich nicht geäußert, was gemäss Beschluss der Generalversammlung als Unterstützung der Stellungnahme des VBLG zu werten ist.

Nachfolgend eine Zusammenfassung der wichtigsten Anliegen, welche im Vernehmlassungsverfahren eingebracht wurden (*kursiv*), sowie der jeweilige Kommentar des Regierungsrates dazu.

### **a) Allgemeines**

*Die Pflegekosten sollen vollumfänglich durch Krankenversicherung finanziert werden. Die Leistungen der Krankenversicherung sollen auch die von den Krankenkassen auferlegten administrativen Arbeiten umfassen (einzelne Gemeinden).*

Diese Forderungen widersprechen dem Bundesrecht und können nicht umgesetzt werden.

*Die Verantwortlichkeiten für Betriebsbewilligungen und Qualität in der Pflege sollen geregelt werden (SP, Graue Panther).*

Diese Fragen sind bezüglich der Spitex in §§ 37 und 38 (Betriebsbewilligung) sowie § 79 (Versorgung und Qualität) des Gesundheitsgesetzes<sup>12</sup> geregelt. Bei den Alters- und Pflegeheimen bestehen verschiedene Regelungen zum ganzen Fragenkomplex im Gesetz über die Betreuung und Pflege im Alter<sup>13</sup>. Weiterer Handlungsbedarf besteht nicht.

### **b) Höhe der Normkosten bei den Alters- und Pflegeheimen**

*Der BAP ist der Auffassung, das Zahlenmaterial, welches im Vernehmlassungsentwurf vorgelegt worden sei, taue weder zur normativen Festlegung der Pflegekosten noch zur Abschätzung der finanziellen Belastung der öffentlichen Hand. Es sei störend, dass auf Zahlen anderer Kantone zurückgegriffen und die vorliegenden Zahlen aus dem Kanton Basel-Landschaft ignoriert worden seien. Die betriebswirtschaftlichen Zahlen der Baselbieter Heime zeigten, dass die effektiven Kosten viel höher liegen würden. Der VBLG erwartet, dass analog zu den Erhebungen im Kanton Aargau auch in den Baselbieter Heimen mit exakten Methoden der Zeitbedarf für die Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV ermittelt wird.*

Mit der geplanten Zeiterfassung in Baselbieter Pflegeheimen (siehe oben Ziff. 4.1.4.1) werden diese Einwände berücksichtigt.

*Einzelne Gemeinden monieren, dass im Gesetz griffige Massnahmen zur Kostendämpfung und Kostenkontrolle in den Alters- und Pflegeheimen fehlen würden.*

Als zuständige Gemeinwesen für die Altersversorgung und als Träger der gemeinnützigen Alters- und Pflegeheime haben es die Gemeinden selber in der Hand, dafür zu sorgen, dass kostengünstige Alters- und Pflegeheimplätze angeboten werden können. In der Gesetzgebung zu den Ergänzungsleistungen bestehen zudem Obergrenzen der Heimtaxen, die bei EL-Bezügerinnen und -Bezügern vergütet werden. Bei Selbstzahlern soll hingegen bis zu einem gewissen Grad auch der Markt spielen können. Weitere Massnahmen auf Gesetzesebene drängen sich deshalb derzeit nicht auf.

---

<sup>12</sup> SGS 901

<sup>13</sup> SGS 854



### c) Finanzierung der Alters- und Pflegeheime

*Der BAP und der vpod sind der Auffassung, es sei ausgeschlossen, die finanzielle Belastung der öffentlichen Hand alleine auf die Gemeinden abzuwälzen. Die Kosten seien in einem angemessenen Schlüssel durch den Kanton und die Gemeinden zu tragen. Der VBLG und die EVP fordern, dass die durch die Pflegefinanzierung entstehende Entlastung bei den Ergänzungsleistungen ausschliesslich den Gemeinden zu Gute kommen soll. Einzelne Gemeinden fordern, dass die Kosten der Restfinanzierung der Pflegekosten analog des bestehenden EL-Schlüssels auf Kanton und Gemeinden zu verteilen seien.*

Die hier angesprochenen Fragen der finanziellen Belastung von Kanton und Gemeinden und eines allfälligen Ausgleichs werden in der Konsultativkommission "Aufgabenteilung und Finanzausgleich" diskutiert.

*Die CVP und die EVP verlangen eine kantonsweit einheitliche Finanzierungsregelung. Individuelle Finanzierungsmodelle einzelner Gemeinden machten keinen Sinn. Die Ausrichtung von pauschalen Beiträgen (§ 15a Abs.2), welche sich nicht nach der Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner und ihrer Pflegebedürftigkeit richtet, wird vom BAP abgelehnt.*

Auf eine einheitliche Finanzierungsregelung wird im Sinne des Subsidiaritätsprinzips verzichtet. Die Ausrichtung von Pauschalbeiträgen oder Globalbudgets vereinfacht die administrative Abwicklung und fördert die Kostenkontrolle, weshalb solche Modelle nicht ausgeschlossen werden sollen.

