

Fachbericht Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege im Kanton Uri

Schlussversion

Im Auftrag
des Amtes für Gesundheit
der Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion des Kantons Uri

Dr. Matthias Wächter, Kilian Künzi

Bern, 16. März 2009

Dank

Die vorliegende Studie enthält eine Auslegeordnung über die Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege im Kanton Uri im Zuge der jüngsten gesetzlichen Veränderungen. Dass die Studie realisiert werden konnte, ist der vielfältigen Unterstützung zahlreicher Personen geschuldet. Ihnen allen möchten wir an dieser Stelle herzlich danken.

Für die gute Zusammenarbeit bei der Erarbeitung des Berichts danken wir dem Direktionssekretär der Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion Uri, Herrn Roland Hartmann. Ganz besonders danken möchten wir Herrn Beat Planzer, der uns als Projektleiter im Amt für Gesundheit mit seinem fundierten Wissen, zahlreichen Dokumenten, Materialien und Hinweisen während der ganzen Studie tatkräftig unterstützt hat und damit wesentlich zum Gelingen der Studie beigetragen hat.

Zur Situation bei den Ergänzungsleistungen, bei der Spitex, der Pro Senectute oder beim SRK im Kanton Uri konnten wir viele wertvolle Angaben und Einschätzungen einholen. Ebenfalls erhielten wir wertvolle Hinweise von den verantwortlichen Fachpersonen bei Curaviva Zentralschweiz, im BAG, in der GDK und in einzelnen Kantonen. Allen Personen sind wir für ihre Auskunftsbereitschaft und die Zeit, die sie sich für die Beantwortung von Fragen genommen haben, zu grossem Dank verpflichtet.

Inhaltsverzeichnis

Dank	I
Inhaltsverzeichnis	II
Zusammenfassung	IV
1 Ausgangslage und Fragestellung	7
2 Methodisches Vorgehen und Aufbau des Berichts	8
3 Analyse der Ausgangslage im Kanton Uri	10
3.1 Bevölkerungsstruktur, Demographie, Pflegebedürftigkeit	10
3.1.1 Bevölkerungsstruktur und prognostizierte Entwicklung	10
3.1.2 Anzahl Pflegebedürftige heute und morgen	11
3.1.3 Bedarfsabschätzung für den stationären Bereich	13
3.1.4 Zusammenfassung und Diskussion	14
3.2 Ambulante Versorgungsstrukturen	14
3.2.1 Krankenpflege zu Hause, Haushilfe und Familienhilfe	14
3.2.2 Tagedstrukturen, Mahlzeitendienste und Beratung	15
3.2.3 Entlastungsdienst des Schweizerischen Roten Kreuzes Kanton Uri	16
3.2.4 Finanzierung der ambulanten Dienstleistungen	16
3.3 Stationäre Versorgungsstrukturen	19
3.3.1 Alters- und Pflegeheime	19
3.3.2 Finanzierung der stationären Versorgungsstrukturen	20
4 Neuregelung der Pflegefinanzierung und Auswirkungen der Gesetzesänderungen auf Bundesebene	24
4.1 Revision des AHV-Gesetzes	24
4.2 Totalrevision des EL-Gesetzes	25
4.2.1 Neuaufteilung der Finanzierungsverantwortung zwischen Bund und Kantonen	25
4.2.2 Aufhebung der Obergrenze der maximalen Ergänzungsleistungen	27
4.2.3 Anhebung der Vermögensfreibeträge im Rahmen der EL	28
4.2.4 Zusammenfassung	28
4.3 Neuregelung der Pflegefinanzierung unter dem KVG	29
4.3.1 Beiträge der Krankenkassen an Pflegekosten und Einführung Patientenbeteiligung	29
4.3.2 Neuregelung Akut- und Übergangspflege und Berücksichtigung der Tagesstrukturen	29
5 Modellvarianten für die Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege	31
5.1 Modellvarianten für die Finanzierung der ambulanten Pflege	32
5.1.1 Finanzierung der Pflegevollkosten und Einführung Patientenbeteiligung	32
5.1.2 Finanzierung von Leistungen ergänzend zu den Kernaufgaben der Spitex	34
5.2 Modellvarianten für die Finanzierung der stationären Langzeitpflege	35
5.2.1 Neuaufteilung der Pflegevollkosten	35
5.2.2 Finanzierung der Anlagekosten	39
5.2.3 Drei Modellvarianten für die Finanzierung der stationären Langzeitpflege	42
Schlussbericht, 16. März 2009	II

5.2.4	Anpassung der Obergrenze der maximal anrechenbaren Heimtaxe	50
5.3	Finanzierung der Akut- und Übergangspflege	51
5.4	Wechselwirkung mit dem Steuersystem	52
5.5	Subjektfinanzierung und Wahlfreiheit	52
5.6	Schlussfolgerungen	53
6	Quellen und Literatur	57
7	Anhang	59

Zusammenfassung

Auftrag

Die Finanzierung der Langzeitpflege, deren Bedeutung auch im Kanton Uri in den nächsten Jahren anwachsen wird, gehört mit zu den stark diskutierten Themen auf Bundes- und Kantons-ebene. Die wichtigste Rahmenbedingung stellt das Krankenversicherungsgesetz dar, das Bestimmungen zur Tariffestsetzung, zur Planung und zur Finanzierung enthält. Ebenfalls grosse Auswirkungen haben die Revisionen der Gesetze zur AHV und zu den Ergänzungsleistungen (ELG) im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA).

Vor diesem Hintergrund hat das Amt für Gesundheit des Kantons Uri das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) in Zusammenarbeit mit Matthias Wächter, Forschung und Beratung, beauftragt, einen externen Fachbericht zur Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege zu erstellen. Der Auftrag umfasst dabei folgende Punkte:

- Ausgangslage / Ist-Analyse; Überprüfung der heutigen Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege im Kanton Uri (Alters- und Pflegeheime, Spitex, Ergänzungsleistungen, Bausubventionierungen etc.)
- Umsetzung der neuen bundesrechtlichen Vorgaben zur Pflegefinanzierung gemäss KVG ab 01.01.2009
- Aufzeigen notwendiger Anpassungen und allfälliger Neuregelungen

Vorgehen

Der Auftrag wird im Rahmen von drei Modulen abgewickelt.

Das erste Modul widmet sich der Ausgangslage im Kanton Uri bzw. der Ist-Analyse. Anhand bestehender Unterlagen (Kanton Uri, Curaviva, SOMED) und Literatur werden die demografische Entwicklung und ihre Auswirkungen auf den Pflegebedarf herausgearbeitet. Weiter wer-

den anhand verschiedener Kennziffern die ambulanten und die stationären Versorgungsstrukturen der letzten Jahre und die wichtigsten Finanzierungsflüsse dargestellt.

Im Rahmen des zweiten Moduls werden die bundesrechtlichen Vorgaben der neuen Pflegefinanzierung (KVG, ELG, AHVG, NFA) mit Blick auf die Wirkungen auf die kantonale Pflegegesetzgebung und -finanzierung dargestellt und kommentiert.

Das dritte Modul bildet den eigentlichen Kern des Berichts. Es dient der Herausarbeitung der Herausforderungen und Handlungsoptionen für den Kanton Uri sowie der groben Entwicklung von Modellvarianten und deren Bewertung.

Der jüngste Stand der verwendeten Daten ist Dezember 2008.

Ergebnisse

Die verschiedenen Analysen haben gezeigt, dass die Berücksichtigung der **Investitionskosten in den Heimtaxen** und die Aufteilung der **Finanzierungsverantwortung für die Langzeitpflege zwischen Kanton und Gemeinden** die zentralen Fragen bei der kantonalen Umsetzung der Revision des KVG bilden. Der Beitrag der Krankenkassen an die Pflegekosten wurde im revidierten KVG begrenzt und in den Übergangsbestimmungen in der Summe auf den heutigen Leistungsumfang beschränkt. Der Kanton muss die Restfinanzierung regeln.

Die **Differenz zwischen den Pflegevollkosten und den Krankenkassenbeiträgen** dürfte im stationären Bereich zwischen 7.3 und 8.4 Mio. Fr. betragen (abhängig vom definitiven Bundesratsentscheid über die Krankenkassenbeiträge pro Pflegestufe). Der Kanton kann diesen Betrag nur in geringem Masse beeinflussen. Im ambulanten Bereich wird die Differenz auf einen Betrag in Höhe von 0.5 bis 0.8 Mio. Fr. geschätzt.

Durch Ausschöpfen der gesetzlich erlaubten maximalen Patientenbeteiligung können die Mehrkosten für die öffentliche Hand für die Restfinanzierung der Pflegevollkosten im stationären Bereich auf ca. 4.3 bis 5.4 Mio. Fr. ge-

senkt werden. Im ambulanten Bereich würde die maximale Patientenbeteiligung einen grossen Teil der Restfinanzierung der Pflegevollkosten abdecken.

Für die **Einführung einer Patientenbeteiligung** im stationären Bereich spricht die Tatsache, dass die Heime heute keine Zuschüsse an die laufenden Betriebskosten erhalten, sondern nur über Baubeiträge subventioniert werden. Ein wesentlicher Teil der Differenz zwischen Pflegekosten und Krankenkassenpfegetarifen wurde über die Pensions- und Betreuungstaxen von den Heimbewohnern getragen. Die Restfinanzierung der Pflegevollkosten durch die öffentliche Hand wird bei einem Verzicht auf die Einführung einer Patientenbeteiligung nur die Heimbewohner entlasten und nicht durch den Wegfall von bisherigen Betriebskostenbeiträge oder einer Defizitdeckung an die Heime ausgeglichen.

Die Neuregelung der Finanzierung der Pflegevollkosten im ambulanten Bereich führt hingegen zu keiner Mehrbelastung des Kantons, da dieser bereits heute die Differenz zwischen Pflegevollkosten und Krankenkassenbeiträgen finanziert. Hier wird der Kanton bei der allfälligen Einführung einer Patientenbeteiligung abwägen müssen zwischen «Gleichbehandlungsüberlegungen» hinsichtlich des stationären und ambulanten Bereichs und dem Umstand, dass bei der Pflege zu Hause in den meisten Fällen zusätzliche Unterstützungsleistungen notwendig sind, die durch die Hilflosenentschädigung oft unzureichend abgedeckt werden. Der Verzicht auf eine bzw. die Einführung einer reduzierten Patientenbeteiligung kann als Anreiz zur Förderung der ambulanten Pflege dienen.

Die vom KVG vorgegebene Neuregelung der Restfinanzierung der Pflegevollkosten ist ein zwingender Moment, die **Finanzierung der Investitionskosten** in die Überlegungen mit einzubeziehen. Verschiedene Kantone, darunter Aargau, Bern und Graubünden, haben bereits bei der Umsetzung der NFA eine Neuregelung der Investitionsbeiträge ins Auge gefasst oder eingeführt. Dank der kantonalen Baubeiträge erwirtschafteten die Heime im Kanton Uri in den ver-

gangenen Jahren trotz nicht die Anlagekosten deckender Heimtaxen kein oder ein nur geringes Betriebsdefizit. Zugleich dürfte ein Teil der Differenz zwischen den Pflegevollkosten und den aktuellen Krankenkassen-Pfegetarifen durch ungenügende Rückstellungen der Heime für Investitionen kompensiert worden sein. Dies führt letztlich zu einem kontinuierlichen Substanzverlust der Heime.

Eine grobe Abschätzung der finanziellen Auswirkungen ergibt, dass die Entlastung der Heimbewohner durch die Restfinanzierung der Pflegevollkosten durch die öffentliche Hand durch die Integration der Investitionskosten in die Heimtaxen ungefähr aufgewogen würde.

Der Entscheid über den Einbezug der Investitionskosten in die kantonale Neuregelung der Pflegefinanzierung hat einen Einfluss auf die Höhe der Restfinanzierung, die neu geregelt werden muss. Der Einbezug würde einen Grossteil der neu anfallenden Kosten der Restfinanzierung der Pflegevollkosten kompensieren.

Im Kanton Uri besteht bis auf den Wegfall der Investitionskosten bereits heute eine weitgehende subjektorientierte Finanzierung der Langzeitpflege. Der Kanton muss abschätzen, ob er den subjektorientierten Ansatz über das Ausschöpfen der maximal möglichen Patientenbeteiligung und die Integration der gesamten Investitionskosten in die Heimtaxen noch konsequenter umsetzen will.

Alternativ wird in der Studie eine Modellvariante vorgeschlagen, bei der nur ein Teil der Investitionskosten via eine Investitionstaxe auf die Heimbewohner überwältzt wird, der Rest weiterhin jedoch von der öffentlichen Hand getragen wird.

Darüber hinaus stellt sich die grundsätzliche Frage, ob der heutige Status, dass die Gemeinden weitgehend von der Finanzierung der Langzeitpflege entbunden sind, sinnvoll ist. Der Kanton trägt bisher die Finanzierung in allen drei Säulen der Pflegefinanzierung (Finanzierung der ambulanten Pflege und Betreuung im Rahmen der Programmvereinbarungen mit der Spitex,

Pro Senectute und SRK, Finanzierung der EL für den subjektfinanzierten Anteil der Langzeitpflegekosten, Subventionierung der Pflegeheime über Baukostenbeiträge). Die Übernahme dieser Aufgaben wurde allerdings im Rahmen des Finanzausgleichs zwischen Kanton und Gemeinden berücksichtigt.

In den nächsten Jahren wird, wie die demografischen Szenarien zeigen, der finanzielle Druck auf die Langzeitpflegefinanzierung ansteigen. Ein wichtiges Element wird dabei die Entwicklung der Demenzerkrankungen sein. Die detaillierte Diskussion der Auswirkungen der Neuregelung der Pflegefinanzierung hat gezeigt, dass sich die Krankenkassen und auch der Bund gegen die zu erwartenden Mehrkosten bei der Pflegefinanzierung relativ stark abgegrenzt haben. Die wesentlichen «Finanzierungsrisiken» wurden auf die kantonale oder kommunale Ebene übertragen.

Ein **Einbezug der Gemeinden in die Finanzierungsverantwortung** für den stationären Bereich kann die Steuerung der Langzeitpflege verbessern. Es liegt auch im Sinne der Übereinstimmung von Aufgabe, Kompetenz und Verantwortung nahe, dass die Gemeinden auf der Grundlage des Gesundheitsgesetzes des Kantons Uri und als hauptsächlich Beteiligte in den Trägerschaften der Heime in die Finanzierung eingebunden werden. Artikel 6 des Gesundheitsgesetzes überträgt den Gemeinden die Aufgabe, die stationäre Langzeitpflege (Pflegeheime) ihrer Wohnbevölkerung sicher zu stellen. Zudem können die Gemeinden über die Trägerschaften der Heime die Kosten der Heime effektiv und direkt beeinflussen. Der Einbezug würde sinnvolle Anreize auf Gemeindeebene setzen, 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.

Werden die Investitionskosten in die Neuregelung der Heimfinanzierung einbezogen, empfiehlt es sich, die Umstellungsphase sorgfältig zu planen und «faire» Übergangsregelungen zu treffen. Der Wechsel ist aufgrund der «laufen-

den» Investitionsbeiträge komplex und für Institutionen, Gemeinden und Kanton mit erheblichem Aufwand verbunden.

Neben den erwähnten prinzipiellen Herausforderungen spricht der Bericht eine **Reihe offener Detailfragen** an, die der Kanton Uri bei der Neuordnung der Pflegefinanzierung lösen muss.

- Festlegung eines Vorgehens zur Bestimmung der Pflegevollkosten / Entscheid über die Anerkennung individueller Vollkosten eines Betriebs oder im Rahmen eines Benchmarks
- Überprüfung der Festlegung der Obergrenze der maximal anrechenbaren Heimplatzbeiträge bei den Ergänzungsleistungen und Erhöhung der heutigen Grenze
- Umsetzung der Neuregelung der Finanzierung der Akut- und Übergangspflege in den ersten zwei Wochen nach einem Spitalaufenthalt und ein Entscheid über die Rolle der Pflegeheime
- Überprüfung der Wechselwirkung mit der Steuergesetzgebung
- Transparente Regelung der Ausbildungskosten über alle Institutionen des Langzeitpflegebereichs hinweg.

1 Ausgangslage und Fragestellung

Die Bedeutung des Langzeitpflegebereichs in der Gesundheitsversorgung wird auch im Kanton Uri in den nächsten Jahren anwachsen. Stichworte zum allgemeinen Trend sind eine höhere Lebenserwartung der Menschen einhergehend mit einer abnehmenden Geburtenrate (mehr ältere Personen, ältere Pflegebedürftige und älteres Gesundheitspersonal) wie auch die veränderten Familienstrukturen (Zunahme von Einpersonenhaushalten, Mentalitätswandel, weniger potentiell pflegende Angehörige, Trennung der Familienmitglieder durch geografische Mobilität).

Die Problematik der Langzeitpflege gehört mit zu den aktuell stark diskutierten Themen. Im Bereich der Finanzierung stellt auf Bundesebene das Krankenversicherungsgesetz (KVG) eine der wichtigsten einzuhaltenden Rahmenbedingungen dar. Es enthält die Bestimmungen zur Tariffestsetzung, zur Planung und zur Finanzierung. Weitere bedeutende auf dem KVG aufbauende bundesrechtliche Erlasse sind die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), die Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) und die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL). Ebenfalls grosse Auswirkungen haben die Revisionen der Gesetze zur AHV und zu den Ergänzungsleistungen im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA).

Als Ziel der Pflegefinanzierung gilt gemeinhin, dass Pflegebedürftige die notwendige Behandlung und Pflege zu finanziell tragbaren Bedingungen erhalten. Die Finanzierung erfolgt grundsätzlich über drei Säulen: (a) Sozialversicherungsbeiträge (Krankenkassen, AHV/IV, UV), (b) Steuergelder (Kanton, Gemeinden - darunter fallen auch die Ergänzungsleistungen), (c) Eigenleistungen (Einkommen, Privatvermögen der privaten Haushalte).

Vor diesem Hintergrund hat das Amt für Gesundheit des Kantons Uri Ende 2007 das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) beauftragt, einen externen Fachbericht zur Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege im Kanton Uri mit folgender **Zielsetzung** erstellen lassen:

- Ausgangslage / Ist-Analyse; Überprüfung der heutigen Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege im Kanton Uri (Alters- und Pflegeheime, Spitex, Ergänzungsleistungen, Bausubventionierungen etc.)
- Umsetzung der neuen bundesrechtlichen Vorgaben zur Pflegefinanzierung gemäss KVG ab 1.1.2009
- Aufzeigen von notwendigen Anpassungen und allfälliger Neuregelungen

Die Projektbearbeitung erfolgt in Kooperation zwischen dem Büro BASS und Herrn Dr. Matthias Wächter, Forschung und Beratung, die in den Themengebieten Gesundheitspolitik und soziale Sicherheit bereits mehrere Studien erarbeitet haben (vgl. z.B. Wächter/Stutz 2007).

2 Methodisches Vorgehen und Aufbau des Berichts

Der Auftrag wird im Rahmen von drei Modulen abgewickelt.

Das **erste Modul** widmet sich der **Ausgangslage im Kanton Uri bzw. der Ist-Analyse**:

- **Bevölkerungsstruktur, Demografie, Pflegebedürftigkeit:** Aufgrund der demografischen Entwicklung und Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit wird, abgestützt auf bereits bestehenden Analysen und Zahlen (u.a. BFS und Bayer-Ogleby et al. 2007), eine grobe Bedarfsabschätzung für den Kanton Uri erstellt.
- **Ambulante Versorgungsstrukturen:** Die wichtigsten Eckpfeiler der ambulanten Versorgungsstrukturen im Kanton Uri werden kurz dargestellt: Spitexleistungen, Tagesstrukturen, Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, Mahlzeitendienst, Beratungs- und Informationsdienste, Prävention. Für die Spitexleistungen liegen Zahlen zur Entwicklung der Kostenstrukturen zwischen 2000 und 2007 vor. Die Programmvereinbarung zwischen dem Kanton und der Spitex Uri vom 6. Dezember 2007 schafft eine gewisse Planungssicherheit bis 2010 und signalisiert die Handlungsbereitschaft des Kantons im ambulanten Bereich.
- **Stationäre Versorgungsstrukturen:** Die gut dokumentierte Situation im Bereich der stationären Langzeitpflege im Kanton Uri (u.a. Bayer-Ogleby et al. 2007) wird ergänzt um eine Zusammenstellung der wichtigsten Finanzierungskennziffern seit 2000.

Im Rahmen des **zweiten Moduls** werden die **bundesrechtlichen Vorgaben der neuen Pflegefinanzierung** mit Blick auf die Auswirkungen auf die kantonale Pflegegesetzgebung und -finanzierung kurz dargestellt und kommentiert:

- **Krankenversicherungsgesetz (KVG):** Die wichtigen Elemente sind hier die Einführung einer Patientenbeteiligung an den Kosten der Langzeitpflege; die Festlegung und Anpassung der Krankenkassenbeiträge mittels Entscheid des Bundesrats sowie die Anpassung der Finanzierungsanteile Bund/Kantone an den Prämienverbilligungen (Teil NFA).
- **Ergänzungsleistungsgesetz (ELG):** Wichtige Elemente im Bereich ELG sind die Neuregelung der Finanzierung der Ergänzungsleistungen zwischen Bund und Kantonen (5/8 zu 3/8, aber Kantone übernehmen EL-Beiträge für Gesundheits- und Pflegekosten), die Aufhebung der Obergrenze der maximalen Ergänzungsleistungen und der Ersatz durch Einführung einer kantonal zu definierenden Obergrenze für anrechenbare Tagestaxen im Heim sowie die Erhöhung der Vermögensfreibeträge (Mindestgrenze).
- **Alters- und Hinterlassenenversicherungsgesetz (AHVG) / Invalidenversicherungsgesetz (IVG):** Im Bereich AHVG/IVG sind die wichtigen Elemente die Einführung einer Hilflosenentschädigung für die leichte Pflegebedürftigkeit zu Hause, die Beibehaltung der Karenzfrist der Hilflosenentschädigung sowie der Wegfall der Subventionen nach Artikel 101^{bis} AHVG (differenziert nach Aufgabengebieten).

Das **dritte Modul** bildet den eigentlichen Kern des Fachberichts. Es dient der **Herausarbeitung der Herausforderungen und Handlungsoptionen** für den Kanton Uri sowie der groben **Entwicklung von Finanzierungsmodellen** und deren Bewertung. Die Arbeiten gliedern sich in drei Schritte.

- **Herausforderungen und Handlungsoptionen Spitex Kanton Uri:** Die sich abzeichnende Struktur der Pflegefinanzierung auf der Basis des revidierten Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und der zu erwartenden Anpassungen auf Verordnungsebene stellen die Kantone im ambulanten Bereich vor allem vor drei Entscheidungen: (a) Festlegung der Höhe der Patientenbeteiligung; (b) Festlegung der Art und Weise, in der die Kantone die Finanzierungslücke zwischen den Beiträgen der Krankenkassen und Pflegebedürftigen und den Betriebskosten der ambulanten Pflege übernehmen wollen (Defizitdeckung oder in einem Leistungsvertrag festgelegte Beiträge pro Leistungseinheit, Lastenaufteilung zwischen Kanton und Gemein-

den); (c) Leistungsvereinbarungen für ergänzende Entlastungsangebote wie Mahlzeitendienste, Hausdienste, Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, präventive Massnahmen.