### d) Freizügigkeit über Kantonsgrenzen hinweg

*Die CVP fordert eine Überprüfung der Vorlage, damit eine Freizügigkeit über die Kantonsgrenzen hinweg sichergestellt werden kann.*

Der Regierungsrat würde eine Beibehaltung der Freizügigkeit über die Kantonsgrenzen hinweg sehr begrüßen. Leider wird diese jedoch durch das Bundesrecht, welche keine schweizweit einheitliche, sondern eine kantonal unterschiedliche "Restfinanzierung" der Pflegeleistungen vorsieht, stark erschwert. Die Freizügigkeit könnte einzig durch eine Änderung des Bundesrechts vollumfänglich gewährleistet werden.

### e) Patientenbeitrag bei der Spitex

*Mehrere Vernehmlassungsteilnehmer verlangen, es sei bei der Spitex auf den nach Bundesrecht zulässigen Beitrag der versicherten Person von maximal 20% des höchsten Pflegebeitrags der Krankenversicherung ganz oder teilweise zu verzichten (SVBL, Pro Senectute und einzelne Gemeinden). Die Kinderspitex Nordwestschweiz fordert insbesondere einen Verzicht auf den Patientenbeitrag bei Kindern gemäss Empfehlung GDK.*

Der Regierungsrat schlägt neu einen Beitrag der versicherten Person von 10 Prozent vor (siehe oben Kapitel 4.1.5.2).

*Der VBLG und der SVBL lehnen es ab, die Entscheidung, ob resp. in welcher Höhe ein Beitrag der versicherten Person erhoben wird, den Gemeinden zu überlassen. Dies führe zu administrativen Mehrkosten, da immer mehr Spitex-Organisationen mehrere Gemeinden versorgen würden. Zudem bestehe kein Bedarf für diesen minimalen Handlungsspielraum. Einzelne Gemeinden sind jedoch gegenteiliger Ansicht.*

Aufgrund der Vernehmlassungsergebnisse schlägt der Regierungsrat vor, auf diesen von den Gemeinden mehrheitlich nicht gewünschten Gestaltungsspielraum zu Gunsten einer kantonal einheitlichen Regelung zu verzichten (siehe oben Kapitel 4.1.2).

## **f) Administrative Umsetzung**

*Einige Vernehmlassungsteilnehmer verlangen eine kantonal einheitliche Regelung der administrativen Abläufe und Zahlungsflüsse auf Verordnungsebene bis spätestens Mitte 2010. Die Abrechnung soll über eine zentrale Verrechnungsstelle erfolgen (SVBL, BAP, SBK, EVP, einzelne Gemeinden).*

Die Organisation der administrativen Abläufe und ggf. die Einrichtung und Finanzierung einer zentralen Verrechnungsstelle ist Sache der Gemeinden und der Leistungserbringer. Dies wurde den entsprechenden Verbänden frühzeitig kommuniziert.

## **g) Akut- und Übergangspflege**

*Einzelne Vernehmlassungsteilnehmer fordern eine ausführlichere Definition der Akut- und Übergangspflege (SVBL, SP).*

Eigentlich wäre die Definition der Akut- und Übergangspflege Sache des Bundesgesetzgebers. Eine einschränkende Definition auf kantonaler Stufe wäre bundesrechtswidrig. Aus diesem Grund möchte der Regierungsrat von einer ausführlicheren Definition auf kantonaler Gesetzesebene absehen. Gewisse Rahmenbedingungen und Abläufe können noch in den im Gesetz vorgesehenen Leistungsaufträgen näher definiert werden.

*Einzelne Gemeinden fordern, dass die erbrachte ambulante Pflege automatisch als Akut- und Übergangspflege eingestuft werden soll, wenn eine Patientin oder ein Patient innerhalb von 14 Tagen nach seiner Entlassung wegen dem selben Leiden wieder in ein Spital eingewiesen wird.*

Ein derartiger Mechanismus wird kaum allen Fällen gerecht und ist daher nicht sinnvoll. Viele solche Fälle dürften jedoch in der Praxis als Akut- und Übergangspflege eingestuft werden.

*Einzelne Gemeinden fordern eine Übernahme von Kosten der Hauswirtschaft durch den Kanton bei Akut- und Übergangspflege. Diese Leistungen würden heute teilweise durch die Gemeinden finanziert.*

Hauswirtschaftsleistungen werden heute grundsätzlich durch die Bezügerin oder den Bezüger selber bezahlt. Ergänzungsleistungen und - soweit vorhanden - Zusatzversicherungen übernehmen gewisse Beiträge. Ob und inwieweit eine Gemeinde solche Leistungen subventionieren will, ist ihre Entscheidung. Eine Finanzierung durch den Kanton ist daher abzulehnen.

*Der Kanton soll zwingend mit allen Leistungserbringern in der Akut- und Übergangspflege Leistungsvereinbarungen abschliessen (SVBL).*

Die Rahmenbedingungen und Abläufe in der Akut- und Übergangspflege sind Gegenstand von Gesprächen zwischen den Kantonsspitalern und dem Spitex-Verband. Inwieweit Leistungsaufträge zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich sind, ist derzeit offen. Es erscheint daher sinnvoll, die "Kann-Formulierung" im Gesetz zu belassen.

## **h) Inkrafttreten**

*Einzelne Vernehmlassungsteilnehmer verlangen eine Verschiebung der Einführung der Pflegefinanzierung um ein Jahr auf den 1. Januar 2012 (einzelne Gemeinden).*

Das Inkrafttreten wurde vom Bundesrat festgelegt und auf Druck der Kantone bereits einmal verschoben (siehe unten Ziff. 6.3). Der Regierungsrat trägt den Bedenken bezüglich dem Zeitdruck

bei der Einführung der Pflegefinanzierung Rechnung, indem er vorschlägt, soweit möglich und sinnvoll Übergangsregelungen zu treffen.

## 6. Kantonale Einführungsgesetzgebung

### 6.1 Allgemeines

Wie erwähnt, erfordert die Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung eine Einführungsgesetzgebung auf kantonaler Ebene. Da es sich um krankensicherungsrechtliche Bestimmungen handelt, erscheint es sinnvoll, diese im Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz (EG KVG)<sup>14</sup> einzufügen. Zudem erfordert die Umsetzung der Pflegefinanzierung eine Änderung des Ergänzungsleistungsgesetz zu AHV und IV (ELG)<sup>15</sup>.

### 6.2. Zu den einzelnen Bestimmungen

#### § 15a EG KVG

In Absatz 1 wird der Grundsatz festgelegt, wonach die Gemeinden die "Restfinanzierung" der Langzeitpflege übernehmen. Zuständig ist die jeweilige Wohngemeinde der versicherten Person (zivilrechtlicher Wohnsitz). In Absatz 2 wird festgehalten, dass die Beiträge an den Leistungserbringer ausgerichtet werden. Die Form der Abgeltung (z.B. pauschal im Rahmen eines Leistungsauftrags mit Globalbudget oder individuell nach den bezogenen Leistungen der Einwohner der Gemeinde) wird bewusst offen gelassen und kann zwischen Gemeinden und Leistungserbringern vereinbart werden.

#### § 15b EG KVG

In dieser Bestimmung wird definiert, für welche Leistungen die Gemeinden Beiträge ausrichten müssen. Zunächst wird klargestellt, dass es um ambulante und stationäre Pflegeleistungen geht, welche zur Deckung des Bedarfs der Bevölkerung erforderlich sind. Damit wird eine Verbindung zu § 4 Abs. 1 Bst. a und b des Gesetzes über die Betreuung und Pflege im Alter (GeBPA)<sup>16</sup> hergestellt, wonach die Gemeinden ein Konzept zur Betreuung und Pflege im Alter erstellen und für eine ausreichende ambulante und stationäre Betreuungs- und Pflegestruktur im Alter sorgen müssen. Bei Alters- und Pflegeeinrichtungen nach dem GeBPA (Alters- und Pflegeheime, Pflegewohnungen) führt die Bejahung des Bedarfs durch eine oder mehrere Gemeinden zur Aufnahme auf die Pflegeheimliste. Bezüglich der Spitex ist auf § 79 GesG zu verweisen, wonach die Gemeinden das Angebot sicherstellen und finanzieren.

In Absatz 2 werden die Leistungserbringer, deren Leistungen durch die Gemeinde zu finanzieren sind, aufgezählt. Es sind dies Spitex-Organisationen und Pflegefachpersonen mit Leistungsauftrag der Gemeinde oder solche die im Einzelfall mit Einwilligung der Gemeinde beigezogen werden (Bst. a). Unter letzteren sind Leistungserbringer gemeint, die Leistungen übernehmen, welche die lokale Spitex-Organisation nicht übernehmen kann, sei es aus Kapazitätsgründen, aufgrund der besonderen Pflegesituation oder weil eine spezialisierte Leistung erforderlich ist. Bei den Pflegeheimen und Langzeitabteilungen von Spitälern werden die Pflegeleistungen zunächst in allen Institutionen mitfinanziert, welche auf der Pflegeheimliste des Kantons Basel-Landschaft aufgeführt sind (Bst b). Damit ist klar, dass die mit der Umsetzung des NFA per 1. Januar 2008 eingeführte Freizügigkeit zumindest innerhalb des Kantons unter allen Heimen der Pflegeheimliste weiterhin

---

<sup>14</sup> SGS 362

<sup>15</sup> SGS 833

<sup>16</sup> SGS 854

gilt. Eine Person kann also unter allen zugelassenen Alters- und Pflegeheimen im Kanton frei wählen und ist nicht gezwungen, aus finanziellen Gründen ins Heim der "eigenen" Gemeinde einzutreten. Karenzfristen, wie sie vor 2008 bei den Gemeindebeiträgen galten, sollen nicht wieder eingeführt werden. Zum Schutz der Gemeinden vor allzu hoher finanzieller Belastung wird jedoch in Bst. c ausgeführt, dass in anderen Heimen und Spitälern, dh. namentlich in ausserkantonalen Institutionen, die Gemeinden immer nur denjenigen Beitrag entrichten muss, den sie in einem Baselbieter Heim bezahlen müsste. Schliesslich kann festgehalten werden, dass nur Aufenthalte in Heimen mitfinanziert werden müssen, welche als Leistungserbringer zu Lasten der Krankenversicherung zugelassen, dh. zumindest auf der Pflegeheimliste des Standortkantons aufgeführt sind oder dort über eine Betriebsbewilligung verfügen. Dies ergibt sich bereits aus dem Bundesrecht.