■ Herausforderungen und Handlungsoptionen Pflegeheime Kanton Uri: Der Kanton und die Gemeinden müssen einen dreifachen Subventionsentscheid treffen: (a) Aufteilung der Restfinanzierung der Pflegevollkosten zwischen Kanton und Gemeinden, welche nach Abzug der Finanzbeiträge der Krankenkassen und der Patientenbeteiligung der privaten Haushalte zu übernehmen ist; (b) Art und Weise der Finanzierung der Investitionskosten und Rückstellungen; (c) Frage der Subvention von Kosten für Betreuung, Unterkunft und Verpflegung über Beiträge an die Pflegeheime (Objektfinanzierung) und Ausgestaltung der Subjektfinanzierung über die Ergänzungsleistungen.

Bei der Betrachtung der Herausforderungen und Handlungsoptionen in den beiden Institutionsbereichen, Spitex und Pflegeheime, wird ein **Blick über die Kantonsgrenze hinaus** geworfen. Über eigene Recherchen und den Kontakt mit dem Sekretariat der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) wurde eine Auswahl von Kantonen betrachtet, deren Pflegegesetzgebung und -finanzierung allenfalls interessante Vergleichspunkte für die Organisation und Finanzierung der Pflege im Kanton Uri geben kann. Die vergleichbaren Punkte werden jeweils thematisch zugegliedert.

■ Die Ergebnisse der vorangehenden Module fliessen, ergänzt um Fragen der Qualitätssicherung und Bedarfsabdeckung des Angebots, in die Erarbeitung von **Modellvarianten** für die Finanzierung und Organisation der Langzeitpflege im Kanton Uri ein.

Für den Bericht konnten **Daten bis Dezember 2008** berücksichtigt werden.

3 Analyse der Ausgangslage im Kanton Uri

Nachfolgend stellen wir die Ausgangslage im Kanton Uri dar. Der erste Teil gibt eine Übersicht über die demografische Entwicklung und mögliche Folgen für den zukünftigen Pflegebedarf. Der zweite Teil widmet sich den ambulanten Versorgungsstrukturen mit Schwergewicht auf der Spitex. Im dritten Teil wird die Ausgangslage im Bereich der stationären Langzeitpflege dargestellt.

3.1 Bevölkerungsstruktur, Demographie, Pflegebedürftigkeit

3.1.1 Bevölkerungsstruktur und prognostizierte Entwicklung

Für die Pflegeheimplanung 2008 bis 2015 des Kantons Uri wurde beim Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan in Zusammenarbeit mit dem INAG (Universitäres Institut Alter und Generationen) eine Studie erarbeitet, die statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung auf einer regionalen Basis liefert (Bayer-Oglesby et al. 2007). Aufgrund des Planungshorizonts 2015 gibt die Studie nur einen Ausblick bis in das Jahr 2020 mit dem Hinweis, auf der Basis der Volkszählung 2010 eine verlässlichere Prognose für die Folgejahre erstellen zu können.

Im Rahmen unserer Untersuchung haben wir die Berechnungen der Obsan-Studie reproduziert, um mit Hilfe der neuesten Bevölkerungsszenarien des Bundesamts für Statistik (BFS) einen Ausblick über das Jahr 2020 hinaus zu erhalten und damit längeren Investitionszyklen gerecht zu werden. Beide Szenarien und Berechnungen unterscheiden sich bei der Bevölkerungsentwicklung in den Jahren 2005 bis 2020 praktisch nicht. Doch zeigen die weiterführenden Berechnungen für die Jahre 2020 bis 2050 einen vergleichsweise markanten Anstieg der älteren Bevölkerung nach 2020.

In den kommenden Jahrzehnten ist mit einem kontinuierlichen Anstieg der älteren Bevölkerung im Kanton Uri zu rechnen (vgl. **Tabelle 1**). Dazu trägt vor allem die kontinuierlich steigende Lebenserwartung, nicht nur bei Geburt, sondern auch im Alter 65 bei. So stieg die durchschnittliche Lebenserwartung eines Mannes im Alter von 65 Jahren zwischen 1999 und 2004 in nur fünf Jahren um 1.8 Jahre auf 18.1 Jahre, diejenige einer Frau um 0.9 Jahre auf 21.5 Jahre. Dieser Anstieg führte zu einer massiven Anpassung der Bevölkerungsszenarien des Bundesamts für Statistik in nur fünf Jahren zwischen 2000 und 2005.

Das aktuelle Trendszenario des BFS (BFS 2007) prognostiziert in den Jahren bis 2050 eine weitere Zunahme der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren um 4.4 Jahre bei den Männern und um 4 Jahre bei den Frauen, sofern nicht Zivilisationskrankheiten zu einer Trendwende führen. Im Schnitt werden diejenigen Männer, die das Alter 65 Jahre erreicht haben, 87.5 Jahre alt, die Frauen 90.5 Jahre.¹

Tabelle 1: Entwicklung der Lebenserwartung in den mittleren Bevölkerungsszenarien (Trendszenarien) des Bundesamts für Statistik aus den Jahren 2000 und 2005

	Trend-Szenario 2000		Trend-Szenario 2005	
	1999	2060	2004	2050
Männer bei Geburt	76.8	82.5	78.6	85.0
Frauen bei Geburt	82.5	87.5	83.7	89.5
Männer im Alter von 65	16.7	18.9	18.1	22.5
Frauen im Alter von 65	20.6	23.1	21.5	25.5

Anmerkung: Kursive Zahlen: Hypothesen zur Lebenserwartung in den Trendszenarien zur Bevölkerungsentwicklung, die vom BFS in den Jahren 2000 und 2005 erstellt wurden
Quelle: BFS (2007), eigene Darstellung

¹ Diese Entwicklung hat auch einen starken Einfluss auf die Entwicklung der verfügbaren jährlichen Renteneinkommen.

Tabelle 2 gibt die Entwicklung der älteren Wohnbevölkerung des Kantons Uri basierend auf den Berechnungen von Bayer-Oglesby et al. (2007) wieder. Sie zeigt einen Anstieg bis ins Jahr 2020, der allerdings nicht dramatisch ausfällt.

Tabelle 2: Demographische Szenarien zur Entwicklung der älteren Wohnbevölkerung im Kanton Uri, 2000 bis 2020

Altersklassen	Wohnbevölkerung insgesamt				
	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
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: Bayer-Oglesby et al. (2007), eigene Darstellung

Die Angaben des BFS («Demografische Entwicklung in den Kantonen von 2005 bis 2050. Szenario «Trend» AR-00-2005»; vgl. auch Kohli/Cotter 2004) zeichnet für die Jahre 2005 bis 2020 eine praktisch identische Entwicklung (vgl. **Tabelle 3**). In den Jahren nach 2020 nimmt jedoch die ältere Wohnbevölkerung des Kantons Uri beschleunigt zu. So dürfte sich zwischen 2005 und 2050 die Zahl der über 85-Jährigen verdreifachen.

Tabelle 3: Demographische Entwicklung der Urner Wohnbevölkerung von 2005 bis 2050 (in Tausend), nach dem Szenario des BFS AR-00-2005

Altersklassen	Wohnbevölkerung						
	2005	2010	2015	2020	2030	2040	2050
65-69	1'493	1'827	1'981	2'106	2'470	2'348	1'947
70-74	1'370	1'385	1'725	1'873	2'233	2'404	2'038
75-79	1'167	1'205	1'235	1'561	1'816	2'203	2'094
80-84	959	922	968	1'004	1'411	1'754	1'926
85-89	537	633	626	658	897	1'073	1'365
90-94	216	285	345	346	386	547	716
95+	69	104	137	174	197	276	365
65+	5'811	6'361	7'017	7'722	9'410	10'605	10'451
85+	822	1'022	1'108	1'178	1'480	1'896	2'446
Gesamtbevölkerung	35'116	35'413	35'500	35'200	34'449	33'287	31'705
65+ (in % Gesamtbevölkerung)	16.5	18.0	19.8	21.9	27.3	31.9	33.0
85+ (in % Gesamtbevölkerung)	2.3	2.9	3.1	3.3	4.3	5.7	7.7
Altersquotient	27.5	29.5	32.5	36.6	49.2	62.1	65.4
Jugendquotient	38.6	34.8	32.0	30.3	31.0	32.8	33.0

Quelle: BFS (2007), eigene Darstellung

Der Vergleich der beiden Szenarien macht deutlich, dass die Beschränkung der Bevölkerungsszenarien der Studie des Obsan (Bayer-Oglesby et al. 2007) auf die Jahre 2005 bis 2020 für die Pflegeheimplanung des Kantons Uri 2008 bis 2015 dazu führen könnte, dass die später verstärkt einsetzende Alterung der Bevölkerung im Kanton und damit der Anstieg des Pflegebedarfs unterschätzt werden.

3.1.2 Anzahl Pflegebedürftige heute und morgen

Zur Abschätzung der Zahl der Pflegebedürftigen pro Altersgruppe ziehen wir altersabhängig gestufte, empirisch abgestützte Pflegebedürftigkeitsquoten heran. Die Obsan-Studie (Bayer-Oglesby et al. 2007) stützt sich auf die Vorarbeiten von Höpflinger und Hugentobler (2003). Die ermittelten Quoten werden

für die Abschätzung der Pflegebedürftigkeit auf der Basis der Bevölkerungsszenarien des BFS verwendet. Das Konzept der Pflegebedürftigkeit orientiert sich an der Unfähigkeit, elementare Aktivitäten des täglichen Lebens zu verrichten. Zur Messung werden deshalb häufig die sogenannten ADL-Kriterien («activity of daily-living») verwendet. Bezogen auf die BESA-Pflegestufen werden mit der so definierten Pflegebedürftigkeit in erster Linie die Stufen 2 bis 4 berücksichtigt.

Nach Schätzung des Obsan steigt die Zahl der Pflegebedürftigen, ambulant und stationär, kontinuierlich an (vgl. **Tabelle 4**). Ohne Veränderung der aktuellen Quoten wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen über 65 Jahre von rund 730 im Jahr 2005 auf 850 im Jahr 2015 und auf 920 Personen im Jahr 2020 erhöhen. Geht man hingegen von einer moderaten Reduktion der Pflegebedürftigkeit aus, ergeben sich mit 790 Pflegebedürftigen über 65 Jahren im Jahr 2015 und 860 Personen im Jahr 2020 geringere Werte. Die Obsan-Studie argumentiert mit einer moderaten Reduktion des Risikos einer vorzeitigen Pflegebedürftigkeit einerseits aufgrund des Generationenwandels des Alters (besser gestellte Generationen mit weniger harten Arbeitsbiographien kommen ins Alter) und andererseits aufgrund sozio-medizinischer Fortschritte.

Tabelle 4: Entwicklung der Pflegebedürftigkeit nach der Studie des Obsan (aktuelle Raten und moderate Reduktion)

Altersklassen	Pflegebedürftigkeit (aktuelle Raten)				
	2000	2005	2010	2015	2020
65-69	38	38	46	50	53
70-74	83	82	83	102	112
75-79	126	119	120	122	151
80-84	170	196	186	192	198
85+	245	293	356	383	408
Total	662	728	791	849	923
Pflegebedürftigkeit (moderate Reduktion)			2010	2015	2020
65-69			50	54	58
70-74			76	94	103
75-79			108	110	136
80-84			168	173	178
85+			336	361	385
Total			737	791	859

Quelle: Bayer-Oglesby et al. (2007), eigene Darstellung

Die Bevölkerungsszenarien des BFS weisen auf einen verstärkten Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen nach dem Jahr 2020 hin (**Tabelle 5**, vgl. zur Illustration auch die Abbildungen im Anhang). Dies gilt vor allem auch für die Zahl der über 85-jährigen Pflegebedürftigen.

Tabelle 5: Entwicklung der Pflegebedürftigkeit auf der Grundlage der neuesten Bevölkerungsszenarien des BFS (aktuelle Raten und moderate Reduktion)

Altersklassen	Pflegebedürftigkeit (aktuelle Raten)						
	2005	2010	2015	2020	2030	2040	2050
65-69	37	46	50	53	62	59	49
70-74	82	83	104	112	134	144	122
75-79	117	121	124	156	182	220	209
80-84	192	184	194	201	282	351	385
85+	288	358	388	412	518	664	856
Total	716	791	858	934	1'178	1'438	1'622
Pflegebedürftigkeit (moderate Reduktion)			2020	2030	2040	2050	
65-69		49	53	57	67	63	53
70-74		76	95	103	123	132	112
75-79		108	111	140	163	198	188
80-84		166	174	181	254	316	347
85+		337	366	389	488	626	807
Total		737	799	870	1'095	1'335	1'507

Quelle: BFS (2007), eigene Darstellung

Die Gesamtzahl aller Pflegebedürftigen wird sich bis 2050 demnach mehr als verdoppeln. Auch bei einer moderaten Reduktion der Pflegebedürftigkeitsquoten wird sich die Gesamtzahl verdoppeln.

Eine wichtige Rolle für die Pflegefinanzierung wird die Entwicklung der Demenzerkrankungen spielen. Im Jahr 2007 lebten im Kanton Uri rund 490 Menschen mit Demenz. Gemäss den Szenarien der Studie des Obsan (Bayer-Oglesby et al. 2007) wird ihre Zahl auf 626 Personen im Jahr 2020 ansteigen. Eigene Berechnungen auf der Basis der Bevölkerungsszenarien des Bundesamts für Statistik (BFS) ergeben eine praktisch identische Schätzung von 635 Menschen mit Demenz im Jahr 2020, darüber hinaus einen weiteren starken Anstieg auf 1'123 Betroffene im Jahr 2050.

3.1.3 Bedarfsabschätzung für den stationären Bereich

Die Obsan-Studie schätzt den zukünftigen Bedarf an stationärer Betreuung über das aktuelle Verhältnis von ambulant und stationär betreuten Pflegebedürftigen ab. Im Jahr 2005 betrug der Anteil der stationär betreuten Menschen mit einer Pflegebedürftigkeit von mindestens BESA 2 bis BESA 4 54%. Diese Rate ist von vielen Faktoren abhängig, seien es das Potential der Pflege durch Angehörige, die Verbesserung der ambulanten Betreuung, aber auch die Altersstruktur der pflegebedürftigen Bevölkerung und die Entwicklung der konkreten Lebensumgebung. **Tabelle 6** zeigt die Schätzungen von Bayer-Oglesby et al. (2007).

Tabelle 6: Schätzung stationär betreuter, über 65-jähriger Pflegebedürftiger im Kanton Uri, seinen Regionen und Gemeinden, 2005 bis 2020, mit Rate stationär 0.54 (nach Studie Obsan)

	2005	2010	2015	2020
Kanton Uri (Kohortenumrechnung)	393	427	458	498
Regionen und Gemeinden (Summe)	390	421	453	492
Talboden	195	212	230	253
Äussere Seegemeinden	17	19	21	22
Urserental	23	24	26	27
Mittleres und oberes Reusstal	104	111	116	123
Schächental	51	54	60	66

Quelle: Bayer-Oglesby et al. (2007); eigene Darstellung

Die Obsan-Studie zeigt einen wachsenden Bedarf an stationären Pflegeheimplätzen (BESA 2 bis BESA 4) von ca. 390 Betten im Jahr 2005 auf ca. 500 Betten im Jahr 2020. Dieser Anstieg wäre laut Ergebnis der Studie bei einer Umwandlung von Altersheimplätzen in Pflegebetten im Rahmen der bestehenden Strukturen und Kapazitäten zu bewältigen.

Extrapoliert man diese Abschätzungen auf der Basis der BFS-Bevölkerungsszenarien bis ins Jahr 2050 (vgl. **Tabelle 7**), dann ergibt sich ein zusätzlicher Bedarf zwischen 2020 und 2050 von ca. 370 Pflegebetten, d.h. einen Anteil von ca. 75% der Pflegekapazität des Jahres 2020, welcher nicht mit den bestehenden Strukturen aufgefangen werden kann.

Tabelle 7: Schätzung stationär betreuter, über 65-jähriger Pflegebedürftiger im Kanton Uri 2010 bis 2050, mit Rate stationär 0.54 (eigene Berechnungen auf der Basis des Bevölkerungsszenarios des BFS)

	2005	2010	2015	2020	2030	2040	2050
Total	386	427	463	504	636	776	876

Quelle: Bayer-Oglesby et al. (2007), BFS (2007); eigene Darstellung

Diese «Pflegebettenlücke» wird allerdings nur in dieser Grössenordnung auftreten, wenn es nicht gelingt, durch präventive Massnahmen die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt günstig zu beeinflussen und durch eine Verbesserung des ambulanten Angebots und Entlastung der privaten Betreuungspersonen die Rate der stationär Gepflegten möglichst gering zu halten.

3.1.4 Zusammenfassung und Diskussion

Die Weiterführung der für Uri bestehenden Bevölkerungsszenarien über das Jahr 2020 hinaus zeigt, dass sich der demografische Druck auf die Langzeitpflege eher verstärken, denn abschwächen wird. Die Entwicklung der Demenzerkrankungen wird daran einen wichtigen Anteil haben. Umso wichtiger wird es sein, die Rate der Pflegebedürftigen und stationär Gepflegten günstig beeinflussen zu können. Obwohl die demografischen Szenarien in der Hinsicht, dass die Menschen, die im Jahr 2050 älter als 65 Jahre sein werden, bereits heute geboren sind, auf einer robusten Basis stehen, zeigt allein der Anstieg der Lebenserwartung zwischen 1999 und 2004, wie stark die Entwicklung noch variieren kann.

Ebenfalls einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen und stationär Gepflegten werden die Wanderungsbilanzen haben. Dies gilt vor allem mit Blick auf das Angebot an Arbeitsplätzen und darüber hinaus auf das Potential der Angehörigenpflege. Hinzu kommen vor allem soziale und gesellschaftliche Faktoren: Wie entwickeln sich die Anforderungen der älteren Menschen an den Ausbaustandard von Alters- und Pflegeheimen (1-Bett-Zimmer oder 2-Bett-Zimmer)? Wächst mit dem Anstieg der Zahl von Menschen über 65 Jahren, die in einem guten gesundheitlichen Zustand sind, auch ein neues Potential von privater Unterstützung und Betreuung, das ein Leben von Pflegebedürftigen in den eigenen vier Wänden unterstützt? Entstehen neue Formen des betreuten Wohnens?

3.2 Ambulante Versorgungsstrukturen

Der Kanton Uri ist in der besonderen Situation, dass eine Vielzahl von ambulanten Leistungen in der Pflege und Betreuung über eine zentrale Spitex-Organisation erbracht werden. In Zusammenhang mit der Einführung der NFA (Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen) per 01.01.2008 wurde das Gesetz über das Gesundheitswesen dahin angepasst, dass der Kanton die Verantwortung und Finanzierung für die Hilfe und Pflege zu Hause übernommen hat, namentlich für die Krankenpflege, die Haushilfe, Familienhilfe, Tagesheime und den Mahlzeitendienst. Die Gemeinden wurden aus ihrer Pflicht zur Mitfinanzierung entlassen.

Mit Eintritt der NFA hat der Kanton eine Programmvereinbarung mit dem Verein Spitex für die Jahre 2008 bis 2010 abgeschlossen, die die flächendeckende Versorgung der Urner Bevölkerung mit den genannten Dienstleistungen, ergänzt um eine Mütter- und Väterberatung sowie die Übernahme gemeinwirtschaftlicher Leistungen in der Ausbildung und Prävention, regelt. Der Verein Spitex erbringt den grossen Teil der Dienstleistungen selber. In Bereichen wie dem Mahlzeitendienst und dem Tagesheim (Pro Senectute Kanton Uri) oder der Pflege und Betreuung von Kindern (Kinderspitex Luzern) arbeitet er jedoch mit Kooperationspartnern zusammen, bzw. der Verein lässt die Leistungen im Auftragsverhältnis erbringen.

3.2.1 Krankenpflege zu Hause, Haushilfe und Familienhilfe

Die Spitex Uri versorgte im Jahr 2007 mit 100 Angestellten (48.7 Vollzeitstellenäquivalente) 848 Klientinnen und Klienten (vgl. **Tabelle 8**). Die Spitex-Leistungen, gemessen in Anzahl Einsatzstunden Krankenpflege pro 1'000 Kantonseinwohner, sind in ihrem Umfang in den letzten Jahren deutlich angestiegen von 715 Stunden 2001 auf 963 Stunden 2007. Die Anzahl der Einsatzstunden in der Haus- und Familienhilfe blieb praktisch unverändert bei ca. 750 Stunden pro 1'000 Kantonseinwohnern.

Tabelle 8: Entwicklung der Spitex-Leistungen im Kanton Uri zwischen 2000 und 2007

Jahr	Geleistete Stunden			Geleistete Stunden pro 1'000 Einwohner	
	Pflege Stunden	Haushalt Stunden	Total Stunden	Pflege	Haushalt
2000	23'215	26'170	49'385		
2001	25'117	26'255	51'372	715	747
2002	26'651	28'626	55'277	759	815
2003	25'155	28'695	53'850	715	816
2004	25'013	30'107	55'120	712	857
2005	27'589	28'055	55'644	786	799
2006	30'791	26'072	56'863	879	744
2007	33'829	25'606	59'435	963	729

Quelle: BSV (2007), GSUD (Zahlen für 2007); eigene Darstellung

Die Spitex Uri erhielt im Jahr 2007 (vor der Einführung der NFA) Beiträge für die Pflege, Haus- und Familiendienste aus vier verschiedenen Quellen: Einnahmen aus verrechneten Leistungen (2.24 Mio. Fr.) gegenüber Krankenkassen und privaten Haushalten, BSV-Zahlungen nach Art. 101^{bis} der Alters- und Hinterlassenen-Versicherung in der Höhe von 0.606 Mio. Fr., und Kantons- und Gemeindebeiträge in Höhe von 1.004 Mio. Fr.

Die gesamten Ausgaben für die genannten Leistungen sind im Kanton Uri von 2000 bis 2007 kontinuierlich angestiegen von rund 2.8 Mio. Fr. auf 4.02 Mio. Fr. Die Einnahmen aus den verrechneten Leistungen (Krankenpflege, Haushilfe, Familienhilfe) haben sich stark erhöht (2000: 1.5 Mio. Fr., 2007: 2.1 Mio. Fr.). Die Beiträge der AHV stiegen seit 2000 nur leicht von rund 0.5 Mio. Fr. auf 0.606 Mio. Fr. im Jahr 2007 an, die Beiträge von Kanton und Gemeinden ebenfalls nur leicht von 0.7 Mio. Fr. auf 1.0 Mio. Fr.