### **§ 15c EG KVG**

In dieser Bestimmung wird die gesetzliche Grundlage für die Festelegung der anrechenbaren Normkosten durch den Regierungsrat auf Verordnungsebene geschaffen. Diese sollen periodisch angepasst werden, wobei die Gemeinden und Leistungserbringer anzuhören sind. Weiter wird erwähnt, dass die anrechenbaren Normkosten kantonsweit einheitlich sein sollen, um eine unterschiedliche Umsetzung der Pflegefinanzierung innerhalb des Kantons zu verhindern und die oben erwähnte Freizügigkeit zu ermöglichen. In Absatz 2 wird der Begriff der anrechenbaren Normkosten definiert. Diese sollen die Kosten der Pflegeleistungen nach der Krankenversicherungsgesetzgebung decken, wobei wirtschaftliche und zweckmässige Leistungserbringung vorausgesetzt wird. In Absatz 3 wird eine Rechtsgrundlage für die Erhebung von Daten bei den Leistungserbringern und die Durchführung von Betriebsvergleichen ("Benchmarkings") geschaffen. Mit letzteren soll die Einhaltung des erwähnten Prinzips der Wirtschaftlichkeit überprüft werden können.

### **§ 15d EG KVG**

Hier wird der von der versicherten Person zu tragende Anteil an den Kosten der Langzeitpflege definiert. Dabei wird bei stationären Leistungen der Spielraum des Bundesrechts (Art. 25a Abs. 5 KVG) ausgeschöpft. Der Beitrag beträgt für solche Leistungen 20 Prozent des höchsten Beitrags der Krankenversicherung. Bei ambulanten Leistungen soll der Beitrag der versicherten Person nur die Hälfte des bundesrechtlich festgelegten Maximums betragen, also 10 Prozent des höchsten Beitrags der Krankenversicherung. In Absatz 2 wird zwecks Vermeidung von Unklarheiten festgelegt, dass der Beitrag der versicherten Person die Differenz zwischen den anrechenbaren Normkosten und dem Beitrag der Krankenversicherung nicht übersteigen darf.

### **§ 15e EG KVG**

Mit dieser Bestimmung wird die gesetzliche Grundlage für die Mitfinanzierung der Akut- und Übergangspflege durch den Kanton geschaffen. Sie enthält in Absatz 1 die Voraussetzungen der Akut- und Übergangspflege. In Absatz 2 sind die Modalitäten der Finanzierung umschrieben und die Möglichkeit zum Abschluss von Leistungsvereinbarungen mit entsprechenden Leistungserbringern festgehalten.

### **§ 17b EG KVG**

Mit dieser neuen Übergangsbestimmung wird dem Regierungsrat die Kompetenz eingeräumt, den Beitrag der versicherten Person abweichend von § 15d zu regeln, wenn dies für die Angleichung der Tarife ans neue Recht (vorgesehen im Bereich der Spitex, siehe Kapitel 4.1.5.3) erforderlich ist.

## **§ 2a Absatz 2 ELG**

In dieser Bestimmung wird die Festlegung von Obergrenzen für die anrechenbaren Heimkosten, welche im Rahmen der Ergänzungsleistungen übernommen werden, geregelt. Die Pflegefinanzierung erfordert eine technische Anpassung von Absatz 2. Neu kann nicht mehr undifferenziert von der Taxe des Heims gesprochen werden, sondern die verschiedenen Taxen für Unterbringung und Betreuung sowie der Beitrag der versicherten Person an die Pflegekosten sind einzeln zu erwähnen. Am Grundsatz, wonach bei gemeinnützigen Alters- und Pflegeheimen die gesamten von den Bewohnerinnen und Bewohnern selber zu tragenden Heimkosten bei den Ergänzungsleistungen angerechnet werden können, ändert sich jedoch nichts.

## **6.3 Inkrafttreten**

Ursprünglich hatte der Bundesrat beschlossen, die neue Pflegefinanzierung auf den 1. Juni 2010 in Kraft zu setzen. Nicht zuletzt auf Druck der Kantone, welche eine Umsetzung auf dieses Datum als nicht machbar erachteten, und aufgrund einer Intervention der Konferenz der Kantonsregierungen kam der Bundesrat am 4. Dezember 2009 auf diesen Beschluss zurück und verschob das Inkrafttreten der Vorlage auf den 1. Januar 2011. Dieser Entscheid ist zu begrüssen. Er erlaubt es einerseits den Kantonen, die Gesetzgebungsverfahren innert der ordentlichen Fristen durchzuführen, andererseits den Versicherern und Leistungserbringern die notwendigen Vorbereitungen einigermassen seriös zu treffen. Dennoch ist der Zeitraum für die Einführung der neuen Pflegefinanzierung immer noch knapp bemessen.

## **7. Antrag**

Der Regierungsrat beantragt dem Landrat, die Änderungen des Einführungsgesetzes zum Krankenversicherungsgesetz gemäss beiliegendem Entwurf zu beschliessen.

Liestal, 31. August 2010

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:  
Krähenbühl

Der Landschreiber:  
Mundschin

### Anhänge:

- |   |          |
|---|----------|
| - Entwurf Gesetzesänderungen  | Anhang 1 |
| - Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung   | Anhang 2 |
| - Verordnung des EDI über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Änderung vom 24. Juni 2009 | Anhang 3 |
| - Absichtserklärung betreffend Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung   | Anhang 4 |

# Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG)

Änderung vom ...

Der Landrat des Kantons Basel-Landschaft beschliesst:

## I.

Das Einführungsgesetz vom 25. März 1996<sup>1</sup> zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG) wird wie folgt geändert:

Titel nach § 15:

*D<sup>bis</sup>. Finanzierung von Pflegeleistungen*

### *§ 15a Finanzierung von Pflegeleistungen durch die Gemeinde*

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

<sup>2</sup> Die Beiträge der Gemeinde werden an den Leistungserbringer ausgerichtet und können pauschaliert werden.

### *§ 15b Finanzierte Leistungen*

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

<sup>2</sup> Die Gemeinde finanziert die Pflegeleistungen von:

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

### *§ 15c Anrechenbare Normkosten der Pflegeleistungen*

<sup>1</sup> Der Regierungsrat legt periodisch nach Anhörung der Gemeinden und der Leistungserbringer die anrechenbaren Normkosten der Pflegeleistungen pro Leistungskategorie kantonsweit einheitlich fest.

<sup>2</sup> Die anrechenbaren Normkosten decken die Kosten der Pflegeleistungen, an welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach der Bundesgesetzgebung einen Beitrag leistet, unter Berücksichtigung einer wirtschaftlichen und zweckmässigen Leistungserbringung.

---

<sup>1</sup> GS 32.474, SGS 362

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

#### *§ 15d Kostenanteil der versicherten Person*

<sup>1</sup> Der Kostenanteil der versicherten Person entspricht

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

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

#### *§ 15e Leistungen der Akut- und Übergangspflege*

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

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

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

#### *§ 17b Übergangsbestimmung betreffend Kostenanteil der versicherten Person*

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

## **II.**

Das Ergänzungsleistungsgesetz zur AHV und IV vom 15. Februar 1973<sup>3</sup> wird wie folgt geändert:

#### *§ 2a Absatz 2*

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

---

<sup>2</sup> SR 832.10

<sup>3</sup> GS 25.130, SGS 833

**III.**

Diese Änderungen treten am 1. Januar 2011 in Kraft.



## **Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung**

vom 13. Juni 2008

---

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,  
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 16. Februar 2005<sup>1</sup>,  
beschliesst:*

I

Die nachstehenden Erlasse werden wie folgt geändert:

### **1. Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946<sup>2</sup> über die Alters- und Hinterlassenenversicherung**

*Art. 43<sup>bis</sup> Abs. 1 erster Satz, 1<sup>bis</sup>, 2 und 3*

<sup>1</sup> Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung haben Bezüger von Altersrenten oder Ergänzungsleistungen mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art. 13 ATSG<sup>3</sup>) in der Schweiz, die in schwerem, mittlerem oder leichtem Grad hilflos (Art. 9 ATSG) sind. ...

<sup>1bis</sup> Der Anspruch auf die Entschädigung für eine Hilflosigkeit leichten Grades entfällt bei einem Aufenthalt im Heim.

<sup>2</sup> Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung entsteht am ersten Tag des Monats, in dem sämtliche Voraussetzungen erfüllt sind und die Hilflosigkeit schweren, mittleren oder leichten Grades ununterbrochen während mindestens eines Jahres bestanden hat. Er erlischt am Ende des Monats, in dem die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht mehr gegeben sind.

<sup>3</sup> Die monatliche Entschädigung für eine Hilflosigkeit schweren Grades beträgt 80 Prozent, für eine Hilflosigkeit mittleren Grades 50 Prozent und für eine Hilflosigkeit leichten Grades 20 Prozent des Mindestbetrages der Altersrente nach Artikel 34 Absatz 5.