Mit der Umsetzung der NFA im Jahr 2008 wurde die Finanzierung der Spitex auf eine neue Basis gestellt. Die Beiträge der AHV nach Art. 101^{bis} und die bisherigen Finanzierungsbeiträge der Gemeinden wurden vom Kanton übernommen. In einer Programmvereinbarung 2008-2010 zwischen dem Kanton Uri und dem Verein Spitex Uri wurde eine leistungsabhängige Finanzierung vereinbart, welche in Abschnitt 3.2.4 genauer vorgestellt wird.

Der Kanton Uri weist im interkantonalen Vergleich die tiefsten Kosten für Spitexleistungen aus. Die durchschnittlichen Ausgaben pro Stunde (Pflege und Haushalt) beliefen sich 2006 auf 65 Fr. Der schweizweite Durchschnitt betrug 96 Fr. Den höchsten Wert erzielte der Kanton Genf mit durchschnittlichen Ausgaben pro Stunde von 143 Fr. (Spitex-Statistik, BSV 2007). Auch bei den Personalkosten pro erbrachte Stunde (Pflege und Haushalt) liegt der Kanton Uri mit 54 Fr. unter dem Schweizerischen Mittelwert von 83 Fr.

Im Rahmen der Programmvereinbarung wird die Spitex ihr Leistungsangebot ausbauen und die Pflegezeiten auf täglich mindestens von 7.00 bis 22.00 Uhr, die Zeiten der Haushilfe auf täglich mindestens von 7.00 bis 19.00 Uhr ausdehnen.

3.2.2 Tagestrukturen, Mahlzeitendienste und Beratung

Das Tagesheim der Pro Senectute Uri in Altdorf bietet 6 bis 10 Klient/innen eine umfassende Tagesstruktur an den Wochentagen von Montag bis Freitag, 8.30 Uhr bis 16.30 Uhr an. Die Institution ist gedacht für Menschen, die noch nicht stationärer Pflege bedürfen, die aber auf Pflege und Betreuung angewiesen sind oder die wegen ihres Gesundheitszustands soziale Kontakte nur mit ausserordentlicher Mühe pflegen können. Zur Zielgruppe gehören des weiteren Menschen mit Alzheimer-Krankheit, Parkinson, Multiple Sklerose, leichten psychischen Erkrankungen und körperlichen Behinderungen.

Das Angebot umfasst gezielte Pflege und Betreuung, individuelle Aktivierung und Beschäftigung durch Fachpersonal sowie eine gesunde Ernährung. Die Tagessätze, seit dem 01.01.2007 in Höhe von 70 Fr. pro

Person (Betreuung und Mahlzeiten), sind nicht kostendeckend und werden durch den Kanton Uri mit einem festen Beitrag pro Aufenthaltstag subventioniert. Die Krankenkasse gewährt im Umfang von maximal 5 Tagesaufenthalten pro Monat eine Rückvergütung von 32 Fr. pro Tag an die Eigenleistungen der Klient/innen.

Pro Senectute Kanton Uri bietet zusätzlich auch eine Sozial-, Finanz- und Wohnberatung an. Sie wird durch Beiträge der AHV nach Art. 101^{bis} und durch den Kanton anteilmässig mitfinanziert und ist für die Klient/innen kostenlos.

3.2.3 Entlastungsdienst des Schweizerischen Roten Kreuzes Kanton Uri

Das Schweizerische Rote Kreuz Kanton Uri bietet einen Entlastungsdienst für Angehörige, Lebenspartner/innen, Bekannte oder Freund/innen an, die im privaten Umfeld Langzeitpflege oder Begleitung gewährleisten. Die Tarife für einen Stundenumfang von einem Halbtage pro Woche (4 Std.) oder einem ganzen Tag (8 Std.) alle 14 Tage sind nicht kostendeckend und betragen 55 Fr. resp. 110 Fr. Jede darüber hinausgehende Stunde wird mit einem Stundenansatz von Fr. 30.- in Rechnung gestellt. An Wochenenden und Feiertagen kommt ein Tarfzuschlag von Fr. 5.-/Std. hinzu. Die Dienstleistungen werden zu über 70% für die Entlastung der Angehörigen in Anspruch genommen. Zum Teil übernimmt das SRK Kanton Uri aber auch ergänzend zur Spitex Aufträge, wenn diese nicht in das Leistungsspektrum der Spitex fallen, wobei auch Überschneidungen vorkommen.

Bis Ende 2007 wurde dieses Angebot des SRK Kanton Uri durch Beiträge des BSV nach Art. 101^{bis} mitfinanziert, welche in Folge NFA weggefallen sind. Ab Januar 2008 leistet der Kanton Uri einen Beitrag an die ungedeckten Betriebskosten mittels einer Pauschale pro geleistete Stunde. Diese Beiträge gelten für diejenigen Einsatzstunden, die der Entlastung pflegender oder betreuender Angehöriger dienen.

3.2.4 Finanzierung der ambulanten Dienstleistungen

Die Finanzierung der ambulanten Pflege und Betreuung im Kanton Uri wird im Wesentlichen über die Tarifverhandlungen mit den Krankenkassen für die Leistungen nach Art. 7 KLV und seit dem 01.01.2008 über die Programmvereinbarungen des Kantons mit dem Verein Spitex Uri und weiteren Organisationen wie Pro Senectute Kanton Uri und Schweizerisches Rotes Kreuz Kanton Uri gesteuert.

Im Kanton Uri liegen die Pflgetarife der Krankenkassen seit 2004 unverändert bei Fr. 61.- für Abklärung und Beratung, Fr. 53.- für die Behandlungspflege und Fr. 45.- für die Grundpflege (vgl. **Tabelle 9**). Während sie den Rahmentarif für die Grundpflege weitgehend ausschöpfen, liegen sie bei der Behandlungspflege und bei der Abklärung und Beratung am unteren Ende der möglichen Rahmentarife. Die Tarife blieben seit 6 Jahren unverändert.

Tabelle 9: Entwicklung der Pflgetarife und Rahmentarife im Kanton Uri im Bereich ambulante Pflege

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Pflgetarife (in Fr./Std.)									
Abklärung und Beratung	60		60				61		
Behandlungspflege	52		52				53		
Grundpflege	42		44				45		
Rahmentarife (in Fr./Std.)									
Abklärung und Beratung			50-70				50-73		50-75
Behandlungspflege			45-65				45-68		45-70
Grundpflege			30-45				30-47		30-48,5

Quelle: GSUD; eigene Darstellung

Die Beiträge der Krankenversicherung für die ambulante Pflege sind nicht kostendeckend. Bis zum Eintritt des neuen Finanzausgleichs erhielt die Spitex Beiträge der AHV nach Art. 101^{bis} AHVG für die ambulante Pflege und die Haushaltshilfen. Das verbleibende Defizit wurde durch Subventionen von Kanton und Gemeinden gedeckt. Die ab 01.01.2008 gültige Programmvereinbarung zwischen dem Kanton Uri und dem Verein Spitex Uri schafft neue Transparenz. Der leistungsabhängige Beitrag des Kantons von F. 8.50 pro Stunde Krankenpflege (vgl. **Tabelle 10**) gleicht die ungedeckten variablen Pflegekosten aus. Die in der Spitex anfallenden Fixkosten werden durch den jährlichen Pauschalbeitrag des Kantons von 764'000 Fr. gedeckt, der auch die Leistungen der Spitex für Ausbildung, Statistik, Koordination, Prävention, etc. berücksichtigt. Der Kanton Uri übernimmt somit ab 2008 ca. 42% der in der Spitex Uri anfallenden Kosten.

Der Kanton steuert über seine Beiträge an die Haushalts- und Familienhilfen die Tarife für die Klient/innen. Im Bereich Familienhilfe führen höhere Subventionen pro Stunde zu einer entsprechenden Reduktion des Endtarifs zu Lasten der Klienten. Der Kanton will hier für Familien möglichst niedrige finanzielle Zugangsbarrieren schaffen. Bei beiden Dienstleistungen decken die Gesamteinnahmen aus Kantonsbeiträgen und Tarifen für die privaten Haushalte in Höhe von 36 Fr. pro Stunde die variablen Kosten, der Pauschalbeitrag ermöglicht die Abdeckung der Vollkosten.

Tabelle 10: Tarifstrukturen 2008 im Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung

	Tarif pro Einheit			Prognostizierte Stunden Anzahl	Einnahmen		
	Krankenkasse Fr./E	Kanton Fr./E	Haushalt Fr./E		Krankenkasse Fr.	Kanton Fr.	Haushalt Fr.
Beratung	61.00	8.50	- ¹⁾	34'000			
Behandlungspflege	53.00	8.50	- ¹⁾		1'650'000 ³⁾	289'000	- ¹⁾
Grundpflege	45.00	8.50	- ¹⁾				
Haushilfe	- ²⁾	16.00	20.00	19'000	- ²⁾	304'000	380'000
Mahlzeitendienst		3.00	11.50	2'400		7'200	27'600
Tagesheim		60.00	70.00	2'300		138'000	161'000
Transportpauschale Tagesheim			17.00				
Familienhilfe	- ²⁾	22.00	14.00	9'400	- ²⁾	206'800	131'600
Väter- und Mütterberatung		20.00	-	1'200		24'000	0
Gemeinwirtschaftliche Leistung						764'000	
Total					1'650'000	1'733'000	700'200

¹⁾ Indirekte Kostenbeteiligung der Haushalte über die Franchise und Selbstbehalte

²⁾ In einigen wenigen Fällen wird die Haushaltshilfe auch von den Krankenkassen übernommen

³⁾ Schätzung

Quelle: GSUD; eigene Darstellung

Das Jahresbudget 2008 enthält Kantonsbeiträge in Höhe von gesamthaft 1'733'000 Fr. Darin eingeschlossen sind auch die Subventionen für das Tagesheim und den Mahlzeitendienst der Pro Senectute. Durch die Mischung aus Grundfinanzierung und einer leistungsabhängigen Abgeltung hat der Kanton sinnvolle Anreize für eine effektive Koordination und Administration gesetzt und die wirtschaftlichen Risiken für die Spitex verringert. Die Zusatzvereinbarung, dass 80% der Gewinne und Verluste durch den Kanton getragen werden, 20% durch den Verein Spitex, führt für beide Parteien zu einer Planungssicherheit.

Die privaten Haushalte tragen die Kosten für die Spitex-Krankenpflege individuell nur über ihre Franchise und Selbstbehalte. Darüber hinaus wird die Krankenpflege aus Sicht der Haushalte solidarisch über die Krankenkassenprämien finanziert. Eine Einschränkung bildet die Leistungsbegrenzung der Krankenkassen auf eine maximale Zahl von 60 Stunden Pflege pro Quartal (entspricht ca. 40 Min. pro Tag), welche nur in Ausnahmefällen überschritten werden darf.

Im Bereich der Haushilfen bleibt den privaten Haushalten eine Eigenleistung von 20 Fr. pro Stunde, die weit unter den Vollkosten liegt. Im Bereich Tagesheim tragen sie eine Eigenbeteiligung von 70 Fr. pro Tag,

die an bis zu maximal 5 Aufenthaltstagen pro Monat eine Rückvergütung in Höhe von 32 Fr. pro Tag durch die Krankenkassen erfährt. Für die Betreuung im Rahmen der Entlastungsangebote des SRK Kanton Uri zahlen die Haushalte einen Beitrag in Höhe von 55 Fr. für die ersten vier Stunden pro Woche, jede weitere Stunde wird mit 30 Fr. in Rechnung gestellt.

Die Hilflosenentschädigung bei mittlerer und schwerer Hilflosigkeit und die Ergänzungsleistungen sollen die Belastungen im Fall der Pflegebedürftigkeit ausgleichen. Das Gesetz zur AHV sieht bisher keine Hilflosenentschädigung bei leichtem Grad im ambulanten Bereich vor. Zudem entsteht frühestens nach einem Jahr ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Im Kanton Uri bezogen mit Stichtag 01.01.2007 5 Personen eine Hilflosenentschädigung bei leichtem, 129 Personen bei mittlerem und 168 Personen bei schwerem Hilflosigkeitsgrad (gesamthaft 302 Personen). Die Statistik hält die Bezüger/innen weder in Bezug auf ihre Art der Grundrente (AHV oder IV) noch auf ihre Wohnsituation auseinander. Doch es ist davon auszugehen, dass in der ambulanten Alterslangzeitpflege nur wenige Personen von einer Hilflosenentschädigung profitieren - meistens dann bei mittlerem Hilflosigkeitsgrad.

Führen die Ausgaben für die Haushilfe, Selbstbehalt und Franchise sowie für Hilfsmittel und Medikamente zu einem frei verfügbaren Einkommen, das unter den Ansätzen für den allgemeinen Lebensbedarf nach dem Gesetz über Ergänzungsleistungen (ELG) liegt, werden die Krankheits- und Behinderungskosten über die Ergänzungsleistungen (EL) bedarfsabhängig ausgeglichen. Der Anteil dieser Kosten an den Gesamtkosten der Ergänzungsleistungen in Höhe von 10 Mio. Fr. im Kanton Uri für das Jahr 2007 (davon 6.3 Mio. Fr. EL zur AHV) ist schwierig zu separieren. Gesamthaft beliefen sich die Ausgaben für Krankheits- und Behinderungskosten auf ca. 800'000 - 900'000 Fr.

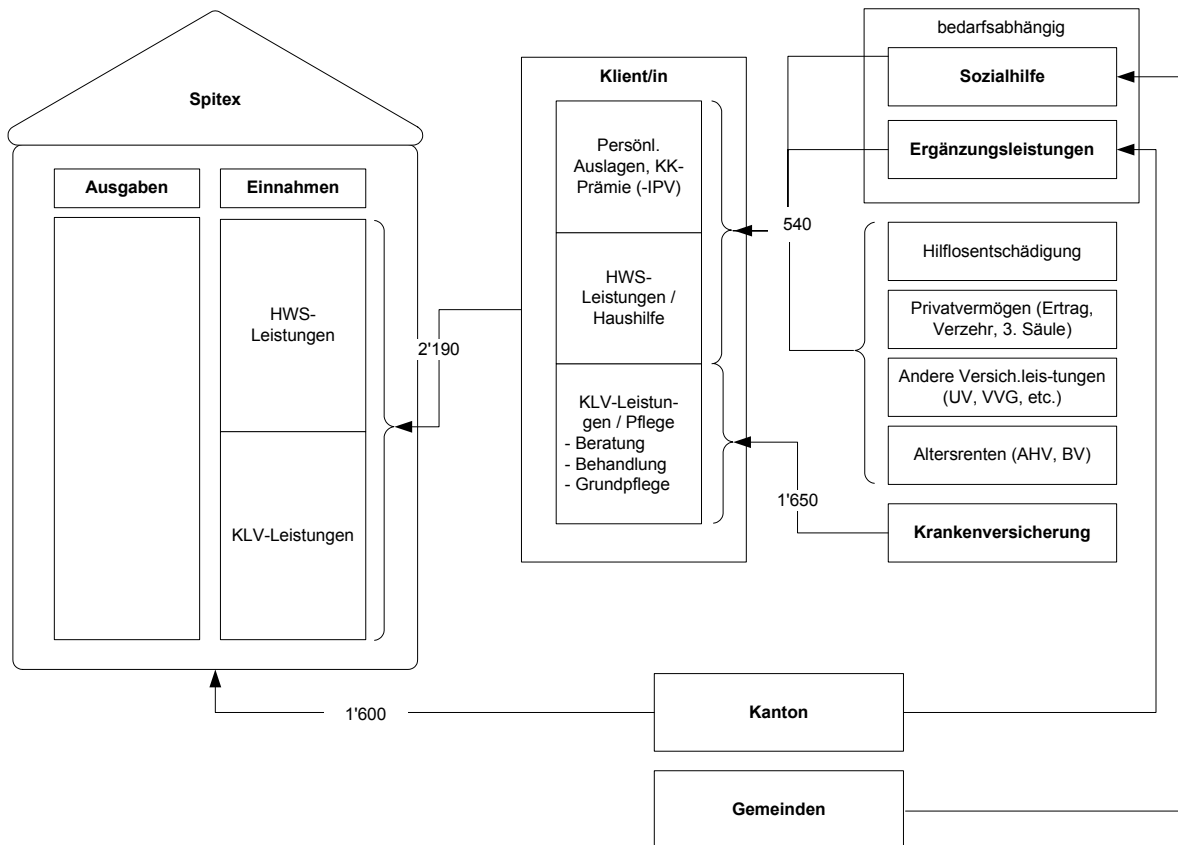
Der Grossteil der EL-Ausgaben zur AHV fällt für die Finanzierung einer stationären Pflege (ca. zwei Drittel) oder beim Wohnen zu Hause für die Sicherung des Lebensbedarfs unabhängig von der Pflegebedürftigkeit an. Die Pflegebedürftigkeit zu Hause führt zurzeit nicht zur Sozialhilfeabhängigkeit. Im Jahr 2007 bezogen 593 Personen EL zur AHV.

In **Abbildung 1** sind die prognostizierten Finanzflüsse zur Finanzierung der Spitex (ohne Tagesheim) für das Jahr 2008 übersichtsartig dargestellt. Nicht erfasst wurden für die Zusammenstellung die übrigen Einnahmen der Spitex, z.B. durch Mitgliederbeiträge.

Die Beiträge der Krankenkassen einerseits und diejenigen des Kantons andererseits halten sich mit voraussichtlich je ca. 1.6 Mio. Fr. die Waage. Die privaten Haushalte tragen schätzungsweise 540'000 Fr. zur Finanzierung bei, im Wesentlichen für Haushilfe und Familienhilfe. Der Anteil der Bruttokosten der Krankenkassen für die Spitex an den gesamten Bruttokosten der Krankenkassen im Kanton Uri dürfte rund 2% betragen.

Im Zuge der Neuregelung des Finanzausgleichs hat der Kanton sowohl die Beiträge der Gemeinden wie auch der AHV nach Art. 101^{bis} übernommen. Ebenso ist die Finanzierungsverantwortung für die Ergänzungsleistungen vollständig in die Verantwortung des Kantons übergegangen. Die Gemeinden sind nur noch, wenn überhaupt, über die Sozialhilfe bedarfsabhängig an der Finanzierung ambulanter Pflegeleistungen beteiligt.

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



Quelle: Unterlagen GSUD; eigene Darstellung

3.3 Stationäre Versorgungsstrukturen

3.3.1 Alters- und Pflegeheime

Gemäss Artikel 6 des neuen Gesundheitsgesetzes (GG; RB 30.2111) des Kanton Uri haben die Gemeinden die stationäre Langzeitversorgung ihrer Wohnbevölkerung sicherzustellen. Dem Kanton kommt aufgrund von Artikel 39 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) dabei die Aufgabe zu, eine bedarfsgerechte Pflegeheimplanung zu erstellen.

Im Jahr 2008 werden in Urner Alters- und Pflegeheimen und in der Geriatrie des Kantonsspitals Uri (KSU) 594 Betten ausgewiesen (vgl. **Tabelle 11**). Dies sind 77 Betten oder 15% mehr als noch im Jahr 2005. Die grösste Zunahme geht dabei auf die Eröffnung des Alters- und Pflegeheims Rüttigarten in Schattdorf zurück (29.03.2007, 84 Betten), das aus dem Alters- und Pflegeheim Schattdorf hervorgegangen ist.

Tabelle 11: Anzahl Betten in Urner Alters- und Pflegeheimen nach Institutionen (mit Geriatrie des KSU)

Institutionen	2005	2008
Talboden		
Kantonsspital Uri, Geriatrie	43	43
Pflegewohngruppe Höfli, Altdorf	20	20
APH Rosenberg, Altdorf	145	147
Urner Altersheim, Flüelen	57	57
Alterspension Seerose, Flüelen	33	33
APH, Schattdorf	27	
APH Rüttigarten, Schattdorf		84
Urserental		
BPH Ursern, Andermatt	21	22
Mittleres und oberes Reusstal		
BPH Oberes Reusstal, Wassen	44	42
BPH Spannort, Erstfeld	75	77
Schächental		
APH Gosmergartä, Bürglen	52	69
Total	517	594

Quelle: Zahlen für 2005: Bayer-Oglesby et al. (2007); Zahlen für 2008: Pflegeheimliste für den Kanton Uri (RB 20.2205 vom 25. Sept. 2007)

Die Alters- und Pflegeheime leisteten im Kanton Uri im Jahr 2007 gut 192'000 Pflagetage bei einer Auslastung der Betten von 95% (vgl. **Tabelle 12**). Die Aufstellung der Pflagetage nach BESA-Abstufung zeigt einen recht hohen Anteil der BESA-Stufen 0, 1 und 2, der ähnlich hoch ist wie die Zahl Pflagetage nach BESA 3 und 4. Dieser hohe Anteil der Belegung von Altersheim und Pflegeheimplätzen mit niedriger Pflegestufe wurde im Bericht «Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2008-2015 im Kanton Uri» von Bayer-Oglesby et al. (2007) als Reservekapazität für einen Anstieg der Zahl Personen mit einer stärkeren Pflegebedürftigkeit bezeichnet.

Tabelle 12: Verteilung der Pflagetage auf verschiedene Stufen der Pflegebedürftigkeit

KORE Curaviva Uri	2003		2004		2005		2006		2007	
	Tage	%	Tage	%	Tage	%	Tage	%	Tage	%
BESA 0	18'797	12.6	17'906	10.6	15'903	9.4	15'218	8.0	17'258	9.0%
BESA 1	39'578	26.5	40'380	23.9	38'539	22.8	40'077	21.1	41'410	21.5%
BESA 2	34'518	23.1	41'250	24.4	35'346	20.9	37'359	19.7	43'711	22.7%
BESA 3	27'930	18.7	32'003	18.9	34'052	20.2	44'114	23.3	42'211	21.9%
BESA 4	28'759	19.2	37'396	22.1	44'968	26.6	52'946	27.9	47'741	24.8%
Total	149'582	100.0	168'935	100.0	168'808	100.0	189'714	100.0	192'331	100.0%

Quelle: KORE Curaviva Zentralschweiz; eigene Darstellung

3.3.2 Finanzierung der stationären Versorgungsstrukturen

Die laufenden Betriebskosten der Alters- und Pflegeheime werden durch drei Quellen abgedeckt: Krankenkassen, private Haushalte, Eigenmittel der Träger (z.B. Stiftungen). Der Kanton unterstützt die stationären Versorgungsstrukturen durch Investitionsbeiträge.

Die laufenden Betriebskosten verteilen sich bei der Rechnungsstellung auf die drei Posten: Pflege und Betreuung (abgestuft nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit) und Pension. Die Krankenkassentarife für die Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV sind nicht kostendeckend. Es besteht keine saubere Unterscheidung zwischen den Vollkosten für Pflege nach KLV und für Betreuung. Die Deckungslücke zwischen den effektiven Kosten der Pflege und dem Krankenkassentarif wird zum Teil über die Betreuungstaxe, zum Teil über die Pensionstaxe auf die pflegebedürftige Person überwält. Dies geschieht grundsätzlich unter Verletzung des Tarifschutzes nach Art. 44 KVG, der besagt, dass sich «Die Leistungserbringer [...] an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten [müssen] und [...] für Leistungen nach diesem Ge-

setz keine weitergehenden Vergütungen berechnen [dürfen].» In **Tabelle 13** sind die aktuellen Pflgetarife, die die Krankenkassen im Kanton Uri übernehmen, dargestellt.