1 BBl 2005 2033

2 SR 831.10

3 SR 830.1

## **2. Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006<sup>4</sup> über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG)**

### *Art. 10 Abs. 2 Bst. a*

<sup>2</sup> Bei Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital leben (in Heimen oder Spitälern lebende Personen), werden als Ausgaben anerkannt:

- a. die Tagestaxe; die Kantone können die Kosten begrenzen, die wegen des Aufenthaltes in einem Heim oder Spital berücksichtigt werden; sie sorgen dafür, dass durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit begründet wird;

### *Art. 11 Abs. 1 Bst. c und Abs. 1<sup>bis</sup>*

<sup>1</sup> Als Einnahmen werden angerechnet:

- c. ein Fünfzehntel, bei Altersrentnerinnen und Altersrentnern ein Zehntel des Reinvermögens, soweit es bei alleinstehenden Personen 37 500 Franken, bei Ehepaaren 60 000 Franken und bei rentenberechtigten Waisen sowie bei Kindern, die einen Anspruch auf eine Kinderrente der AHV oder IV begründen, 15 000 Franken übersteigt; gehört der Bezügerin oder dem Bezüger oder einer Person, die in die Berechnung der Ergänzungsleistung eingeschlossen ist, eine Liegenschaft, die mindestens von einer dieser Personen bewohnt wird, so ist nur der 112 500 Franken übersteigende Wert der Liegenschaft beim Vermögen zu berücksichtigen;

<sup>1bis</sup> In Abweichung von Absatz 1 Buchstabe c ist nur der 300 000 Franken übersteigende Wert der Liegenschaft beim Vermögen zu berücksichtigen:

- a. wenn ein Ehepaar eine Liegenschaft besitzt, die von einem Ehegatten bewohnt wird, während der andere im Heim oder Spital lebt; oder
- b. wenn eine Person Bezügerin einer Hilflosenentschädigung der AHV, IV, Unfallversicherung oder Militärversicherung ist und eine Liegenschaft bewohnt, die sie oder ihr Ehegatte besitzt.

## **3. Bundesgesetz vom 18. März 1994<sup>5</sup> über die Krankenversicherung**

### *Art. 25<sup>6</sup> Abs. 2 Bst. a und f*

<sup>2</sup> Diese Leistungen umfassen:

- a. die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden von:
  1. Ärzten oder Ärztinnen,
  2. Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen,

<sup>4</sup> SR 831.30

<sup>5</sup> SR 832.10

<sup>6</sup> Änderung der Fassung gemäss Änderung vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung, AS 2008 2049)

3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin beziehungsweise eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen;

f. *Aufgehoben*

*Art. 25a* Pflegeleistungen bei Krankheit

<sup>1</sup> Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden.

<sup>2</sup> Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen<sup>7</sup>) vergütet. Versicherter und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen.

<sup>3</sup> Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung.

<sup>4</sup> Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest.

<sup>5</sup> Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.

*Art. 49<sup>8</sup> Abs. 1 erster Satz*

<sup>1</sup> Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) oder einem Geburtshaus (Art. 29) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. ...

*Art. 50<sup>9</sup>* Kostenübernahme im Pflegeheim

Beim Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3) vergütet der Versicherer die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege nach Artikel 25a. Die Absätze 7 und 8 von Artikel 49 sind sinngemäss anwendbar.

<sup>7</sup> AS 2008 2049

<sup>8</sup> Änderung der Fassung gemäss Änderung vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung, AS 2008 2049)

<sup>9</sup> Änderung der Fassung gemäss Änderung vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung, AS 2008 2049)

Art. 104a<sup>10</sup>

*Aufgehoben*

*Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 13. Juni 2008*

<sup>1</sup> Die Beiträge an die Pflegeleistungen gemäss Artikel 25a Absatz 1 sind erstmals so festzulegen, dass sie der Summe der Vergütungen für die im dem Inkrafttreten vorangehenden Jahr ambulant und im Pflegeheim erbrachten Pflegeleistungen entsprechen. Kann diese Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung nicht eingehalten werden, so nimmt der Bundesrat in den nachfolgenden Jahren die erforderlichen Anpassungen vor.

<sup>2</sup> Die bei Inkrafttreten dieser Änderung geltenden Tarife und Tarifverträge sind innert drei Jahren an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge an die Pflegeleistungen anzugleichen. Die Kantonsregierungen regeln die Angleichung.

## II

<sup>1</sup> Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

<sup>2</sup> Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

Ständerat, 13. Juni 2008

Nationalrat, 13. Juni 2008

Der Präsident: Christoffel Brändli

Der Präsident: André Bugnon

Der Sekretär: Philippe Schwab

Der Protokollführer: Pierre-Hervé Freléchoz

Datum der Veröffentlichung: 24. Juni 2008<sup>11</sup>

Ablauf der Referendumsfrist: 2. Oktober 2008

<sup>10</sup> Änderung der Fassung gemäss Änderung vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung, AS 2008 2049)

<sup>11</sup> BBl 2008 5247

**Verordnung des EDI  
über Leistungen in der obligatorischen  
Krankenpflegeversicherung  
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)**

**Änderung vom 24. Juni 2009**

---

*Das Eidgenössische Departement des Innern  
verordnet:*

I

Die Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995<sup>1</sup> wird wie folgt geändert:

*Art. 4 Einleitungssatz und Bst. e*

Die Versicherung übernimmt die Kosten der folgenden von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel, der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, bildgebenden Verfahren sowie physiotherapeutischen Leistungen:

- e. physiotherapeutische Leistungen nach Artikel 5.

*Art. 5 Abs. 1 Einleitungssatz*

<sup>1</sup> Die Kosten folgender Leistungen werden übernommen, wenn sie auf ärztliche Anordnung hin von Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen im Sinne der Artikel 46 und 47 oder von Organisationen im Sinne des Artikels 52a KVV und im Rahmen der Behandlung von Krankheiten des muskuloskelettalen oder neuromuskulären oder der Systeme der inneren Organe und Gefässe, soweit diese der Physiotherapie zugänglich sind, erbracht werden:

*Gliederungstitel vor Art. 7*

**3. Abschnitt: Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim**

*Art. 7 Abs. 1, 2<sup>ter</sup> und 3*

<sup>1</sup> Als Leistungen nach Artikel 33 Buchstaben b KVV gelten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Absatz 2 Buchstabe a und nach Artikel 8 auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden:

<sup>1</sup> SR 832.112.31

- a. von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (Art. 49 KVV);
- b. von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV);
- c. von Pflegeheimen (Art. 39 Abs. 3 des Krankenversicherungsgesetzes vom 18. März 1994; KVG<sup>2</sup>).

<sup>2ter</sup> Die Leistungen können ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Sie können auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden.

<sup>3</sup> Als Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach Artikel 25a Absatz 2 KVG gelten die Leistungen nach Absatz 2, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Absatz 2 Buchstabe a und Artikel 8 nach einem Spitalaufenthalt auf spitalärztliche Anordnung hin erbracht werden von Personen und Institutionen nach Absatz 1 Buchstaben a–c.

#### Art. 7a Beiträge

<sup>1</sup> Die Versicherung übernimmt für Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b folgende Beiträge an die Kosten der Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 pro Stunde:

- a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a: 79.80 Franken;
- b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b: 65.40 Franken;
- c. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c: 54.60 Franken.

<sup>2</sup> Die Vergütung der Beiträge nach Absatz 1 erfolgt in Zeiteinheiten von 5 Minuten. Zu vergüten sind mindestens 10 Minuten.

<sup>3</sup> Die Versicherung übernimmt für Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe c folgende Beiträge an die Kosten der Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 pro Tag:

- a. bei einem Pflegebedarf bis 20 Minuten: 9.00 Franken;
- b. bei einem Pflegebedarf von 21 bis 40 Minuten: 18.00 Franken;
- c. bei einem Pflegebedarf von 41 bis 60 Minuten: 27.00 Franken;
- d. bei einem Pflegebedarf von 61 bis 80 Minuten: 36.00 Franken;
- e. bei einem Pflegebedarf von 81 bis 100 Minuten: 45.00 Franken;
- f. bei einem Pflegebedarf von 101 bis 120 Minuten: 54.00 Franken;
- g. bei einem Pflegebedarf von 121 bis 140 Minuten: 63.00 Franken;
- h. bei einem Pflegebedarf von 141 bis 160 Minuten: 72.00 Franken;
- i. bei einem Pflegebedarf von 161 bis 180 Minuten: 81.00 Franken;
- j. bei einem Pflegebedarf von 181 bis 200 Minuten: 90.00 Franken;
- k. bei einem Pflegebedarf von 201 bis 220 Minuten: 99.00 Franken;
- l. bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten: 108.00 Franken.

<sup>2</sup> SR 832.10

<sup>4</sup> Die Versicherung übernimmt für Tages- oder Nachtstrukturen nach Artikel 7 Absatz 2ter die Beiträge nach Absatz 3 an die Kostender Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 pro Tag oder Nacht.

*Art. 7b*            Übernahme der Kosten für Leistungen der Akut- und Übergangspflege

<sup>1</sup> Der Wohnkanton und die Versicherer übernehmen die Kosten der Leistungen der Akut- und Übergangspflege anteilmässig. Der Wohnkanton setzt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den für alle Kantonseinwohner und -einwohnerinnen geltenden kantonalen Anteil fest. Der kantonale Anteil beträgt mindestens 55 Prozent.

<sup>2</sup> Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Leistungserbringer. Die Modalitäten werden zwischen Leistungserbringer und Wohnkanton vereinbart. Versicherer und Wohnkanton können vereinbaren, dass der Wohnkanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Leistungserbringer beide Anteile überweist. Die Rechnungsstellung zwischen Leistungserbringer und Versicherer richtet sich nach Artikel 42 KVG.

*Art. 8 Abs. 3bis, 4, 6 und 7*

<sup>3bis</sup> Die Bedarfsabklärung der Akut- und Übergangspflege erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular festgehalten.

<sup>4</sup> Die Bedarfsabklärung in Pflegeheimen erfolgt durch die Ermittlung des Pflegebedarfs (Art. 9 Abs. 2). Der vom Arzt oder von der Ärztin bestimmte Pflegebedarf gilt als ärztliche Anordnung oder als ärztlicher Auftrag

<sup>6</sup> Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen:

- a. bei Akutkranken für maximal drei Monate;
- b. bei Langzeitpatienten und -patientinnen für maximal sechs Monate;
- c. bei Patienten und Patientinnen der Akut- und Übergangspflege für maximal zwei Wochen.

<sup>7</sup> Aufträge oder Anordnungen nach Absatz 6 Buchstaben a und b können verlängert werden.

*Art. 8a*            Kontroll- und Schlichtungsverfahren

<sup>1</sup> Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b und Versicherer vereinbaren gemeinsame Kontroll- und Schlichtungsverfahren bei ambulanter Krankenpflege.