Tabelle 13: Entwicklung der Pflgetarife und Rahmentarife im Kanton Uri im Bereich stationäre Pflege

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Pflgetarife (in Fr./Tag)									
BESA 1	10	10	10	12	15	15	15	16	16
BESA 2	25	25	25	32	35	35	35	36	36
BESA 3	35	39	40	53	60	62	62	65	68
BESA 4	45	55	60	65	70	72	72	80	84
Rahmentarife (in Fr./Tag)									
BESA 1			10-20				10-20		10-20.50
BESA 2			15-40				15-40		15-41.50
BESA 3			30-60				30-65		30-67.00
BESA 4			40-70				40-80		40-82.50

Quelle: GSUD; eigene Darstellung

Tabelle 14 zeigt eine Berechnung der Vollkosten basierend auf der Kostenstellenrechnung von Curaviva Zentralschweiz.

Tabelle 14: Berechnung der Vollkosten im Bereich stationäre Pflege

KORE Curaviva Uri	2003	2004	2005	2006	2007
Pflgetarife Vollkosten (in Fr./Tag)					
BESA 1	17.55	17.77	19.41	19.94	22.01
BESA 2	50.21	50.12	49.61	52.41	60.48
BESA 3	94.81	94.08	91.32	95.88	113.71
BESA 4	154.75	144.9	148.62	156.19	176.99
Pension und Betreuung Mittelwert (in Fr./Tag)					
Pension und Betreuung	94.45	104.62	110.48	115.73	124.18

Quelle: KORE Curaviva Zentralschweiz; eigene Darstellung

Trotz weitestgehender Ausschöpfung der zulässigen Rahmentarife gibt es ab Pflegestufe BESA 2 eine recht hohe Differenz zu den Pflegevollkosten, die vor allem in der Pflegestufe BESA 4 durchschlägt.

Die Kostenstellenrechnung von Curaviva Zentralschweiz (KORE) erfasst nur die Mittelwerte für Pension und Betreuung über alle Heime und Pflegestufen. Die Tarife für die Betreuung sind in den Heimen ebenfalls nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit abgestuft. Sie unterscheiden sich von Heim zu Heim zum Teil erheblich. So erhob z.B. das Pflegeheim Oberes Reusstal im Jahr 2008 keine Betreuungstaxe auf der BESA Stufe 1a, während das Pflegeheim Gosmergartä Fr. 5.- für die Betreuung in Rechnung stellte. Die Betreuungstaxe nach BESA Stufe 4 variierte im Jahr 2008 von Fr. 50.- bis zu Fr. 86.- pro Tag.

Zusätzlich zu den Taxen für Betreuung kommen für die Pflegebedürftigen die Grundtaxen für Pension hinzu. Diese liegen je nach Heim und Ausstattung des Zimmers zwischen 72 Fr. und 120 Fr. (Jahr 2008).

Die finanzielle Last der privaten Haushalte wird durch die Hilflosenentschädigung gemindert, die ihnen im Kanton Uri von den Pflegeheimen nicht zusätzlich zu den Pflege- und Betreuungstarifen in Rechnung gestellt wird, sondern von den Bewohnern zur Finanzierung der Pflegekosten verwendet werden kann. Weitere Unterstützung erfahren die Haushalte bedarfsabhängig durch die Ergänzungsleistungen. Im Jahr 2007 bezogen mit 253 Personen knapp die Hälfte der Bewohner von Alters- und Pflegeheimen EL zur AHV. Schätzungsweise 2/3 der EL zur AHV in Höhe von 6.3 Mio. Fr., die der Kanton auszahlt, werden für die Finanzierung der Heimaufenthalte gebraucht. Abgesehen von den Investitionsbeiträgen vom Kanton an die Alters- und Pflegeheime erfolgt die Subventionierung der stationären Langzeitpflege im Kanton Uri bereits heute weitgehend subjektorientiert.

Aufgrund einer fehlenden Vollkostenrechnung erlaubt die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen SOMED keine transparente Aufteilung der Gesamtkosten auf die drei Bereiche Pflege (Leistungen nach

KLV), Betreuung und Pension. Deshalb wird die Kostenstellenrechnung der Curaviva Zentralschweiz (Jahr 2007) zu einer Abschätzung des Kostenanteils der Krankenkassen an den Pflegevollkosten herangezogen. Dazu werden die geleisteten Pflorgetage 2007 mit den gültigen Krankenkassentarifen 2007 resp. den aufgrund der Kostenstellenrechnung geschätzten Vollkosten (Curaviva KORE 2007) multipliziert (**Tabelle 15**).

Tabelle 15: Abschätzung der Deckungslücke zwischen aktuellen Pflgetarifen und einer Volkostenrechnung, 2007

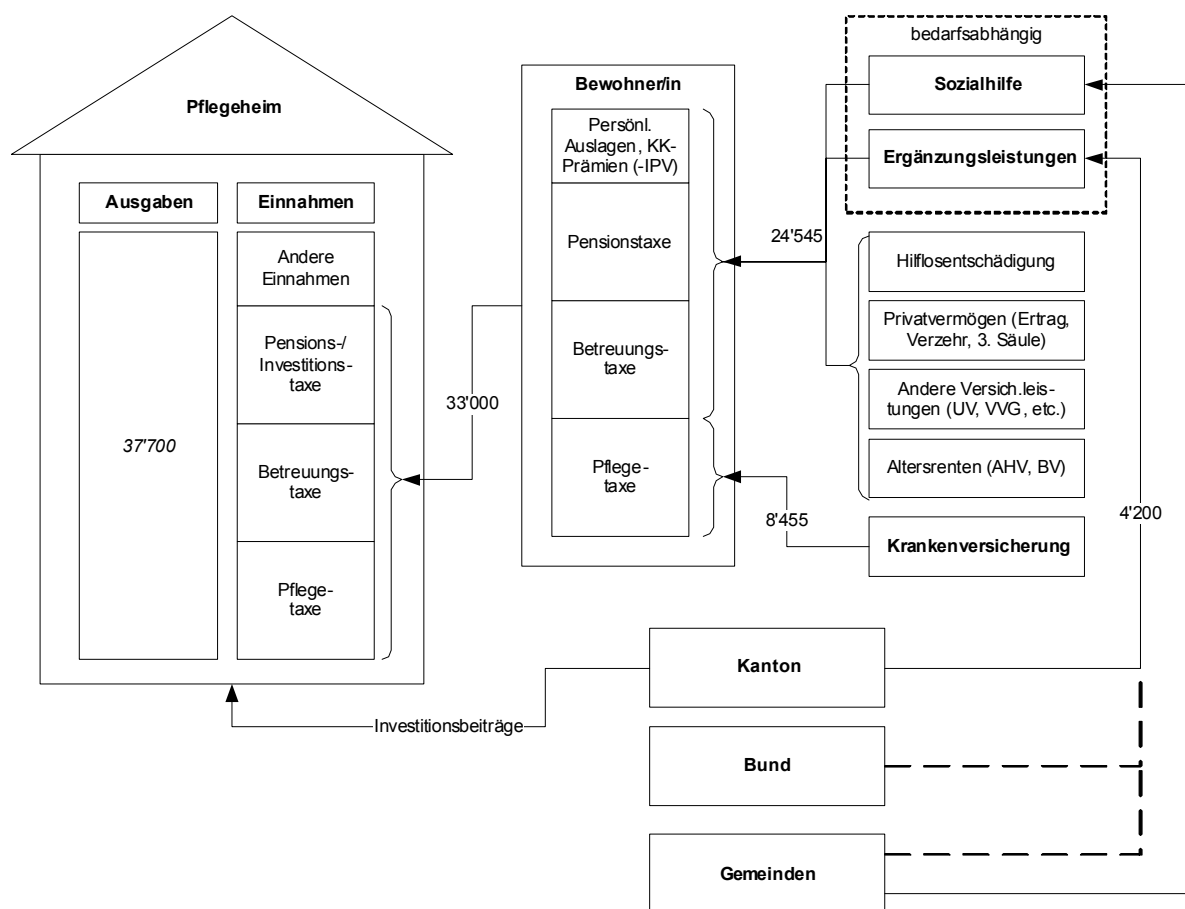
KORE Curaviva Uri						
	Pflgetage	Pflgetarife nach KVG (Fr.)	Kostenabschät- zung Curaviva (Fr.)	Kosten für Kran- kenkassen (Fr.)	Vollkosten inkl. MiGel (Fr.)	Anteil
BESA 1	41'410	16	22.01	662'560	998'809	73%
BESA 2	43'711	36	60.48	1'573'596	2'735'871	60%
BESA 3	42'211	65	113.71	2'743'715	4'888'878	57%
BESA 4	47'741	80	176.99	3'819'280	8'550'413	45%
Total	175'073			8'799'151	17'173'972	52%

Quelle: KORE Curaviva Zentralschweiz; eigene Darstellung

Die grobe Vollkostenabschätzung ergibt einen Kostendeckungsgrad von ca. 52% über alle Pflegestufen (BESA 1 bis 4). Ein grosser Teil der Differenz von 8.4 Mio. Fr. zwischen Pflegevollkosten und den Krankenkassenpflgetarifen ging 2007 zu Lasten der Pflegebedürftigen und der Ergänzungsleistungen. Sie wurde ohne Rücksicht auf den Tarifschutz nach Art. 44 KVG auf die Pensions- und Betreuungstaxen überwältzt. Ein anderer Teil wurde durch die Baubeiträge des Kantons, aufgrund derer die Amortisation und Verzinsung der Baukosten nur anteilmässig in die Heimgarben eingingen, indirekt mitgetragen. Ein weiterer Teil wurde von den Heimen gar nicht in Rechnung gestellt, was evtl. aufgrund der Vernachlässigung von Rückstellungen für Neuinvestitionen zu einem kontinuierlichen Substanzverlust der Heime führte. Die Deckungslücke zwischen Pflegevollkosten und den Krankenkassenbeiträgen wird dazu führen, dass Kanton und/oder Gemeinden in Uri aufgrund der Revision des KVG, die in der Sommersession 2008 verabschiedet wurde, aller Voraussicht nach selbst bei Ausschöpfung einer gesetzlich möglichen Patientenbeteiligung in Höhe von 20% des höchsten vom Bund festgelegten Pflegebeitrags der Krankenkassen neu ca. 4.5 Mio. bis 5 Mio. Fr. Pflegekosten als laufende Betriebskosten tragen müssen. Dieser Summe steht allerdings eine Entlastung bei den Ergänzungsleistungen gegenüber.

Abbildung 2 fasst die wichtigsten Finanzflüsse im Bereich der stationären Langzeitpflege zusammen. Die Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2006, da die Angaben für das Jahr 2007 aus der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen SOMED noch nicht vollständig vorliegen. Diese Finanzflüsse gelten in ähnlicher Form auch für das Jahr 2008. Ein wichtiger Unterschied ist, dass die Gemeinden nach der NFA gänzlich von der Finanzierung der Ergänzungsleistungen entbunden wurden und der Bund nur zu einem minimalen Anteil an der Finanzierung der Pflegeheimkosten über die EL beteiligt ist (siehe Kapitel 4.2). Dies wird durch die gestrichelten Linien in Abbildung 2 symbolisiert. Ebenfalls strebt das neue Ergänzungsleistungsgesetz durch die Aufhebung der Begrenzung der maximalen Ergänzungsleistung an, dass ein Pflegeheimaufenthalt nicht in die Sozialhilfeabhängigkeit führt, so dass die Gemeinden auch in diesem Punkt entlastet werden.

Abbildung 2: Übersicht über die wichtigsten Finanzflüsse im Bereich der stationären Langzeitpflege inkl. Langzeitpflegebetten KSU (in 1'000 Fr.), 2006



Quelle: Unterlagen GSUD; eigene Darstellung

Die Krankenkassen leisteten im Jahr 2006 mit ihren Zahlungen in Höhe von rund 8.5 Mio. Fr. einen Beitrag von 54% an den Pflegevollkosten der Alters- und Pflegeheime (inkl. Geriatrie des Kantonspitals) des Kantons Uri. Die Differenz von ca. 7.2 Mio. Fr. zwischen den Pflegevollkosten und den Krankenkassenbeiträgen wurde zum Teil auf die Pensions- und Betreuungstaxen in Höhe von insgesamt 24.5 Mio. Fr. überwält. Der Kanton hat durch Investitionsbeiträge an die Baukosten einen Beitrag geleistet, die Lücke zwischen den Erträgen von 33 Mio. Fr. und geschätzten Gesamtkosten inkl. Anlagekosten auf der Basis der Kostenrechnung von Curaviva Zentralschweiz (KORE 2006) in Höhe von 37.7 Mio. Fr. zu schliessen, ohne dass ein jährlicher Betriebskostenbeitrag notwendig geworden wäre. In den letzten 13 Jahren seit 1995 sind Baubeiträge des Kantons in Höhe von insgesamt ca. 27 Mio. Fr. gesprochen worden, d.h. im Schnitt ca. 2 Mio. Fr. pro Jahr. Über die Ergänzungsleistungen unterstützten Bund, Kanton und Gemeinden die privaten Haushalte bedarfsorientiert in einem Umfang von ca. 4.2 Mio. Fr. Jede der Körperschaften trug ca. ein Drittel der Kosten. Die Ausgaben der Krankenkassen für die stationäre Langzeitpflege beliefen sich im Jahr 2006 auf einen Anteil von ca. 11% der gesamten Bruttokosten der Krankenversicherung im Kanton Uri in Höhe von 77.5 Mio. Fr.

4 Neuregelung der Pflegefinanzierung und Auswirkungen der Gesetzesänderungen auf Bundesebene

Die Pflegefinanzierung wurde auf der Ebene der Bundesgesetze und Bundesverordnungen durch zwei Gesetzesvorhaben massgeblich umgestaltet. Zum einen ist die Langzeitpflegefinanzierung im Bereich Alter von der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) in den drei Bereichen «Subventionen der AHV/IV an gemeinnützige private Institutionen für Hilfeleistungen wie Haushaltshilfe, Hilfe bei der Körperpflege und Mahlzeitendienst», «Ergänzungsleistungen der AHV/IV für Heimbewohner und die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten» und «Prämienverbilligungen» betroffen - es sind mehr als marginale Änderungen, da sie bedeutende Finanzierungsrisiken neu verteilen; die Ausführungsgesetze sind am 01.01.2008 in Kraft getreten. Zum anderen wurde nach mehrjährigen Verhandlungen im Sommer 2008 das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung mit einer Revision des Krankenversicherungsgesetzes und weiteren Anpassungen des Gesetzes zur Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) und des Gesetzes über die Ergänzungsleistungen zur AHV (ELG) verabschiedet. Die Anpassungen auf Verordnungsstufe stehen noch aus.

4.1 Revision des AHV-Gesetzes

Im Rahmen der neuen Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) wurden die Zuständigkeiten für die individuelle und institutionelle Unterstützung von betagten und behinderten Menschen entflochten. Die Hilflosenentschädigung ging in die Finanzierungsverantwortung des Bundes über, die Unterstützung von Institutionen mehrheitlich in diejenige der Kantone. Aus diesem Grund wurden auch die bisherigen Subventionen der AHV/IV an gemeinnützige private Institutionen neu geregelt. Neu werden nach Art. 101^{bis} nur noch gesamtschweizerisch tätige private Institutionen durch die AHV/IV unterstützt. Der Aufgabenbereich von Hilfeleistungen für Betagte und Behinderte wie Haushaltshilfe, Hilfe bei der Körperpflege und Mahlzeitendienste ging vollständig an die Kantone über. Für den Kanton Uri bedeutete dies die Übernahme von ca. 0.7 Mio. Fr. bisheriger Beiträge der AHV an den Verein Spitex durch den Kanton. Diese Neuregelung wurde bereits im Rahmen der Programmvereinbarung 2008 - 2010 zwischen dem Kanton Uri und dem Verein Spitex vollzogen.

Betroffen von der Änderung des Art. 101^{bis} AHVG sind auch gemeinnützige Institutionen wie Pro Senectute Kanton Uri und das SRK Kanton Uri. Beiträge des BSV aus dem AHV-Fonds für das Tagesheim und Entlastungsdienste fielen weg. Der Kanton Uri hat diese Aufgaben übernommen und leistet seit 01.01.2008 Beiträge im Rahmen von Programmvereinbarungen mit der Pro Senectute Kanton Uri und dem SRK Kanton Uri.

Im Rahmen des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde neu die Einführung einer Hilflosenentschädigung für eine Hilflosigkeit leichten Grades im Bereich der AHV beschlossen. Diese wird allerdings nur bei einer ambulanten Pflege zu Hause (oder auch im Rahmen des betreuten Wohnens) gewährt. Ihre Höhe beträgt 20% der minimalen AHV-Rente, dies hiesse für das Jahr 2009 monatlich Fr. 228.-. Bisher existierte im Rahmen der AHV (im Gegensatz zur IV) nur bei mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Die Einführung dieser Entschädigung bei leichter Hilflosigkeit soll die Anreize zu einem längeren Verbleib in der eigenen Wohnung verstärken und z.T. auch die Mehrkosten bei der Spitex-Betreuung für die Pflegebedürftigen bei Einführung einer Patientenbeteiligung an den Pflegekosten (vgl. Abschnitt 4.3.1) kompensieren. Allerdings bleibt die Karenzfrist von einem Jahr, in dem alle Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung erfüllt sein müssen, unangetastet.

4.2 Totalrevision des EL-Gesetzes

Am 6. Oktober 2006 wurde im Rahmen der NFA-Ausführungsgesetzgebung eine Totalrevision des Ergänzungsleistungsgesetzes verabschiedet, die am 1. Januar 2008 in Kraft getreten ist. Für die Neuregelung der Pflegefinanzierung sind die folgenden drei Punkte wichtig:

- Neuaufteilung der Finanzierungsverantwortung zwischen Bund und Kantonen
- Heraufsetzung des Vermögensfreibetrags
- Aufhebung der EL-Obergrenze im Gesetz

4.2.1 Neuaufteilung der Finanzierungsverantwortung zwischen Bund und Kantonen

Die Neuaufteilung der Finanzierungsverantwortung zwischen Bund und Kantonen bei den Ergänzungsleistungen folgt dem Ansatz, dass die Verantwortung für Pflege und Betreuung praktisch vollständig an die Kantone (und Gemeinden) übergeht. Bei Personen, die noch in ihrer eigenen Wohnung leben und nicht pflegebedürftig sind, übernimmt der Bund neu 5/8 der Ergänzungsleistungen zur Sicherung der Existenz nach den Ansätzen des ELG, 3/8 werden von den Kantonen getragen.

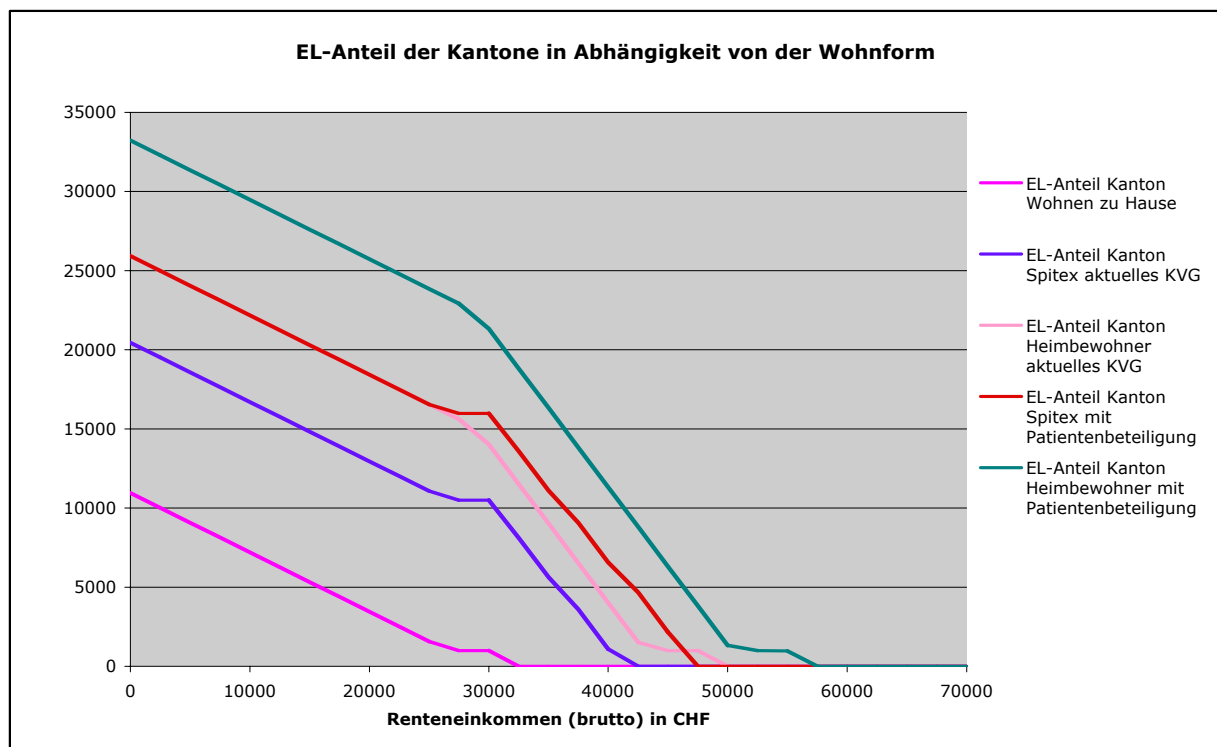
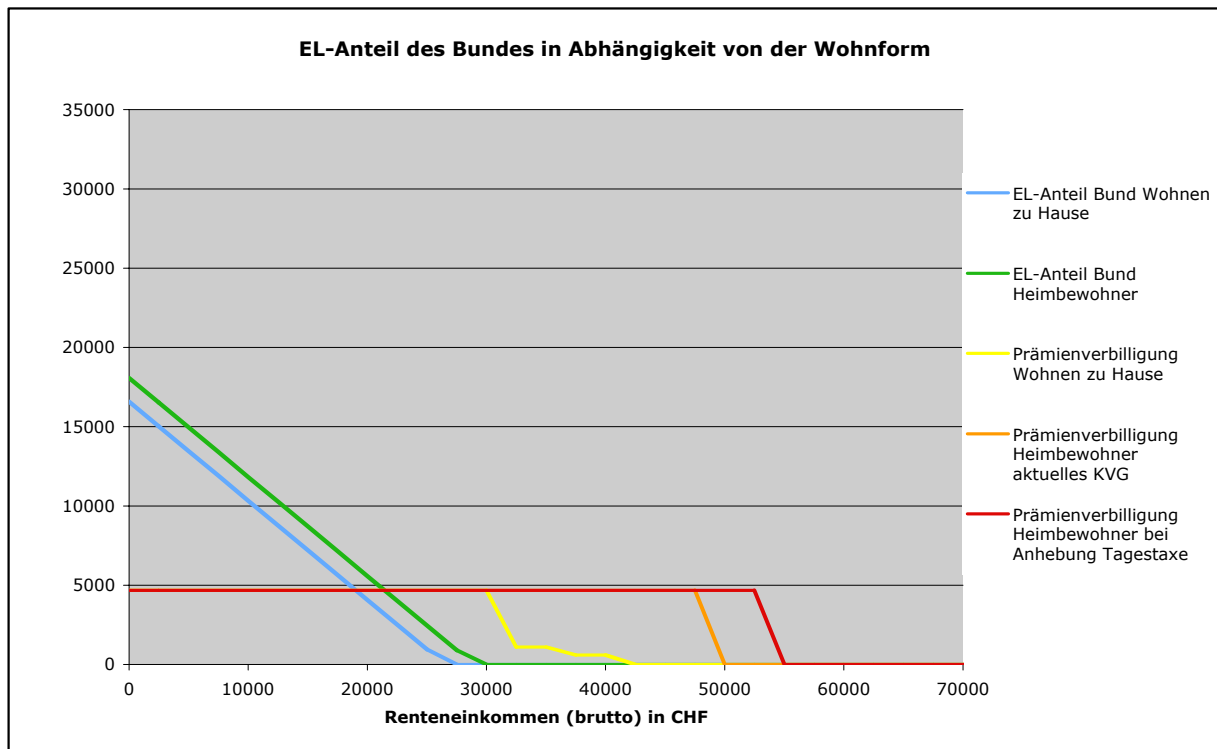
Die Übernahme der Krankenversicherungskosten in Höhe der Richtprämie im Rahmen der EL erfolgt hingegen über die Mittel des Prämienverbilligungsfonds, letztlich also nicht im Verhältnis von 5/8 zu 3/8, sondern nach dem Finanzierungsschlüssel der Prämienverbilligungen (zukünftig zunächst ca. im Verhältnis von 1:1).