<sup>2</sup> Im vertragslosen Zustand setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten das Verfahren nach Absatz 1 fest.

<sup>3</sup> Das Verfahren dient der Überprüfung der Bedarfsabklärung sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Die ärztlichen Aufträge oder Anordnungen können vom Vertrauensarzt oder von der Vertrauens-

ärztin (Art. 57 KVG) überprüft werden, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden. Werden voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal benötigt, sind systematische Stichproben durchzuführen.

*Art. 9* Abrechnung

<sup>1</sup> Die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause müssen nach Art der Leistung in Rechnung gestellt werden.

<sup>2</sup> Die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 der Pflegeheime müssen nach dem Pflegebedarf in Rechnung gestellt werden.

*Art. 9a*

*Aufgehoben*

II

<sup>1</sup> Diese Änderung tritt unter Vorbehalt von Absatz 2 am 1. Juli 2010 in Kraft.

<sup>2</sup> Artikel 5 Absatz 1 tritt am 1. August 2009 in Kraft.

24. Juni 2009

Eidgenössisches Departement des Innern:  
Pascal Couchepin



# Absichtserklärung

## betreffend

### Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung im Kanton Basel Landschaft

Die Unterzeichneten

- **Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion**, Bahnhofstrasse 5, 4410 Liestal (nachfolgend VGD)
- **Verband Basellandschaftlicher Gemeinden**, Hofackerstrasse 55, 4496 Kilchberg (nachfolgend VBLG)
- **Verband Baselbieter Alters-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen**, Fichtenhagstrasse 4, 4132 Muttenz (nachfolgend BAP)

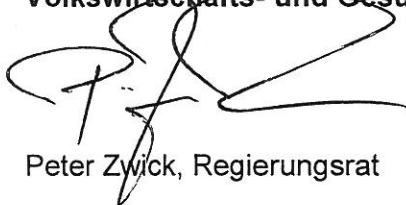
einigen sich auf folgendes Vorgehen bei der Umsetzung des Bundesgesetzes vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung:

1. Im Sinne einer Übergangslösung werden für den Zeitraum vom 1. Januar 2011 bis zum Inkrafttreten einer definitiven Regelung, längstens jedoch bis zum 31. Dezember 2012, die anrechenbaren Normkosten der Pflegeleistungen in Alters- und Pflegeheimen gemäss Vernehmlassungsentwurf vom 22. Dezember 2009 der Landratsvorlage über die Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung festgelegt.
2. Die VGD führt unter Beizug einer externen Firma und unter Mitwirkung des VBLG und des BAP eine Zeiterfassung in insgesamt 10 Alters- und Pflegeheimen sowie in der Langzeitabteilung des Kantonsspitals Liestal durch. Die Kosten der externen Firma werden durch die VGD getragen.
3. Die Ergebnisse der Zeiterfassung gemäss Ziff. 2 dienen der definitiven Festlegung der anrechenbaren Normkosten der Pflegeleistungen in Alters- und Pflegeheimen.
4. Allfällige Mehrausgaben der Gemeinden aufgrund der definitiven Festlegung der anrechenbaren Normkosten der Pflegeleistungen in Alters- und Pflegeheimen sowie die von den Gemeinden und dem VBLG geforderte Regelung, wonach die Reduktion bei den Ergänzungsleistungs-Beiträgen, die ab 1. Januar 2011 durch die neue „Restfinanzierung“ der Gemeinden an die Pflegeleistungen in Alters- und Pflegeheimen resultiert, ausschliesslich dem von den Gemeinden zu entrichtenden Anteil an den Ergänzungsleistungen anzurechnen ist, werden in der Konsultativkommission Aufgabenteilung und Finanzausgleich behandelt.

5. Die Leistungserbringer stellen während der Übergangsfrist gemäss Ziffer 1 die durch die Anwendung der gemäss Übergangslösung anrechenbaren Normkosten im Vergleich zur Kostenrechnung des BAP entstehenden ungedeckten Kosten den Bewohnerinnen und Bewohnern nach einer kantonal einheitlichen Formel in Rechnung.
6. Sollten Leistungserbringer von rechtlichen Verfahren betroffen sein, welche die gemäss Ziffer 1 für eine Übergangsfrist festgelegten anrechenbaren Normkosten betreffen, bietet ihnen die VGD eine kostenlose juristische Unterstützung an.
7. Sollten anderslautende Beschlüsse des Regierungsrats oder des Landrats oder Änderungen des Bundesrechts die Umsetzung dieser Absichtserklärung verunmöglichen, wird diese neu ausgehandelt.

Liestal, den 23. August 2010

**Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion**



Peter Zwick, Regierungsrat

Kilchberg, den 25.8.2010

**Verband Basellandschaftlicher Gemeinden**



Myrta Stohler, Präsidentin



Ueli O. Kräuchi, Geschäftsführer

Muttenz, den 24.8.2010

**Verband Baselbieter Alters-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen**



Dr. Jürg Rohner, Präsident



Andi Meyer, Geschäftsführer