Krankheitskosten, darunter auch Selbstbehalte und Franchisen, werden bei Anspruch auf EL bis zu einer bestimmten Höhe im Rahmen der Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten (Art. 14 ELG) durch die EL übernommen. Nach der NFA übernehmen die Kantone ihre Finanzierung im Rahmen der EL zu 100%. Damit tragen die Kantone die zusätzlichen Kosten der EL, die bei einer Pflegebedürftigkeit zu Hause auftreten, allein. Die Ausgaben für die Existenzsicherung des Haushalts bleiben gleich, d.h. die Ausgaben der jährlichen oder periodischen Ergänzungsleistung und damit des Bundes bleiben unverändert. Zusätzlich werden aber Ausgaben für Pflege, Haushaltshilfe oder Taxen für die Betreuung in Tagesstrukturen bis zu einer bestimmten Höhe über die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten durch die EL getragen. Auch Personen, die auf Grund eines Einnahmenüberschusses keinen Anspruch auf eine jährliche Ergänzungsleistung haben, haben zumindest Anspruch auf eine Vergütung derjenigen Krankheits- und Behinderungskosten, die den Einnahmenüberschuss übersteigen. Die Hilflosenentschädigung der AHV wird den Haushalten im Kanton Uri als Einnahme angerechnet. Die Kantone müssten im Rahmen der EL auch die Folgekosten einer Anhebung der Selbstbehalte und Franchisen alleine tragen.

Bei Eintreten von Pflegebedürftigkeit im Heim steigen die Kosten für den Bund nur leicht an. Bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen für das Wohnen zu Hause werden die realen Mietkosten bis zu einem Maximum von 13'200 Fr. für Alleinstehende und 15'000 Fr. für Ehepaare angerechnet. Der Bund übernimmt dann 5/8 der Kosten. Beim Umzug ins Heim trägt der Bund einen leicht höheren Anteil, indem in die Kostenberechnung die EL-Obergrenze für Mietkosten als Pauschale eingeht. Wiederum zahlt der Bund 5/8 der Kosten der fiktiven Referenz «Wohnen zu Hause». Alle anderen Kosten, darunter auch diejenigen für Betreuung und Mehrkosten für die Unterbringung im Heim, werden jedoch von den Kantonen getragen.

Zur Illustration zeigt **Abbildung 3** die Auswirkungen dieser Neuregelung am Beispiel einer alleinstehenden Person für die Gegebenheiten im Kanton Basel-Stadt. Die Grundaussage ist auch für den Kanton Uri gültig.

Abbildung 3: Neuaufteilung der Finanzierungsverantwortung für die EL zwischen Bund und Kantonen am Beispiel eines Alleinstehenden Haushaltes im Kanton Basel-Stadt (EL-Ausgaben, Renteneinkommen in Fr.)



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 3 verdeutlicht, dass die EL-Ausgaben des Bundes vom Eintreten der Pflegebedürftigkeit und von der Einführung einer Patientenbeteiligung oder Erhöhung der Tagestaxen kaum berührt werden. Die EL-Ausgaben der Kantone steigen hingegen mit wachsender Pflegebedürftigkeit und bei einer Reduktion der Krankenkassenleistungen für die Langzeitpflege stark an.

Zum Teil ist die Entflechtung der Aufgaben in der Altersbetreuung und -pflege erwünscht, denn die Kantone können über eine «gute» Alterspolitik, effiziente ambulante Strukturen oder Förderung der Prävention die Kosten der Langzeitpflege beeinflussen. Doch die Abbildung zeigt, dass die Risiken der zukünftigen bedarfsorientierten Finanzierung der Pflegekosten ganz an die Kantone übertragen werden, auch für exogene, von ihnen nicht oder kaum beeinflussbare Faktoren wie den demografischen Wandel, die zukünftige Lohnentwicklung in der Pflege oder eine Reduktion der Krankenkassenbeiträge an die Pflege. Der Finanzierungsanteil des Bundes ist sowohl für EL-Bezüger/innen zu Hause wie auch im Heim praktisch unabhängig von der Pflegebedürftigkeit.

Der EL-Finanzierungsaufwand für die Kantone hängt jedoch stark von der Pflegebedürftigkeit ab. Bereits unter dem aktuellen KVG werden pflegebedürftigen EL-Bezüger/innen zu Hause die Kosten für die Haushaltshilfe oder Betreuung in Tagesstrukturen rückvergütet. Die Kantone tragen diese Kosten. Werden bei der Neuregelung der Pflegefinanzierung die Kassenbeiträge beschränkt und Kosten auf die privaten Haushalte überwältzt, müssen die Kantone auch diese Kosten für die einkommensschwächeren Haushalte übernehmen. Beim Eintritt ins Pflegeheim schlagen höhere Tagestaxen sowohl auf die durchschnittlich auszahlenden Ergänzungsleistungen wie auch auf den Kreis der Anspruchsberechtigten durch.

Im Rahmen des Finanzausgleichs zwischen Bund und Kantonen werden zwar die aktuellen Kostenverschiebungen in der Globalbilanz berücksichtigt und ausgeglichen, nicht aber die Risiken zukünftiger Kostenverlagerungen durch den neuen Finanzierungsmechanismus und aufgrund exogener, nicht von den Kantonen zu beeinflussenden Faktoren der zukünftigen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit.

Ein Anstieg der durchschnittlichen Renteneinkommen älterer Personen durch die zunehmende Bedeutung von 2. und 3. Säule würde zunächst sowohl Bund als auch Kantone entlasten. Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass dieser Anstieg mit der Entwicklung der Kosten der Langzeitpflege mithält. Auch können biografische Risiken wie Scheidung oder Erwerbsbiografien mit Unterbrüchen, tiefem Verdienst oder Teilzeiterwerbsphasen dazu beitragen, dass der Kreis der Anspruchsberechtigten auch in Zukunft nicht sinkt.

Bei der Analyse der Auswirkungen der Neuregelung der Pflegefinanzierung auf den Kanton Uri kommt deshalb der oft unterschätzten Entwicklung der Kosten der Ergänzungsleistungen eine wichtige Rolle zu.

4.2.2 Aufhebung der Obergrenze der maximalen Ergänzungsleistungen

In der Totalrevision des ELG im Rahmen der Ausführungsgesetzgebung zur NFA wurden die im Gesetz fixierten Obergrenzen der maximalen EL sowohl allgemein wie auch für die Heimbewohner aufgehoben. Unter die allgemeine Obergrenze fiel eine so geringe Zahl Haushalte, dass sie ohne grosse Konsequenzen gestrichen werden konnte. Die bisherige Obergrenze für Heimbewohner hingegen hatte zur Folge, dass die meisten Kantone Betriebsbeiträge an die Heime zahlen mussten, um zu verhindern, dass eine zu grosse Zahl von Heimbewohnern zusätzlich zu den Ergänzungsleistungen auf Sozialhilfe angewiesen wären. Erst der Wegfall der Obergrenze für Heimbewohner ermöglicht es denn meisten Kantonen, von einer Objektfinanzierung in der Langzeitpflege durch Betriebs- oder Baukostenbeiträge zu einer bedarfsorientierten Subjektfinanzierung über Ergänzungsleistungen überzugehen. Den Kantonen steht es jedoch frei, die Ausgaben für die Ergänzungsleistungen im stationären Bereich neu über eine Obergrenze in Form einer maximal anrechenbaren Tagestaxe zu steuern.

Die Obergrenze für die maximal anrechenbare Tagestaxe wurde im Kanton Uri für Aufenthalte in einem Altersheim auf höchstens 190% des Betrags für den allgemeinen Lebensbedarf für Alleinstehende (Art. 10 Abs. 1 Bst. a ELG), für Aufenthalte in einem anerkannten Pflegeheim oder Spital auf höchstens 450% des Betrags begrenzt. Dies entspricht im Jahr 2008 Tagestaxen von 94 Fr. resp. 224 Fr.

Die Aufhebung der Obergrenze für Heimbewohner erfüllt die Forderung, dass Pflegebedürftigkeit nicht zur Sozialhilfeabhängigkeit führen dürfe. Nicht nur die Ansätze für den allgemeinen Lebensbedarf sind in der Sozialhilfe niedriger, sondern auch die Vorschriften zum Vermögensverzehr (Rate und geringer Freibetrag) führen zu einem raschen und praktisch vollständigen Verbrauch des eigenen Vermögens. Für die privaten Haushalte stellt diese Neuregelung deshalb eine echte Entlastung und Verbesserung dar. Dennoch kann je nach Heim und Entwicklung der Pflegekosten das Überschreiten der maximalen anrechenbaren Heimtaxe weiterhin zur Sozialabhängigkeit führen.

4.2.3 Anhebung der Vermögensfreibeträge im Rahmen der EL

Bereits in der Ausführungsgesetzgebung NFA wurde der Mindestwert für die Vermögensfreibeträge für selbstbewohntes Wohneigentum um 50% von 75'000 Fr. auf 112'500 Fr. heraufgesetzt. Bei der Neuregelung der Pflegefinanzierung wurde diese Grenze nochmals angehoben. Um zu verhindern, dass die eigene Pflegebedürftigkeit oder diejenige eines Partners dazu führen, dass selbstbewohntes Wohneigentum aufgegeben werden muss, beträgt die Mindestgrenze für diesen Fall neu 300'000 Fr.

Auch die allgemeinen Vermögensfreibeträge wurden im Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung von 25'000 auf 37'500 Fr. für Alleinstehende und von 40'000 auf 60'000 Fr. für Ehepaare angehoben.

Die Rate des zulässigen Vermögensverzehrs für AHV-Rentner/innen wurde im ELG nicht angepasst. Sie lag für Heimbewohner in den meisten Kantonen, darunter auch Uri, bei der maximalen Obergrenze von 20%. Nur fünf Kantone haben sie mit 10 resp. 13% niedriger angesetzt.

4.2.4 Zusammenfassung

Die Neugestaltung der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen ist in vieler Hinsicht erwünscht und sinnvoll, vor allem auch im Bereich der Prämienverbilligung. Hier hat die Anbindung der Subventionen an die Finanzkraft der Kantone die Entwicklung des Systems bisher verzerrt und behindert. Doch führt der NFA zu einer Neuverteilung der finanziellen Risiken im Bereich des Gesundheitswesens und der Langzeitpflege zwischen Bund und Kantonen, die z.T. unterschätzt wird.

Bei der vollen Umsetzung des KVG im Sinne von 1996 wären durch die NFA im Bereich der Pflegefinanzierung keine grossen Finanzrisiken verschoben worden, denn ein Ausgleich würde durch die Globalbilanz erfolgen. Durch die in der Sommersession 2008 durch das Parlament verabschiedete Beitragslösung für die Krankenversicherer und einer auch zukünftig nur begrenzten Anpassung ihrer Beiträge an die Kostenentwicklung gehen in Folge der skizzierten Entwicklung alle wesentlichen Finanzrisiken an die Kantone und die privaten Haushalte über.

Mehrbelastungen, die im Rahmen der NFA auf die Kantone und letztlich auch auf die privaten Haushalte zugekommen, sind:

- Wegfall der AHV-Subventionen (1/3 der gesamten direkten Subventionen an die Spitex)
- höherer Kantonsanteil an den Prämienverbilligungen
- praktisch vollständige Übernahme der pflegebedingten Mehrkosten im Rahmen der EL
- Aufhebung der Obergrenze EL
- Anhebung der Vermögensfreibeträge bei den Ergänzungsleistungen, verbunden mit einer Zunahme der Anzahl Bezüger von Ergänzungsleistungen und damit auch der Ausgaben für die Prämienverbilligungen

Die Kantone tragen damit nicht nur die finanziellen Risiken der von ihnen beeinflussbaren Faktoren wie Prävention, institutionelle Organisation und Inanspruchnahme der professionellen Pflege, sondern auch

die Risiken exogener Faktoren wie den demografischen Wandel, die Lohnstrukturen oder die Entwicklung der Beiträge der obligatorischen Krankenversicherung an die Pflegekosten.

4.3 Neuregelung der Pflegefinanzierung unter dem KVG

4.3.1 Beiträge der Krankenkassen an Pflegekosten und Einführung Patientenbeteiligung

Mit der Verabschiedung des Bundesgesetzes über die Neuregelung der Pflegefinanzierung ist die volle Übernahme der Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV durch die Krankenkassen, die bei der Einführung des KVG im Jahre 1996 versprochen und mit der Verordnung des Bundesrates vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime (VKL, SR 832.104) umgesetzt werden sollte, endgültig vom Tisch. Die Beiträge der Krankenversicherer werden, analog zu den heutigen Rahmentarifen, vom Bundesrat festgelegt (Art. 25a, Abs. 4). Die neuen Tarife werden laut den Übergangsbestimmungen kostenneutral eingeführt werden. Das endgültige Modell wird das BAG noch ausarbeiten. Aus ersten Dokumenten zeichnet sich jedoch ab, dass die Beiträge für die beiden oberen BESA-Stufen im Pflegeheim zu Lasten der unteren angehoben werden sollen, die Spitex-Tarife hingegen weitgehend beibehalten werden.

Um die Lücke zwischen den Krankenkassenbeiträgen und den Vollkosten teilweise zu schliessen, wird neu eine Patientenbeteiligung an den Pflegekosten eingeführt. Sie existiert im stationären Bereich heute bereits indirekt, indem in vielen Kantonen ohne Rücksicht auf den Tarifschutz nach Art. 44 KVG Pflegekosten auf die Betreuungs- und Pensionskosten und damit auf die Pflegebedürftigen abgewälzt werden. Das Gesetz begrenzt die Patientenbeteiligung auf maximal 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags (Art. 25a Abs. 5) und lässt die Ausgestaltung ansonsten offen. Im ambulanten Bereich richtet sich die Obergrenze am maximalen Pflorgetarif für Abklärung und Beratung aus. Ausgehend von den heutigen Rahmentarifen von 75 Fr. ergäbe sich eine maximale Patientenbeteiligung von 15 Fr. pro Stunde. Im Bereich der stationären Pflege ist eine Tagestaxe von 98 Fr. auf BESA-Stufe 4 im Gespräch. Dies führt zu einer maximalen Patientenbeteiligung von Fr. 19.60 pro Tag. Diese Patientenbeteiligung wird unabhängig von Einkommen und Vermögen erhoben und nur im Rahmen der Ergänzungsleistungen bedarfsorientiert übernommen.

Auch unter Ausschöpfen der maximalen Patientenbeteiligung werden in den meisten Kantonen, wie auch in Uri, die Pflegevollkosten auf den oberen Pflegebedarfsstufen nicht gedeckt sein. Die Deckungslücke darf nicht wie anhin unter Missachtung des Tarifschutzes auf die Patienten (zusätzlich zur Patientenbeteiligung) überwältzt werden. Die Kantone müssen die Restfinanzierung regeln (Art. 25a Abs. 5). Da sie sie nicht auf die Patienten übertragen dürfen, werden die Kantone und Gemeinden in den meisten Fällen die Restfinanzierung (vorbehaltlich Eigenmitteln von Stiftungen oder anderen Trägern) übernehmen müssen.

4.3.2 Neuregelung Akut- und Übergangspflege und Berücksichtigung der Tagesstrukturen

Heftig umstritten im Parlament war die Frage, ob die Akut- und Übergangspflege von der Patientenbeteiligung ausgenommen werden soll. Diese Sonderregelung würde vor allem den Pflegebedürftigen unter 65 Jahren zu Gute kommen und die rehabilitative und palliative Pflege ambulant und in Pflegeheimen fördern, um Hospitalisationen zu vermeiden. 20% der Spitex-Patient/innen haben das Rentenalter noch nicht erreicht. Ungefähr 1/6 der Stunden der Spitex für Pflegeleistungen gehen an unter 65-Jährige. Bei Einführung einer Patientenbeteiligung verschlechtert sich ihre Situation, denn kompensierende Leistungen wie

EL zur AHV/IV stehen ihnen oft noch nicht zu oder sind wie die Hilflosenentschädigung mit einer Karenzfrist von einem Jahr verbunden. Die Entlastung durch die Hilflosenentschädigung wird auch nicht wirksam, wenn unabhängig vom Alter direkt im Anschluss an einen akuten Spitalaufenthalt ein hoher Pflegebedarf entsteht.

Das KVG hält an der vollständigen Finanzierung der Akut- und Übergangspflege durch die Krankenkassen im Anschluss an einen Spitalaufenthalt fest (Art. 25a Abs. 2), wenn diese notwendig sind und ärztlich angeordnet werden. Es beschränkt allerdings die Leistungspflicht auf maximal 2 Wochen. Die Vergütung richtet sich nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a) und wird gemeinsam von den Krankenkassen und der Kantone getragen.

Art. 25a, Abs. 1 sieht neu auch explizit einen Beitrag der Krankenversicherung an Pflegeleistungen vor, die ambulant in Tages- und Nachtstrukturen erbracht werden. Die genauen Voraussetzungen müssen aber noch im Rahmen der Verordnung geregelt werden.

5 Modellvarianten für die Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege

In diesem Kapitel sollen offene Punkte und Fragen angesprochen werden, die auf die Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege im Kanton Uri zukommen. Naturgemäss sind auch die anderen Kantone mit den Umstellungen konfrontiert, die die Neuordnungen im Bereich Pflegefinanzierung mit sich bringen. In den letzten Jahren sind in vielen Kantonen neue Pflegegesetze oder Regelungen zur Steuerung und Finanzierung der Langzeitpflege in Kraft getreten (vgl. Quellenangaben im Literaturverzeichnis). Teilweise werden daher in den nachfolgenden Ausführungen verschiedene – zumeist miteinander verknüpfte - Elemente der Pflegegesetzgebung und -finanzierung aus anderen Kantonen beigezogen, die einen Hinweis darauf geben, wie diese den Herausforderungen begegnen wollen. Auf den genannten Grundlagen werden verschiedene Modellvarianten zur Finanzierung der ambulanten und stationären Langzeitpflege im Kanton Uri formuliert.

Wichtige Grundzüge der strategischen Ausrichtung der Organisation der Langzeitpflege im Kanton Uri wurden bereits in den Leitsätzen des Gesundheitsleitbilds 2003 und des Altersleitbildes 2005 festgelegt. Sie lassen sich im Wesentlichen in drei Kernaussagen zusammenfassen:

- Erstens: Durch die Förderung von Spitex-Leistungen und Entlastungsangeboten ist der Eintritt in ein Pflegeheim so lange wie möglich zu verhindern.
- Zweitens: Kann die Pflege nicht mehr ambulant gewährleistet werden, sollen genügend stationäre Langzeitpflegeplätze zur Verfügung stehen.
- Drittens: Die stationären und ambulanten Angebote der Langzeitpflege werden koordiniert.

Diese Leitsätze finden Niederschlag im Engagement des Kantons im Bereich der Pflege und Betreuung zu Hause, speziell auch in den Programmvereinbarungen mit der Spitex, dem SRK Kanton Uri und der Pro Senectute Kanton Uri, in denen der Kanton als zentraler Auftraggeber auftritt und eine Steuerungs- und Koordinationsfunktion übernimmt.

Trotz dieser strategischen Ausrichtung ist der Anteil Pflegebedürftiger, die stationär in Alters- oder Pflegeheimen betreut und gepflegt werden, im Vergleich zu anderen Kantonen noch überdurchschnittlich hoch. Während er im Kanton Uri laut Schätzung der Studie «Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2008-2015 im Kanton Uri» (Bayer-Oglesby et al. 2007) bei 54% liegt, ergibt eine Abschätzung für den Kanton Zürich einen Anteil der stationären Pflege (BESA Stufe 2 bis 4) von etwa 42%. Der Kanton Uri hat aufgrund der Studie beschlossen, die Kapazitäten der Pflegeheime in den nächsten Jahren nicht auszubauen, sondern einer steigenden Nachfrage durch eine Umwandlung von Altersheimplätzen in Pflegeheimplätze zu begegnen.

Mit der Umsetzung der NFA auf den 01.01.2008 wurden bereits wichtige Weichen bei der Finanzierung der Langzeitpflege neu gestellt. Der Kanton übernahm im Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung neben den Krankenkassenbeiträgen und den Eigenleistungen der privaten Haushalte die alleinige Finanzierungsverantwortung für die Spitex, für das Tagesheim sowie weitere Beratungs- und Entlastungsangebote. Auf die direkte Finanzierung der stationären Langzeitpflege hatte die NFA keinen Einfluss, da die Praxis der Baubeiträge unverändert fortgeführt wird und grundsätzlich weder Kanton noch Gemeinden an der Finanzierung der fortlaufenden Betriebskosten beteiligt sind. Bei den Ergänzungsleistungen entfielen die bisherigen Anteile der Gemeinden an der Finanzierung (ca. ein Drittel der Gesamtausgaben). Die Finanzierungsverantwortung zwischen Bund und Kanton bei der EL wurde neu geregelt mit der Konsequenz, dass die zusätzlichen Kosten bei Pflegebedürftigkeit praktisch vollständig vom Kanton getragen werden müssen. Die Obergrenze der maximal anrechenbaren Heimplatzsteuern wurde im Prinzip so gewählt, dass dem neuen Ergänzungsleistungsgesetz (ELG) entsprochen wird und die Pflege im Heim nicht zur

Sozialhilfeabhängigkeit führt. Doch wurde dieses Ziel durch die Entwicklung der Heimtaxen in einzelnen Fällen bereits überholt.

Der Stand Ende 2008 lässt sich folgendermassen zusammenfassen. Im Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung liegen die Finanzierungsverantwortung und die Steuerung beim Kanton und nicht bei den Gemeinden. Dies entspricht auch der Aufgabenteilung, wie sie in Art.5 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Uri vom 01. Juni 2008 festgehalten wurde. Im Bereich der stationären Langzeitpflege ist bis auf die Finanzierung der Infrastrukturkosten (Amortisation und Verzinsung der Anlagen) bereits eine Subjektfinanzierung durch Ergänzungsleistungen umgesetzt worden. Auch hier liegt die Finanzierung beim Kanton und nicht bei den Gemeinden, wobei der Kanton teilweise wie bis anhin durch die Beiträge der Hilflosenentschädigung entlastet wird, die bei Heimaufenthalten unter den Haushaltseinkommen angerechnet wird. Durch die Neuregelung der Aufgabenteilung bei den Ergänzungsleistungen trägt der Bund nur einen minimalen Anteil an der Subjektfinanzierung eines Heimaufenthalts. Auch die Investitionsbeiträge der öffentlichen Hand werden praktisch vollumfänglich vom Kanton getragen. Die Finanzierungsverantwortung ist getrennt von der Verantwortung der Gemeinden, die stationäre Langzeitpflege (Pflegeheime, ausgenommen Aufgaben des Kantonsspitals) ihrer Wohnbevölkerung sicher zu stellen (siehe Art. 6a des Gesundheitsgesetzes des Kantons Uri).

5.1 Modellvarianten für die Finanzierung der ambulanten Pflege

5.1.1 Finanzierung der Pflegevollkosten und Einführung Patientenbeteiligung

Mit der Revision des Krankenversicherungsgesetzes wurde in Art. 25a festgelegt, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung auch zukünftig nur einen Beitrag an die Pflegeleistungen zahlt, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden, und nicht die Vollkosten für die anerkannten Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV übernimmt.

Es zeichnet sich ab, dass die neuen Beiträge der Krankenkassen an der Finanzierung der ambulanten Langzeitpflege in Höhe der heutigen Rahmentarife liegen werden. Offen ist, ob die Tarife kantonale ausgehandelt werden oder ein national einheitlicher Betrag festgelegt wird. Wie **Tabelle 9** auf Seite 16 zeigt, schöpfen die heutigen ambulanten Pfelegetarife für Abklärung und Beratung sowie Behandlungspflege in der Zentralschweiz die Rahmentarife laut Krankenversicherungsgesetz nicht aus, diejenigen für Grundpflege hingegen weitgehend. Falls die Krankenkassenbeiträge an die ambulante Pflege national einheitlich festgelegt werden, ist in Uri mit einem höheren Krankenkassenanteil an der Spitex-Finanzierung und dementsprechend mit einer Entlastung des Kantons zu rechnen.

Neu kann der Kanton die privaten Haushalte über eine Patientenbeteiligung in die Finanzierung der ungedeckten Vollkosten der Spitex-Pflege einbeziehen, ohne den Tarifschutz nach Art. 44 KVG zu verletzen. Es ist eine Kann-Bestimmung. Das KVG legt nur eine maximale Kostenbeteiligung an den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten von höchstens 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags fest. Die Höhe der Vollkosten der Spitex-Pflege ist im Kanton Uri zum Zeitpunkt des vorliegenden Berichts noch nicht bekannt. Geht man vom heutigen höchsten Rahmentarif der ambulanten Pflege in Höhe von 75 Fr. aus, darf die Patientenbeteiligung maximal 15 Fr. betragen. Heute zahlt der Kanton einen leistungsabhängigen Beitrag von Fr. 8.50 pro Stunde Pflege und zusätzlich einen Betrag für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Auf der Basis der budgetierten Stundenzahl für das Jahr 2008 von 34'000 Stunden Pflege nach Art. 7 KLV könnte der Kanton bei Ausschöpfen der maximal möglichen Pati-

entenbeteiligung zusätzliche Erträge von zwischen 289'000 Fr. (bei einer Deckungslücke von 8.50 Fr pro Std.) und 510'000 Fr. generieren. Er würde um die gleiche Summe entlastet.

Bei einer Patientenbeteiligung von 15 Fr. pro Stunde beläuft sich die zusätzliche Belastung eines Pflegebedürftigen, der die maximale Anzahl von 60 Stunden pro Quartal (40 Min. pro Tag) ausschöpft, auf 300 Fr. pro Monat. Eine Teilkompensation soll laut Ergänzung des Gesetzes durch die Einführung einer Hilflosenentschädigung bei leichter Hilflosigkeit (221 Fr. / Monat im Jahr 2009) bei ambulanter Pflege erfolgen, welche allerdings erst nach einer Karenzfrist von einem Jahr Pflegebedürftigkeit zum Tragen kommt. Für das Einführen einer Patientenbeteiligung auch in der ambulanten Pflege könnten Gerechtigkeitsüberlegungen mit Blick auf die Belastung Pflegebedürftiger im Heim sprechen, dagegen negative Anreize für die Inanspruchnahme einer ausreichenden ambulanten Pflege. Die Frage wird unter Abschnitt 5.5 nochmals aufgegriffen. Der Kanton könnte laut KVG auch die Gemeinden zur Restfinanzierung der Pflegevollkosten im ambulanten Bereich heranziehen, doch macht dies angesichts der gerade erst vorgenommenen Neuordnung der Finanzierung im Umfeld der NFA wenig Sinn.

Zu klären ist die Frage, ob der Kanton die Pflege-Vollkosten aufgrund der Kostenstellenrechnung der Spitex Uri bestimmen wird, oder ob er sich an einem Benchmark, zum Beispiel über den Versorgungsraum Zentralschweiz hinweg, orientieren will.

Tabelle 16 zeigt übersichtartig einen Entscheidungsbaum für die Modellvarianten in der ambulanten Pflege. In **Tabelle 17** sind die möglichen Kostenfolgen abgeschätzt.

Tabelle 16: Entscheidungsbaum für Modellvarianten in der ambulanten Pflege

1. Festlegung der Berechnung der Pflegevollkosten Spitex

Variante a. Individuelle Vollkostenrechnung der Spitex Uri

Variante b. Benchmark Versorgungsraum Zentralschweiz

Der Kanton kann die Höhe der Restfinanzierung der Pflegevollkosten **geringfügig** beeinflussen durch die Wahl des Verfahrens der Kostenberechnung und die Verhandlungen mit dem Verein Spitex. Sein heutiger Finanzierungsanteil an den reinen Pflegekosten nach KLV Art. 7 wird voraussichtlich sinken, wenn die Krankenkassenbeiträge national einheitlich festgelegt werden. Bei einer prognostizierten Stundenzahl von 34'000 Stunden könnten die Ersparnisse im Bereich von 100'000 Fr. und darüber liegen.

2. Festlegung einer Patientenbeteiligung

Variante a. Verzicht auf eine Patientenbeteiligung

Variante b. Festlegung einer niedrigen Patientenbeteiligung

Variante c. Ausschöpfen der maximal möglichen Patientenbeteiligung

Der Kanton übernimmt seit dem Jahr 2008 die vollständige Restfinanzierung der Pflege nach Art. 7 KLV und unterstützt zugleich Bereiche wie Haus- und Familienhilfe, Tagesheim, Mahlzeitendienste. Er kann durch die Einführung einer Patientenbeteiligung die Haushalte in die Finanzierung der Pflege einbeziehen. Beim Ausschöpfen der maximal möglichen Patientenbeteiligung würde er um ca. 510'000 Fr. (ca. 30% seines Gesamtbeitrags an allen Leistungen des Vereins Spitex) entlastet, bei einer niedrigeren Patientenbeteiligung von beispielsweise 5 Fr. pro Stunde um 170'000 Fr. (ca. 10%).

3. Aufteilung der Finanzierungsverantwortung zwischen Kanton und Gemeinden

Der Kanton kann anstelle einer oder ergänzend zu einer Patientenbeteiligung auch die Gemeinden in die Restfinanzierung der Pflege nach Art. 7 KLV einbeziehen. Er könnte sich hier um bis zu 500'000 - 800'000Fr. (je nach Berechnung der Pflegevollkosten) entlasten und die Gemeinden entsprechend belasten. Ein solcher Schritt steht gegen Art. 5 des Gesundheitsgesetzes vom 01. Juni 2008, in dem der Kanton die Verantwortung für die Pflege und Hilfe zu Hause übernommen hat.

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 17: Abschätzung der Kostenfolgen verschiedener Modellvarianten

	Kanton	Gemeinde	Krankenkassen	Private Haushalte
aktuelle Kostenverteilung				
	1'733'000	0	1'650'000	Anteilmässig über Selbstbehalte
1. Festlegung der Krankenkassenbeiträge (liegt nicht im Einfluss des Kantons)				
– auf nationaler Ebene	-100'000 und mehr		+ 100'000 und mehr	Leichte Auswirkungen auf Selbstbehalte
2. Festlegung der Patientenbeteiligung (PB)				
Variante a) keine	0			0
Variante b) mit 5 Fr.	-170'000			+170'000
Variante c) mit 15 Fr.	-510'000			+510'000
3. Einbezug der Gemeinden in die Finanzierung				
– bei vollständigen Rückzug des Kantons und keiner PB	-500'000 bis -800'000	+500'000 bis +800'000		0

Quelle: Eigene Darstellung

Empfehlungen

■ Aus unserer Sicht werden sich die Verhandlungen mit dem Verein Spitex über die Höhe der anerkannten Pflegevollkosten automatisch am Benchmark der Zentralschweiz orientieren. Abweichungen aufgrund besonderer Lasten oder Leistungen der Spitex Uri können in die Vereinbarung integriert werden. Dies gilt zum Beispiel für den wichtigen Bereich der Ausbildung.

■ Um die Anreize für die ambulante Pflege gegenüber der stationären Betreuung zu verstärken, sollte der Kanton entweder ganz auf die Einführung einer Patientenbeteiligung bei der ambulanten Pflege verzichten oder nur eine geringe Patientenbeteiligung von ca. 5 Fr. wählen.

■ Dem Kanton kommt mit Art. 5 des Gesundheitsgesetzes eine besondere Verantwortung für die Pflege und Hilfe zu Hause zu. Es spricht aus Sicht der Autoren zurzeit nichts dafür, das Gesundheitsgesetz in diesem Punkt zu ändern und die Gemeinden in die Finanzierung der Spitex einzubeziehen. Ebenso legen die gestiegenen Anforderungen an die zeitliche Abdeckung (7 bis 22 Uhr) und der Aufwand für Einsatzkoordination, Qualitätssicherung und Ausbildung die Zusammenfassung der Spitex-Aufgaben in einer Organisation (mit Einbezug weiterer Leistungserbringer im Auftragsverhältnis) nahe. Mit Ablauf der Programmvereinbarung zwischen Kanton und Verein Spitex im Jahr 2011 muss jedoch kritisch evaluiert werden, ob der Kanton seiner Verantwortung gerecht geworden ist und förderliche Bedingungen für die ambulante Pflege und Hilfe zu Hause geschaffen hat.

5.1.2 Finanzierung von Leistungen ergänzend zu den Kernaufgaben der Spitex

Zur Umsetzung der Ziele des Gesundheits- und des Altersleitbilds, die ambulante Pflege zu unterstützen und den Eintritt in ein Pflegeheim möglichst lang hinauszuzögern, fördert der Kanton Uri in Programm-

vereinbarungen mit der Spitex, mit Pro Senectute Kanton Uri und dem SRK Kanton Uri bereits heute zusätzliche Leistungen im Bereich Beratung, Prävention und Entlastung. Im Rahmen unserer Studie konnte nicht evaluiert werden, inwieweit die dort geschaffenen Kapazitäten ausreichen, um den Bedarf zu decken und welche Lücken im heutigen Angebot noch bestehen.

In der Stadt Zürich wurde z.B. im Rahmen der Umsetzung der Spitex-Strategie 2014 das Angebot der Spitex um eine Nachtspitex, um gesundheitsfördernde Massnahmen und präventive Hausbesuche sowie ein Case-Management für komplexere Krankheits- und Pflegefälle erweitert (Spitex-Strategie 2014, 2005). Zugleich strebt die Stadt Zürich über den Ansatz «Gesundheitsnetz 2025» (Gesundheitsnetz 2025) eine Vernetzung der Leistungserbringer aus dem Gesundheitswesen an, um ein über die Pflege hinausgehendes optimales Case-Management zu erreichen.

Auch der Kanton Aargau hat das Leistungsangebot im ambulanten Bereich in Richtung Entlastung, Beratung und Prävention ausgebaut und die Angebotszeiten für die Pflege zu Hause auf die Nacht ausgedehnt. In der Pflegeverordnung hält er explizit fest, dass das Mindestangebot im Bereich Pflege zu Hause unter anderem die Gesundheitsförderung und -erhaltung sowie die Beratung, Begleitung pflegender Angehöriger und die Koordination der notwendigen Leistungen umfasst. Zur besseren Koordination und Vernetzung der Gemeinden sowie der Leistungserbringer untereinander hat der Kanton Aargau ein Forum für Altersfragen gegründet, das sich aus Vertreterinnen und Vertretern des Kantons und der Gemeinden sowie Leistungserbringern und weiteren Fachleuten der Langzeitpflege zusammensetzt.

Empfehlungen

Der Kanton Uri und die Gemeinden werden angesichts des hohen Anteils stationärer Pflege ihre Anstrengungen zur Förderung der ambulanten Pflege verstärken und koordinieren müssen. Dies gilt auch für die Gesundheitsförderung und Prävention. Art. 7 des Gesundheitsgesetzes hat diese Bereiche in die gemeinsame Verantwortung von Kanton und Gemeinden gelegt. Zu den zentralen Aufgaben gehört sicher, die Öffentlichkeit und die Grundversorger des Gesundheitswesens für die Herausforderungen der Langzeitpflege stärker zu sensibilisieren. Ein besonderes Augenmerk muss der besseren Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege gelten, zu der die heutigen Entlastungsangebote nur einen begrenzten Beitrag leisten. Einen Beitrag könnte auch der Ausbau der Freiwilligenarbeit darstellen. Zu überprüfen ist, inwieweit Entlastungsangebote von den Ergänzungsleistungen übernommen werden und ob der Personennotruf auf ärztliche Anordnung oder generell Aufnahme in die kantonale Liste der anerkannten Hilfsmittel zur EL finden kann.

5.2 Modellvarianten für die Finanzierung der stationären Langzeitpflege

5.2.1 Neuaufteilung der Pflegevollkosten

Im stationären Bereich entstehen durch die Revision des KVG wesentlich grössere Verschiebungen in den Finanzflüssen als im ambulanten Bereich. Die Berechnung der Differenz zwischen den Pflegevollkosten nach Art. 7 KLV (inkl. Kosten für Hilfsmittel gemäss der Mittel- und Gegenständeliste MiGel) und den Pflorgetarifen der Krankenkassen führt auf einen Betrag von rund 8.4 Mio. Fr. für das Jahr 2007 (vgl.

Tabelle 18). Ein bedeutender Anteil der Deckungslücke wurde bisher ohne Rücksicht auf den Tarifschutz auf die Pensions- und Betreuungstaxen und damit auf die Pflegebedürftigen überwältzt, z.T. abgedeckt durch die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV. Ein anderer Teil wurde kompensiert durch die Übernahme von Bau- und Investitionsbeiträgen durch den Kanton, was zu günstigeren Heimtaxen führte, ein weiterer

Teil durch einen Substanzverlust der Pflegeheime, indem einzelne Heime die Tagestaxen unter ungenügenden Rückstellungen für Investitionen zu niedrig ansetzten.

Mit der Revision des KVG werden die Pflegevollkosten neu transparent auf die drei Kostenträger Krankenkassen, öffentliche Hand und Pflegebedürftige verteilt und der Tarifschutz wieder hergestellt. Die Krankenkassen müssen jedoch auch zukünftig nur einen Beitrag an den Vollkosten tragen. Ihre Beiträge an die Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 1 werden laut den Übergangsbestimmungen bei Inkrafttreten des Gesetzes erstmals so festgelegt, dass sie der Summe der Vergütungen für die im vorangehenden Jahr ambulant und im Pflegeheim erbrachten Pflegeleistungen entsprechen. Der Bundesrat wird die Beiträge bestimmen. Voraussichtlich werden die Tarife national einheitlich bestimmt. Der Kostendeckungsgrad im Durchschnitt aller Pflegestufen und Kantone liegt heute bei etwa 55%.

In Tabelle 18 wird der Kostendeckungsgrad der Krankenkassenbeiträge im Kanton Uri für das Jahr 2007 aufgrund der Kostenstellenrechnung von Curaviva berechnet. Er liegt im Schnitt über alle Pflegestufen bei 51.2%, wenn zu den Vollkosten der Pflege nach Art. 7 KLV die Kosten für Hilfsmittel gemäss der Mittel- und Gegenständeliste hinzugenommen werden. Der Kostendeckungsgrad nimmt mit steigender BESA-Stufe ab.

Tabelle 18: Berechnung Ansatz Krankenkassentarife bei kostenneutraler Umsetzung und gleichem Deckungsgrad über alle Pflegebedarfsstufen, 2007

KORE Cura- viva Uri	Pflege- tage	Pflegeta- rife KVG (Fr.)	Leistungskos- ten KVG + MiGel (Fr.)	Vollkosten (Fr.)	Kosten für Kranken- kassen (Fr.)	Anteil	Soll bei De- ckungsgrad 51.2 % (Fr.)	Soll (Fr.)	Ansatz Tarif (Fr.)
BESA 1	41'410	16	24.12	998'809	662'560	66.3%	511'744	12.36	12.00
BESA 2	43'711	36	62.59	2'735'871	1'573'596	57.5%	1'401'734	32.07	32.00
BESA 3	42'211	65	115.82	4'888'878	2'743'715	56.1%	2'504'836	59.34	59.00
BESA 4	47'741	80	179.10	8'550'413	3'819'280	44.7%	4'380'837	91.76	92.00
Total	175'073			17'173'972	8'799'151	51.2%	8'799'151		

Quelle: KORE Curaviva Zentralschweiz; eigene Berechnungen

Würde das Prinzip der Kostenneutralität aus den Übergangsbestimmungen des KVG auf die Leistungen der Krankenversicherung im Kanton Uri angewendet und ein gleicher Deckungsbeitrag auf allen vier Pflegestufen angestrebt, dann ergeben sich folgende Tarife (vgl. gerundete Werte in der letzten Spalte der Tabelle): BESA-Stufe 1: 12 Fr., BESA-Stufe 2: 32 Fr., BESA-Stufe 3: 59 Fr., BESA-Stufe 4: 92 Fr. Der Tarif auf der obersten Pflegestufe würde steigen, die Tarife auf den drei unteren Stufen sinken.

Der Modellansatz mit den errechneten Krankenkassen-Pflegetarifen für die BESA-Stufen 1 bis 4 erlaubt eine Abschätzung der Deckungslücke, die Kanton und Gemeinden selbst bei Ausschöpfen der maximal möglichen Patientenbeteiligung auf allen Pflegebedarfsstufen noch bleibt. Aus **Tabelle 19** geht ein notwendiger Beitrag der öffentlichen Hand in Höhe von 5.4 Mio. Fr. zur Deckung der Pflegevollkosten hervor.

Tabelle 19: Restfinanzierung der Pflege durch Beiträge der öffentlichen Hand und Patientenbeteiligung bei einem Deckungsgrad der Krankenkassenbeiträge von 51.2%, 2007

	BESA 1	BESA 2	BESA 3	BESA 4	Total
Vollkosten gem. LAK 2007	24.1	62.6	115.8	179.1	
Tarif Krankenversicherung	-12.0	-32.0	-59.0	-92.0	
Bewohneranteil (20% vom höchsten Tarif)	-12.1	-18.4	-18.4	-18.4	
Beitrag öffentliche Hand pro Tag Pflege	0	12.2	38.4	68.7	
Anzahl Pflegetage	41'410	43'711	42'211	47'741	175'073
Total Beitrag öffentliche Hand	0	532'837	1'621'747	3'279'807	5'434'390

Quelle: KORE Curaviva Zentralschweiz; eigene Berechnungen

Werden die Krankenkassenbeiträge auf nationaler Ebene vom Bundesrat festgelegt, sind leicht höhere Tarife zu erwarten, die den heutigen Kostendeckungsgrad im Kanton Uri übertreffen werden. In **Tabelle 20** ist die notwendige Restfinanzierung der Pflegevollkosten berechnet bei Tarifen auf den BESA-Stufen 1 und 2 in Höhe von 16 Fr. und 36 Fr. sowie leicht angehobenen Tarifen auf den Stufen 3 und 4 in Höhe von 70 Fr. und 98 Fr. Die Deckungslücke beträgt in diesem Fall bei Ausschöpfen der maximalen Patientenbeteiligung von Fr. 19.60 rund 4.3 Mio. Fr. im Jahr.

Tabelle 20: Restfinanzierung der Pflege durch Beiträge der öffentlichen Hand und Patientenbeteiligung bei erhöhten Krankenkassenbeiträgen aufgrund nationaler Regelung, 2007

	BESA 1	BESA 2	BESA 3	BESA 4	Total
Vollkosten gem. LAK 2007	24.1	62.6	115.8	179.1	
Tarif Krankenversicherung	-16.0	-36.0	-70.0	-98.0	
Bewohneranteil (20 % vom höchsten Tarif)	-8.1	-19.6	-19.6	-19.6	
Beitrag öffentliche Hand pro Tag Pflege	0	7.0	26.2	61.5	
Anzahl Pflgetage	41'410	43'711	42'211	47'741	175'073
Total Beitrag öffentliche Hand	0	305'540	1'106'772	2'936'072	4'348'384

Quelle: KORE Curaviva Zentralschweiz; eigene Berechnungen

Kantone und Gemeinden spüren hier die «Schonung», die die Revision des KVG den Krankenkassen gewährt hat. Selbst beim Ausschöpfen der Patientenbeteiligung und bei Umsetzung der geplanten Anhebung der gesetzlichen Rahmentarife in der Krankenpflege-Leistungsverordnung für die beiden oberen Pflegestufen BESA 3 und 4 bleiben ihnen noch hohe Restkosten, vor allem in den Stufen BESA 3 und 4.

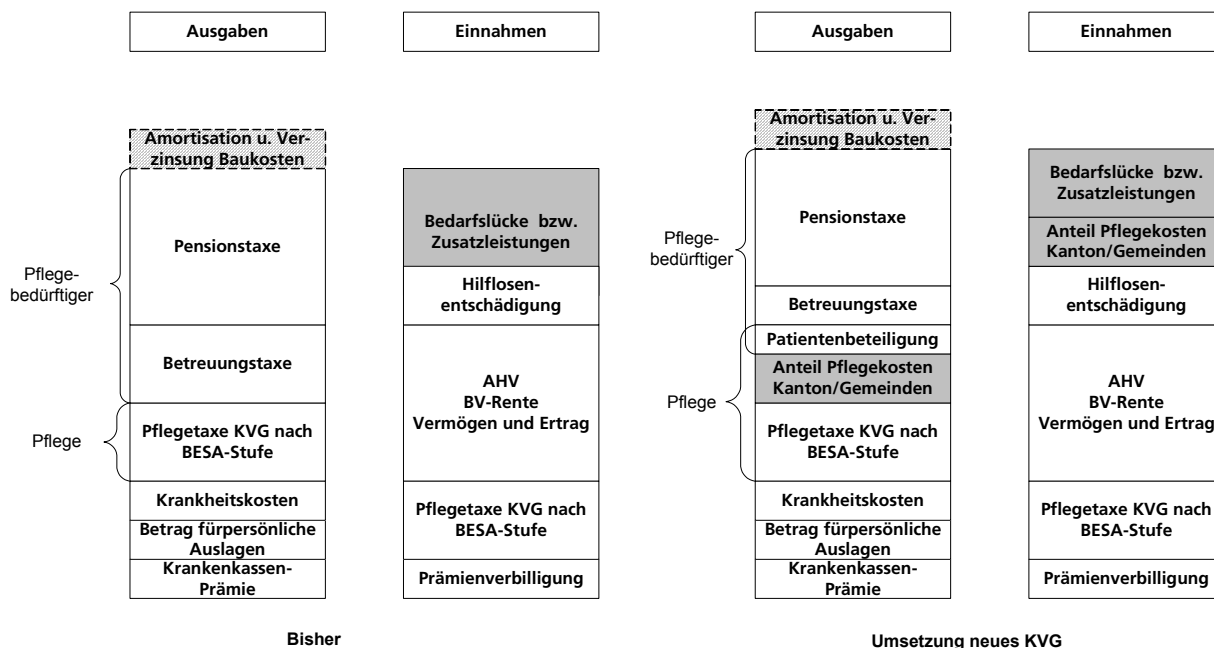
Der Kanton kann grundsätzlich nur zwei Parameter beeinflussen. Erstens kann der Kanton das Verfahren zur Berechnung der Pflegevollkosten wählen. Er kann gegebenenfalls die anrechenbaren Pflegevollkosten nicht individuell pro Heim sondern mit Hilfe eines Benchmarks über alle Heime des Kantons festlegen. Im Jahr 2007 lagen laut Kostenstellenrechnung Curaviva Zentralschweiz bei durchschnittlichen Pflegevollkosten pro Tag in Höhe von 179 Fr. die Pflegevollkosten der beiden teuersten Heime bei 215 Fr. und 207 Fr. pro Tag, diejenigen der beiden günstigsten Heime bei 149 Fr. und 130 Fr. pro Tag. Ob ein solches Vorgehen sinnvoll ist, hängt von den Gründen ab, die hinter dieser Streuung der Vollkosten stehen. Zum Teil könnte die Streuung mit Unterschieden in der Pflegeintensität der jeweiligen Heimbewohner verbunden sein, die über ein vierstufiges Pflegebedarfssystem nur ungenügend abgebildet wird. Dies müsste genauer analysiert werden. Dabei ist besonders auf die Kostenstruktur von Heimen (Betriebs- wie auch Investitionskosten) zu achten, die speziell oder zu einem grossen Anteil auf die Betreuung von Menschen mit Demenz ausgerichtet sind. Legt der Kanton die anrechenbaren Pflegevollkosten anhand eines Benchmarks fest und richtet er die Restfinanzierung der öffentlichen Hand ergänzend zur maximal möglichen Patientenbeteiligung an diesem Wert aus, dann droht den Heimen mit überdurchschnittlichen Pflegevollkosten ein Defizit, das sie nicht auf die Heimbewohner/innen abwälzen dürfen.

Zweitens kann der Kanton auf die Einführung der Patientenbeteiligung ganz verzichten oder sie abhängig von der Pflegebedarfsstufe nur zum Teil ausschöpfen. Bei einem vollständigen Verzicht müssten Kanton und Gemeinden anstelle eines Restbetrags von ca. 4.3 bis 5.4 Mio. Fr. eine Deckungslücke von 7.3 bis 8.4 Mio. Franken tragen. Der Kanton würde den Heimen für jede Pflegebedarfsstufe eine verbindliche Patientenbeteiligung vorschreiben, die diese den Pflegebedürftigen in Rechnung stellen. Das Krankenversicherungsgesetz und die Krankenpflege-Leistungsverordnung geben aber auch die Möglichkeit, dass die Kantone die Restfinanzierung durch Kanton und Gemeinden regeln und es den Heimen überlassen bleibt, die Höhe der in Rechnung gestellten Patientenbeteiligung innerhalb des maximal möglichen Betrags selbständig festzulegen.

Den Mehrausgaben der öffentlichen Hand für die Restfinanzierung der Pflegevollkosten steht in Abhängigkeit von der Höhe der Patientenbeteiligung eine Entlastung bei den Ergänzungsleistungen gegenüber.

Abbildung 4 gibt eine Übersicht über die bedarfsorientierte Finanzierung der Langzeitpflege über die Ergänzungsleistungen wie sie im bisherigen System ausgestaltet war und wie sie sich im Rahmen der Umsetzung der KVG-Revision präsentiert.

Abbildung 4: Bedarfsorientierte Finanzierung der Langzeitpflege über die Ergänzungsleistungen



Quelle: Eigene Darstellung

Die Ausgaben bei Pflegebedürftigkeit im Heim setzten sich im bisherigen Finanzierungssystem aus den Ausgaben für (a) die Heimtaxe, zusammengesetzt aus der Pflegetaxe nach KVG, der Betreuungstaxe und der Pensionstaxe, und (b) weiteren Ausgaben wie Krankenkassenprämien, Krankheitskosten (darunter auch Selbstbehalt und Franchise) und persönliche Auslagen zusammen. Die Pflegetaxen der Krankenkassen waren nicht kostendeckend, ein Teil der Kosten fand sich in der Pensions- und Betreuungstaxe wieder. Dank der Bau- und Investitionsbeiträge der öffentlichen Hand, die die Anlagekosten senkten, waren die laufenden Einnahmen der Pflegeheime im Kanton Uri im Prinzip kostendeckend, so dass Kanton und Gemeinden praktisch keine Betriebsdefizite decken mussten.

Diesen Ausgaben stehen Einnahmen aus der AHV-Rente, der Rente der beruflichen Vorsorge und einer dritten Säule, die Vermögenserträge, ein (nach dem ELG zumutbarer) Vermögensverzehr, die Hilflosenentschädigung (mit einer Karenzfrist von einem Jahr) sowie die Prämienverbilligung und die Rückvergütung der Pflegekosten nach KVG durch die Krankenkassen gegenüber.

Übersteigen die anrechenbaren Ausgaben die Einnahmen, so wird die Deckungslücke durch die Ergänzungsleistungen bedarfsorientiert gedeckt. Vor der Anpassung des ELG im Rahmen der NFA konnten die Karenzfrist der Hilflosenentschädigung und eine niedrige Rente dazu führen, dass die Deckungslücke den gesetzlich verankerten maximalen EL-Betrag überstieg, so dass gegebenenfalls die Sozialhilfe einspringen musste. Diese Obergrenze wurde aufgehoben, so dass unabhängig vom eigenen Renteneinkommen und Vermögen sowie vom Bezug einer Hilflosenentschädigung die Deckungslücke von den Ergänzungsleistungen getragen wird. Damit wurde im Gesetz überhaupt erst ein Weg zu einer konsequenten subjektorientierten Pflegefinanzierung geöffnet, der im Prinzip nicht zur Sozialhilfeabhängigkeit bei Pflegebedürftig-

keit führen kann. Einzige Ausnahme ist die Situation, wenn die Heimtaxe (Betreuung, Pension und Pflege) die kantonal via Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (RB 20.2425) festgelegte Obergrenze der maximal anrechenbaren Heimtaxen nach ELG übersteigt. Die Anzahl Fälle, in denen der Aufenthalt in einem Pflegeheim zur Sozialhilfeabhängigkeit führt, können Kanton und Gemeinden via Anhebung der Obergrenze in besagter Verordnung oder die Fortführung ihrer direkten Beiträge an die Pflegeheime, seien es Beiträge an Baukosten und Investitionen oder an die laufenden Betriebskosten, steuern. Eine vertiefte Analyse der Situation im Kanton Uri findet sich in Abschnitt 5.2.4

Die Umsetzung der Revision des KVG verändert die Situation bei den Ergänzungsleistungen nach NFA nur in einem Bereich (vgl. rechte Hälfte von Abbildung 4). Kantone und Gemeinden müssen, zumindest auf den oberen Pflegebedarfsstufen, einen Teil der Pflegevollkosten übernehmen. Dadurch werden die Pflegebedürftigen in Kantonen, in denen Kanton und Gemeinden bisher keine direkten Beiträge an die laufenden Kosten der Pflegeheime gezahlt haben, trotz Einführung einer Patientenbeteiligung auf den oberen Pflegebedarfsstufen entlastet. Es ist nicht vorauszusehen, inwieweit die Heime ihre Pensions- und Betreuungstaxen transparent um den bisher überwältzten Pflegekostenanteil reduzieren. Da in den meisten Heimen des Kantons Uri nur ein Teil der Differenz zwischen Pflegevollkosten und Krankenkassentariifen auf die Pensions- und Betreuungstaxe überwältzt wurde, werden die Gesamteinnahmen der Heime gegenüber der heutigen Situation ansteigen (in Abbildung 4 rechts als höhere Säulen ausgedrückt).

Durch die direkte Beteiligung von Kanton und Gemeinden an den Pflegevollkosten werden die Ergänzungsleistungen entlastet, da diese Beiträge wie die Krankenkassenbeiträge auch unter den Einnahmen angerechnet werden. Wegen der Ungewissheit, in welchem Ausmass die Pflegeheime ihre Pensions- und Betreuungstaxen um die Beiträge der öffentlichen Hand an den Pflegekosten senken werden, wegen des Wechselspiels mit den Prämienverbilligungen und der Unkenntnis über die genaue Verteilung der EL-Bezüger auf die verschiedenen Pflegebedarfsstufen lässt sich die Reduktion der Kosten für die Ergänzungsleistungen im Kanton Uri jedoch nur grob abschätzen. Diese Entlastung fällt beim Kanton an.

Letztlich stellen sich im Rahmen der Neuaufteilung der Pflegevollkosten im stationären Bereich neben den in diesem Abschnitt angesprochen Punkten zwei weitere wichtige Fragen:

- Wie werden die Kosten für die Restfinanzierung zwischen Kanton und Gemeinden aufgeteilt?
- Soll bei der Neuaufteilung der Pflegekosten auch die Handhabung der Bau- und Investitionsbeiträge angepasst werden?

5.2.2 Finanzierung der Anlagekosten

Die Baubeiträge des Kantons Uri an Alters- und Pflegeheime werden in den Artikeln 40 und 41 des Sozialhilfegesetzes und dem Reglement über die Baubeiträge nach dem Sozialhilfegesetz geregelt. Wer öffentliche oder gemeinnützige private Heime oder Anstalten (Anlagen) baut, ausbaut oder erneuert, kann unter bestimmten Voraussetzungen, die das Reglement näher spezifiziert, einen Grundbeitrag des Kantons von 30% an den anrechenbaren Kosten beantragen. Bei der Schaffung zusätzlicher Kapazitäten, die der kantonalen Bedarfsplanung entsprechen, kann ein Zusatzbeitrag in Höhe von weiteren 10% gewährt werden.

Grundsätzlich sind drei Investitionskategorien zu unterscheiden:

- Investitionskategorie 1: Neu- und Erweiterungsbauten
- Investitionskategorie 2: Erhöhung des Ausbaustandards, z.B. Umwandlung von Mehrbettzimmern in Einbettzimmer
- Investitionskategorie 3: Instandsetzung und Erneuerung

Der Kanton hat sich bisher an Investitionen aller drei Kategorien beteiligt. Die Baubeiträge des Kantons leisten einen Beitrag zur Stabilisierung der Pflegekosten im Kanton Uri. Dies lässt sich aus der Differenz zwischen den Erträgen von 33 Mio. Fr. (SOMED 2006) und der die Anlagekosten beinhaltenden Gesamtkosten auf der Basis der Kostenrechnung von Curaviva Zentralschweiz (KORE 2006) in Höhe von 37.7 Mio. Fr. im Jahr 2006 schliessen, die die Pflegeheime ohne ein jährliches Betriebsdefizit oder einen Betriebskostenbeitrag der öffentlichen Hand tragen konnten. Eine Übersicht über die Investitionen der vergangenen Jahre und ihren Niederschlag in den Anlagewerten der verschiedenen Heime konnte im zeitlichen Rahmen unserer Studie nicht erstellt werden. Die wesentlichen Beiträge an Investitionen wurden vom Kanton geleistet. Die Gemeinden haben sich bisher nur mit marginalen Beträgen an den Bau- und Anlagekosten beteiligt. Die restlichen Baukosten wurden immer über Fremdfinanzierung (Hypotheken) abgedeckt. Die dadurch anfallenden Zins- und Amortisationskosten sind in der Betriebsrechnung bzw. in den Taxen enthalten.

Die individuell zu beantragenden Baukostenbeiträge und ihre nur teilweise Berücksichtigung in den laufenden Betriebsrechnungen und Heimtaxen führen zu einer ungleichen Ausgangslage der verschiedenen Heime und zu Fehlanreizen, hinreichende Rückstellungen für mittelfristig anstehende Investitionen zu tätigen. Gleichzeitig wird die öffentliche Hand in Bezug auf den Ausbaustandard vor die Entscheidung gestellt, welches der Zimmer-Standard der Zukunft ist, resp. welchen sie finanzieren will/muss. Sind es 1-Bett-Zimmer? Oder soll für alle Einwohner/innen ein 2-Bett-Zimmer-Standard sichergestellt werden?

Prinzipiell bestehen zwei Möglichkeiten, die Anlagekosten in den Heimtaxen zu berücksichtigen: Erstens können die Anlagekosten direkt in die Vollkostenrechnung für die Pflege-, Betreuungs- und Pensionskosten eingerechnet werden. Diesen Weg geht die Kostenstellenrechnung von Curaviva Zentralschweiz bereits heute. Ca. 90% der Anlagenutzungskosten (Verzinsung, Amortisation) sind in den Pensionskosten enthalten, etwa 10% in den kalkulatorischen Pflegevollkosten. Ihr Anteil an den Betreuungskosten ist zu vernachlässigen.

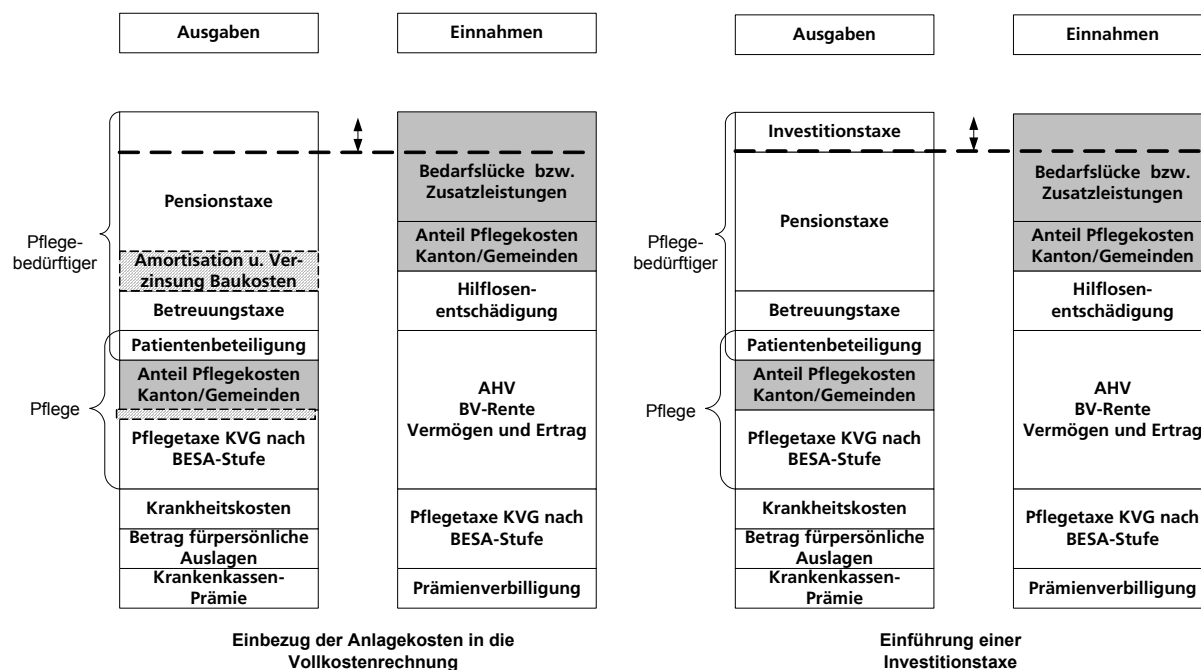
Zweitens kann sich der Kanton für die Einführung einer Investitionstaxe pro Bewohner und Aufenthaltstag entscheiden, die auf der Basis der Anlagekosten über einen Investitionszyklus hinweg (in Graubünden z.B. von 25 Jahren) berechnet wird. Der Kanton kann über die Höhe der Investitionstaxe steuern, welcher Anteil der Investitionen von den Heimbewohnern getragen werden soll.

In Graubünden hat der Regierungsrat z.B. eine Investitionstaxe von maximal 10 Fr. pro Tag festgelegt, die 50% der Kosten für Instandsetzung und Erneuerung abdecken soll und von den Heimbewohnern getragen wird. Der Rest dieser Kosten wird weiterhin durch Beiträge der Gemeinden gedeckt. In seiner Mitteilung schreibt der Regierungsrat: «Mit dem neuen System sind die Trägerschaften gehalten, unternehmerische Verantwortung wahrzunehmen und mit einer sorgfältigen Finanz- und Investitionsplanung die Mittel für die Instandsetzung und Erneuerung bestehender Bauten an neue Standards bereitzustellen. Es ist Pflicht der Institutionen, die Tagestaxen so anzusetzen, dass mit den Tarifeinnahmen die entfallenden objektbezogenen Investitionskostenbeiträge des Kantons gedeckt und die notwendigen Rückstellungen für zukünftige Investitionen getätigt beziehungsweise Investitionsschulden amortisiert werden können. [...] Der Investitionsanteil an den von den Heimen erhobenen Tarifen ist entsprechend in der Betriebsrechnung separat aufzuführen und in der Bilanz als Rückstellung für Neuinvestitionen zweckgebunden zu verbuchen.» An die Kosten für Neu- und Erweiterungsbauten sowie die Umwandlung von Zweibett- in Einbettzimmer leisten Kanton und Gemeinden weiterhin Investitionsbeiträge.

In **Abbildung 5** werden die beiden Möglichkeiten des Einbezugs der Anlagekosten verdeutlicht: (1) Einbezug der Anlagekosten über die Vollkostenrechnung direkt in die Tarife, (2) Einbezug der Anlagekosten über eine Investitionstaxe, über deren Höhe der Kanton steuern kann, welchen Anteil er auf die Heimbe-

wohner überwält (in einem Atemzug mit der Festlegung der Höhe der Patientenbeteiligung, die die gleichen Auswirkungen hat).

Abbildung 5: Möglichkeiten der Finanzierung der Anlagekosten



Quelle: Eigene Darstellung

Die Integration der Anlagenutzungskosten (Amortisation und Verzinsung) wird zu einem Anstieg der Heimtaxen führen. Abbildung 5 zeigt den Unterschied in den Ausgaben der Heimbewohner/innen gegenüber der heutigen Situation (die gestrichelte Linie entspricht dem Ausgabenniveau ohne Integration). Für diejenigen Haushalte, die einen Anspruch auf Ergänzungsleistungen haben, werden die höheren Heimtaxen durch die Ergänzungsleistungen kompensiert, wenn sie nicht oberhalb der Grenze der maximal anrechenbaren Taxen liegen.

Der Kanton Uri muss hier in Absprache mit den Gemeinden eine Entscheidung treffen, ob er zu einer vollständigen Subjektfinanzierung unter Integration der Amortisation und Verzinsung der Anlagekosten und Ausschöpfen der maximal möglichen Patientenbeteiligung übergehen will oder ob ein Teil der Investitionskosten weiterhin direkt von der öffentlichen Hand getragen werden soll. In Abhängigkeit vom Anteil an EL-Bezüglern unter den Heimbewohnern werden jedoch zwischen 40% und 50% der Einsparungen der öffentlichen Hand beim Übergang zu einer vollständigen Subjektfinanzierung durch die Finanzierung der Ergänzungsleistungen wieder aufgezehrt.

Berechnet man die Anspruchsgrenze auf Ergänzungsleistungen eines alleinstehenden Heimbewohners mit Pflege-Stufe BESA 4 (mit einem Vermögen unterhalb des Freibetrags und einer Hilflosenentschädigung in Höhe von monatlich 884 Fr.), dann liegt die Anspruchsgrenze im heutigen System in einem Heim, das die maximal mögliche Heimtaxe von 224 Fr. ausschöpft, bei ca. 48'000 Fr. Einkommen im Jahr. Bei einer vollständigen Subjektfinanzierung mit Integration der Investitionen und Ausschöpfen der maximalen Patientenbeteiligung würde die Anspruchsgrenze dieses Heimbewohners auf der Basis der durchschnittlichen Kosten für Pension, Betreuung und Pflege der Kostenstellenrechnung von Curaviva für das Jahr 2007 bei ca. 49'000 Fr. liegen. Die Entlastung des Heimbewohners auf Pflegestufe 4 durch die Restfinanzierung der Pflegevollkosten durch die öffentliche Hand würde durch die Integration der Investitionskosten in die Heimtaxen ungefähr aufgewogen.

Ein Wechsel von der Objektfinanzierung auf die Subjektfinanzierung der Anlagenutzungskosten ist aufgrund der «laufenden» Investitionsbeiträge von Kanton und Gemeinden komplex und für Institutionen, Gemeinden und Kanton mit erheblichem Aufwand verbunden. Institutionen mit einem Nachholbedarf dürfen nicht benachteiligt werden gegenüber Einrichtungen, die gerade kürzlich mit Hilfe kantonaler Baubeiträge umgebaut haben. Aus diesem Grund müssten bei einer entsprechenden Entscheidung die Übergangsbestimmungen sorgfältig gewählt und die Gemeinden und Institutionen in die Umstellungsarbeiten einbezogen werden.

5.2.3 Drei Modellvarianten für die Finanzierung der stationären Langzeitpflege

Tabelle 21 fasst die wichtigsten anstehenden **Entscheidungen** des Kantons bei der Umsetzung der Neuregelung der Pflegefinanzierung zusammen.

Tabelle 21: Entscheidungsebenen und -spielräume des Kantons bei der Finanzierung der stationären Langzeitpflege

1. Festlegung der Berechnung der Pflegevollkosten im Heim

Variante a. Individuelle Vollkostenrechnung der Heime

Variante b. Benchmark Vollkosten über alle Pflegeheime

Der Kanton kann über die Festlegung eines Benchmarks (Variante b.) einen gewissen Druck auf die Heime ausüben, ihre Pflegeprozesse und Kostenstrukturen zu optimieren. Vor Einführung des Benchmarks müssten die heute bestehenden Unterschiede in den Pflegevollkosten der Heime genauer daraufhin untersucht werden, ob ihnen eine unterschiedliche Pflegeintensität der Bewohner bei gleicher Einstufung nach BESA (z.B. das Problem der BESA-Einstufung von Demenzkranken), ein unterschiedliches Engagement im Bereich der Ausbildung oder andere, von den Trägerschaften nicht beeinflussbare Standortfaktoren (z.B. Lohnniveau) zugrunde liegen. Gegebenenfalls müsste hier ein Ausgleich geschaffen werden. Die Unterschiede in den Pflegevollkosten könnten beim Übergang zu einem zwölfstufigen gegenüber dem bestehenden vierstufigen Pflegebedarfssystem kleiner werden.

Die Einführung eines Benchmarks würde dazu führen, dass Heime mit überdurchschnittlichen Pflegevollkosten ein Defizit in dieser Kostenstelle einfahren. Heime mit unterdurchschnittlichen Pflegevollkosten erzielen hingegen Mehreinnahmen. Der Kanton kann sie schlecht für ihre günstigeren Kostenstrukturen bestrafen, indem er den Beitrag der öffentlichen Hand für diese Heime niedriger ansetzt. Er könnte ihnen aber zugehen, dass sie eine niedrigere Patientenbeteiligung von ihren Bewohnern verlangen.

Gegenüber der heutigen Pflegefinanzierung erzielen die Heime auf jeden Fall Mehreinnahmen, da sie nur einen Teil der bisherigen Deckungslücke zwischen Pflegevollkosten und Krankenkassen-Pflegetarifen auf die Pensions- und Heimtaxen überwält haben.

2. Festlegung der Patientenbeteiligung

Variante a. Verzicht auf eine Patientenbeteiligung

Variante b. Festlegung von abgestuften Patientenbeteiligungen nach Pflegebedarf

Variante c. Ausschöpfen der maximal möglichen Patientenbeteiligung

Der Kanton kann via Verordnung oder via Festlegung der Höhe des Kostenbeitrags der öffentlichen Hand an den Pflegevollkosten steuern, inwieweit die maximal mögliche Patientenbeteiligung von 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags ausgeschöpft wird. Er kann über diese Grösse die Mehrkosten für die Finanzierung der Pflegevollkosten zwischen der öffentlichen Hand und den Pflegebedürftigen aufteilen.

Variante a. hat zur Folge, dass die gesamten Mehrkosten bei der öffentlichen Hand anfallen, die Heimbewohner hingegen aufgrund einer Reduktion der Pensions- und Betreuungstaxen um den bisher überwält Anteil Pflegekosten letztlich entlastet werden. Variante c., das Ausschöpfen der maximal möglichen Patientenbeteiligung, wird bei den meisten Heimen dazu führen, dass die Bewohner auf den oberen Pflegebedarfsstufen in der Summe aller Taxen trotz Patientenbeteiligung entlastet werden, bei den unteren Pflegebedarfsstufen hingegen stärker belastet werden.

Fortsetzung Tabelle 21

3. Neuregelung der Baubeiträge und Investitionskosten

- Variante a. Integration der Baubeiträge und Investitionskosten in die Heimtaxen (nach Vollkostenrechnung Curaviva Zentralschweiz) und Wegfall der kantonalen Beiträge gemäss dem Reglement über die Baubeiträge nach dem Sozialhilfegesetz
- Variante b. Integration der Baubeiträge und Investitionskosten in eine transparent ausgewiesene Investitionstaxe, die dem Bewohner in Rechnung gestellt wird, und Wegfall der kantonalen Beiträge gemäss dem Reglement über die Baubeiträge nach dem Sozialhilfegesetz
- Variante c. Einführung einer Investitionstaxe pro Tag, die einen Teil der Investitionskosten deckt und vom Heimbewohner getragen wird, und Abdeckung der verbleibenden Investitionskosten durch Beiträge von Kanton und / oder Gemeinden.
- Variante d. Weiterführung des Status Quo mit Beiträgen des Kantons gemäss dem Reglement über die Baubeiträge nach dem Sozialhilfegesetz

Der Kanton wird zunächst die Entscheidung treffen müssen, ob er, für eine Übergangsphase oder prinzipiell, Investitionen für Neu- und Erweiterungsbauten (darunter auch die Umwandlung von Mehrbett- in Einbettzimmer), die einer veränderten Nachfrage (u.a. aufgrund des demografischen Wandels) und Pflegeheimplanung entsprechen, anders behandeln will als Investitionen / Anlagekosten für Instandsetzung und Erneuerung bereits bestehender Pflegeheimplätze. Allenfalls ist auch die Investitionsfinanzierung von Ferienbetten neu zu regeln (bei der Finanzierung zusätzlicher Pflegeheimplätze könnten auch Ferienbetten mitfinanziert werden).

Variante a. und b. gehen, ungeachtet einer eventuellen Weiterführung von Investitionsbeiträgen der öffentlichen Hand für Neu- und Erweiterungsbauten, einen grossen Schritt in Richtung Subjektfinanzierung des Pflegeheimaufenthalts und Kostentransparenz bei den Anlagekosten. Für die Instandsetzung und Erneuerung bestehender Bauten werden keine objektbezogenen öffentlichen Beiträge mehr ausgerichtet. Ein schleichender Substanzverlust der Heime durch ungenügende Rückstellungen wird verhindert. Variante b. hat gegenüber Variante a. den Vorteil, dass der Kanton Vorgaben über die maximal anerkannte Investitionstaxe und die transparente Verbuchung des Investitionsanteils an den von den Heimen erhobenen Tarifen in der Betriebsrechnung und in der Bilanz machen kann.

Variante c. schafft die gleiche Kostentransparenz wie die Varianten a. und b., bezieht aber die öffentliche Hand in die Finanzierung der Instandhaltung und Erneuerung ein und senkt somit die Kosten für die Heimbewohner. Der Belastung der öffentlichen Hand durch die Beteiligung an den Instandhaltungs- und Erneuerungskosten steht eine Entlastung bei der EL gegenüber.

Variante d., die Weiterführung des Status Quo bei den Investitionsbeiträgen, ist im Prinzip nicht praktikabel. Unabhängig vom Entscheid über die Höhe der Patientenbeteiligung fliessen den Heimen substantielle Mehreinnahmen über die Vergütung der Pflegevollkosten zu. Um die Pensions- und Betreuungstaxen um bisher überwältzte Anteile an den Pflegekosten anpassen zu können, müssten die Heime die Anlagekosten bereits transparent ausweisen. Die Mehreinnahmen bei den Pflegekosten werden zwar die Situation bei den Rückstellungen verbessern, aber allfällige Fehlanreize, Ungerechtigkeiten und mangelnde Transparenz bei den Kosten für Erneuerung und Instandhaltung nur bedingt beheben.

Fortsetzung Tabelle 21

4. Aufteilung der Finanzierungsverantwortung zwischen Kanton und Gemeinden

Die Aufteilung der Finanzierungsverantwortung zwischen Kanton und Gemeinden ist auf drei Ebenen zu überprüfen:

1. Restfinanzierung der Pflegevollkosten
2. Investitionsbeiträge für Neu- und Erweiterungsbauten sowie für Instandhaltung und Erneuerung
3. Finanzierung der Ergänzungsleistungen.

Die öffentliche Hand wird auch bei Ausschöpfen der maximal möglichen Patientenbeteiligung und einer Anpassung der Pensions- und Betreuungstaxen deutliche Mehrkosten zu tragen haben. Im heutigen Finanzierungssystem sind die Gemeinden nicht eingebunden, auch wenn ihnen im Gesundheitsgesetz die Aufgabe zukommt, die stationäre Langzeitpflege (Pflegeheime) ihrer Wohnbevölkerung sicher zu stellen. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, die Gemeinden entweder auf der Ebene 1 oder 2 oder auf beiden Ebenen 1 und 2 in die Finanzierung einzubinden (vgl. Tabelle 23 Modellvarianten).

5. Anpassung der EL-Obergrenze der maximal anrechenbaren Heimtaxen

Die Entscheidungen auf den vorangehenden Ebenen haben einen Einfluss auf die resultierenden durchschnittlichen Heimtaxen. Um das Ziel des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG), dass durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit begründet wird, zu erreichen, muss die Obergrenze der im Rahmen der EL maximal anrechenbaren Heimtaxe im Kanton Uri überprüft und angepasst werden (siehe Abschnitt 5.2.4).

Quelle: Eigene Darstellung

Die geschätzten **Kostenfolgen** der verschiedenen angesprochenen Alternativen werden basierend auf den Finanzflüssen des Jahres 2007 anschliessend in **Tabelle 22** einander gegenübergestellt.

Tabelle 22: Abschätzung der Kosten der verschiedenen Alternativen

	Kanton	Gemeinden	Krankenkassen	Heimbewohner
Aktuelle Kostenverteilung (2007, geschätzt)				
	4'500'000 (EL) plus Baubeiträge	0 (EL) minime Baubeiträge	9'300'000	22'500'000

1. Festlegung der Berechnung der Pflegevollkosten im Heim

– Variante a	+ 7.3 - 8.4 Mio. Pflegekosten – 1 bis - 1.5 Mio. bei der EL	0 bei der EL	0 bis + 1.1 Mio.	Entlastung durch reduzierte Pensions- und Betreuungstaxen
--------------	--	--------------	------------------	---

Erläuterung:

- Die Differenz zwischen den Pflegevollkosten und den Krankenkassenbeiträgen beträgt je nach Höhe der vom Bundesrat festgelegten Tarife zwischen 7.3 und 8.4 Mio. Fr. (Variante a., Basis 2007 ohne Teuerung und Mengenzuwachs). Der Kanton muss hier die Restfinanzierung regeln und diese Lasten zwischen sich, den Gemeinden und den privaten Haushalten (vgl. 2. Patientenbeteiligung) neu aufteilen.
- Diesen Mehrkosten für die öffentliche Hand stehen Entlastungen von 1 bis 1.5 Mio. Fr. bei den Ergänzungsleistungen gegenüber, die beim Kanton (ohne die Erhebung einer Patientenbeteiligung, vgl. unter 2.) anfallen würden.
- Je nach Festlegung der Krankenkassentarife durch den Bundesrat können den Krankenkassen im Kanton Uri aus der Neuregelung Mehrkosten bis zu 1.1 Mio. Fr. erwachsen, die sich in den Krankenkassenprämien niederschlagen würden. Die Pflegebedürftigen sollten zunächst entlastet werden, da ein Teil der Pflegekosten bisher auf die Pensions- und Betreuungstaxen überwält wurde.
- Da die Heime nur einen Teil der Pflegevollkosten auf die privaten Haushalte überwält haben, generieren sie aufgrund der Revision des KVG selbst bei einer Senkung der Pensions- und Betreuungstaxen auf das Niveau der Vollkosten noch Mehreinnahmen in der Grössenordnung von einigen Mio. Franken (schätzungsweise bis zu 5 Mio. Fr.).

2. Festlegung der Patientenbeteiligung (PB)

Variante a) keine	0		0	0
Variante b) mit 10 Fr.	- 1.5 Mio. bei den direkten Kosten + 600'000 bei EL	0 bei EL	0	+ 900'000 (Patientenbeteiligung minus EL)
Variante c) mit 19.60 Fr.	- 3 Mio. bei den direkten Kosten + 1.2 Mio. bei EL	0 bei EL	0	+ 1.8 Mio. (Patientenbeteiligung minus EL)

Erläuterung:

- Durch die Einführung einer Patientenbeteiligung kann sich die öffentliche Hand bei Ausschöpfen des maximal möglichen Betrags um 3 Mio. Fr. entlasten. Dieser Entlastung stehen zusätzliche Kosten bei den Ergänzungsleistungen gegenüber, die für die Anspruchsberechtigten die Patientenbeteiligung übernehmen. Ein Heimbewohner, welcher gerade nicht mehr EL-anspruchsberechtigt ist («Mittelstand»), würde im Jahr mit zusätzlich ca. 7'100 Fr. belastet. Diese zusätzliche Belastung kann aber letztlich erst im Kontext der Neuregelung der Anlagekosten und Investitionsbeiträge und damit einer Neufestlegung der Pensions-, Betreuungs- und gegebenenfalls auch Investitionstaxe beurteilt werden.

Fortsetzung Tabelle 22

	Kanton	Gemeinden	Krankenkassen	Heimbewohner
3. Neuregelung der Investitionen				
Variante a. und b.	Entlastung gegenüber den heutigen Beiträgen, Höhe hängt von Weiterführung der Beiträge für Neubauten und Erweiterungen ab	0	0	Im Prinzip eine zusätzliche Belastung der Heimbewohner, nicht aber unbedingt gegenüber den heutigen Heimtaxen, da Pflegekosten überwältzt wurden (je nach BESA Stufe).
Variante c.	Die öffentliche Hand kann ihre zukünftigen Beiträge und damit auch Belastungen genau und besser prognostizierbar steuern. Die Be-/ Entlastung hängt vom Entscheid über die Weiterführung Beiträge für Neubauten und Erweiterungen und die Höhe der Investitionstaxe für Bewohner ab		0	Im Prinzip eine zusätzliche Belastung der Heimbewohner (reduziert gegenüber Variante a. und b.), nicht aber unbedingt gegenüber den heutigen Heimtaxen, da Pflegekosten überwältzt wurden (je nach BESA Stufe).
Variante d. «Status Quo»	0	0	0	0
4. Einbezug der Gemeinden in die Finanzierung				
	Der Kanton kann über das Ausschöpfen der maximal möglichen Patientenbeteiligung und die Einführung einer Investitionstaxe die Höhe der Restfinanzierung von Pflegevollkosten und Baubeiträgen der öffentlichen Hand steuern. Selbst bei einem vollständigen Verzicht auf die kantonalen Baubeiträge wären in der Summe Mehrkosten zu erwarten. In Tabelle 23 Modellvarianten werden verschiedene konkrete Finanzierungsschlüssel zwischen Kanton und Gemeinden diskutiert.		0	0

Fortsetzung Tabelle 22

	Kanton	Gemeinden	Krankenkassen	Heimbewohner
5. Anpassung der Obergrenze der maximal anrechenbaren Heimtaxe im Rahmen der EL				
	Die Erhöhung der Obergrenze führt zu Mehrkosten für den Kanton, die aber nicht auf diesem Abstraktionsgrad beziffert werden können.	0	0	Eine Anpassung der Obergrenze verhindert die Sozialhilfeabhängigkeit von Heimbewohnern und ist in diesem Sinne eine Entlastung.

Quelle: Eigene Darstellung

In **Tabelle 23** werden abschliessend die Entscheidungsebenen und -spielräume des Kantons in drei kohärenten **Umsetzungsmodellen** zusammengefasst.

Tabelle 23: Drei Modellvarianten für die Finanzierung der stationären Langzeitpflege

Modellvariante 1: Vollständige Subjektfinanzierung**Merkmale / Inhalt**

Der Kanton verzichtet auf die Weiterführung seiner Baubeiträge. Die Investitionskosten werden entweder über eine Vollkostenrechnung oder eine transparent ausgewiesene Investitionstaxe pro Bewohner und Tag vollständig in die Heimtaxen und die Betriebsrechnung der Heime integriert. Die Investitionskosten gehen damit zu Lasten der Heimbewohner. Der Kanton schöpft via Verordnung die maximal mögliche Patientenbeteiligung auf allen Pflegestufen aus.

Konsequenzen

Zu den Kosten für die Restfinanzierung der Pflegevollkosten in Höhe von 4.3 bis 5.4 Mio. Fr., die für die öffentlichen Hand anfallen, kommen noch Mehrkosten bei den Ergänzungsleistungen hinzu, die aber deutlich unter 1 Mio. Fr. liegen werden. Im Gegenzug wird der Kanton um seine bisherigen Baubeiträge (27 Mio. Fr. in 14 Jahren, ca. 2 Mio. Fr./Jahr) entlastet. Trotz des Übergangs zu einer vollständigen Subjektfinanzierung bleiben der öffentlichen Hand noch Mehrkosten in Höhe von ca. 3 bis 4 Mio. Franken. Diese müssten zwischen Gemeinden und Kanton neu aufgeteilt werden.

Die Heimbewohner müssen im Durchschnitt aller Heime und Pflegestufen nur einen leicht höheren Beitrag für die Heimtaxen inkl. Patientenbeteiligung und Investitionsanteil zahlen. Die Anspruchsgrenze auf Ergänzungsleistungen für einen Pflegebedürftigen BESA-Stufe 4 in einem Heim mit durchschnittlichen Vollkosten wird bei ca. 49'000 Fr. liegen, damit rund 1'000 Fr. über einem Heim, das im Rahmen der heutigen Pflegefinanzierung die maximal anrechenbare Tagestaxe von 224 Fr. in Rechnung stellt.

Für die Heime resultieren Mehreinnahmen von bis zu 5 Mio. Fr., denen heute ein Substanzverlust (je nach Heim in unterschiedlicher Grössenordnung) oder andere Einnahmen gegenüberstehen müssen.

Modellvariante 2: Neuregelung der Restfinanzierung Pflegevollkosten, ansonsten Weiterführung des Status Quo bei der Finanzierung von Investitionen**Merkmale / Inhalt**

Der Kanton regelt nur die Restfinanzierung der Pflegevollkosten neu, führt ansonsten aber die kantonalen Baubeiträge unverändert weiter. Über die Patientenbeteiligung steuert er die Kostenverteilung zwischen öffentlicher Hand und den Heimbewohnern. Im Sinne von Art. 6 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Uri bindet er die Gemeinden in die Restfinanzierung der Pflegevollkosten ein.

Konsequenzen

Der Kanton muss die Restfinanzierung der Pflegevollkosten in Höhe von zwischen 7.3 und 8.4 Mio. Fr. neu regeln. Er kann davon einen Anteil in Höhe von 3 Mio. Fr. durch Ausschöpfen der maximalen Patientenbeteiligung auf die Heimbewohner übertragen. Den Rest müssen Kanton und gegebenenfalls neu auch die Gemeinden tragen. Den Heimen kommen Mehreinnahmen zwischen 7.3 und 8.4 Mio. Fr. zu, wenn sie nicht im Gegenzug ihre Pensions- und Betreuungstaxen senken.

Transparenz in Bezug auf die Rückstellungen für Erneuerungen und Instandhaltungen und die Verwendung der Mehreinnahmen wird bei diesem Vorgehen nicht «erzwungen». Die Gemeinden würden nur über die Mitfinanzierung der Restkosten Pflege in die Finanzierungsverantwortung genommen, nicht über die Steuerung der Investitionen und der Anlagekosten. Aus diesen Gründen dient diese Modellvariante zwar als Referenz, aber sie stellt keine wirkliche Handlungsoption dar.

Fortsetzung Tabelle 23

Modellvariante 3: Einführung einer Investitionstaxe und Beteiligung der Gemeinden an den Investitionskosten

Merkmale / Inhalt

Der Kanton führt eine maximale Investitionstaxe pro Tag und Bewohner ein, die einen Teil der Investitionskosten deckt und vom Heimbewohner getragen wird. Die Abdeckung der verbleibenden Investitionskosten erfolgt durch Beiträge der Gemeinden, gegebenenfalls auf der Ebene der Neu- und Erweiterungsbauten ergänzt durch Beiträge des Kantons. Bei der Finanzierung der Pflegevollkosten wird die maximal mögliche Patientenbeteiligung ausgeschöpft. Kanton und Gemeinden teilen sich die Restfinanzierung.

Der Kanton beschränkt seine Baubeiträge in Zukunft rein auf die Ebene der Neu- und Erweiterungsbauten, bei denen er einen bestimmten Anteil übernimmt, oder er stellt sie ganz ein. Durch die Höhe der Investitionstaxe kann die Belastung der Heimbewohner und auch die Einkommensgrenze, ab der die Inanspruchnahme von Ergänzungsleistungen notwendig wird, gesteuert werden.

Konsequenzen

Die Unterschiede zur reinen Subjektfinanzierung von Modellvariante 1 bestehen zum einen in der Entlastung der Heimbewohner, zum anderen in der Steuerung der Investitionen. Die Vollkosten der Heime sind in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Diese Entwicklung wird sich, nicht zuletzt angesichts des hohen Anteils des Personalaufwands an den Pflegekosten, in den nächsten Jahren fortsetzen. Mit dem Anstieg der Pensions-, Betreuungs- und Investitionskosten sowie der Patientenbeteiligung wird auch die Einkommensgrenze angehoben, unterhalb derer Ergänzungsleistungen zur Finanzierung der Pflege im Heim in Anspruch genommen werden müssen. Zugleich wächst die Belastung für diejenigen Haushalte, die gerade keinen Anspruch mehr auf Ergänzungsleistungen haben. Sie werden trotz relativ guten Renten letztlich auf den Betrag für persönliche Auslagen, den die Ergänzungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit im Heim zugestehen, «zurückgeworfen» oder sehen sich einem starken Vermögensverzehr ausgesetzt. Bei einer reinen Subjektfinanzierung kann der Kanton diese Entwicklung nicht beeinflussen, hingegen durch die Begrenzung der maximalen Investitionstaxen und durch Investitionsbeiträge der öffentlichen Hand.

Bei der Finanzierung der Pflegevollkosten kann der Kanton durch die Wahl des Benchmarks der anerkannten Pflegevollkosten Einfluss nehmen. Im Bereich der Investitionen bietet Modellvariante 3 ebenfalls einen Ansatz zur Steuerung der Kosten und Übernahme einer sinnvollen Finanzierungsverantwortung von Gemeinden und Kanton.

Die Neuregelung der Investitionsbeiträge ist unabhängig von der Finanzierung der Pflegevollkosten. Hier kommen auch in Modellvariante 3 Mehrkosten zwischen 4.3 und 5.4 Mio. Fr. auf die öffentliche Hand zu, die zwischen Kanton und Gemeinden aufzuteilen sind. Zusätzlich müssten die Gemeinden und Kanton jedoch ihre zugesagten Investitionsbeiträge tragen. Abschätzungen der notwendigen Rückstellungen für Erneuerungen und Instandsetzungen (nicht für die Amortisation der Anlagekosten von Neubauten) in anderen Kantonen ergeben einen Betrag von ca. 20 Fr. pro Tag und Bewohner. Bei einer hälftigen Aufteilung zwischen der Investitionstaxe, die dem Heimbewohner in Rechnung gestellt wird, und der öffentlichen Hand, resultiert daraus eine zusätzliche Belastung von Gemeinden und / oder Kanton gegenüber Modellvariante 1 in Höhe von ca. 2 Mio. Fr. Dieser Mehrbelastung steht jedoch eine Entlastung bei der EL gegenüber, die substantiell ist. Sie entspricht prozentual dem Anteil der EL-Bezüger unter den Heimbewohnern, d.h. zwischen 40 und 50% der Mehrkosten bei den Investitionsbeiträgen.

Quelle: Eigene Darstellung

Empfehlungen

Aus Sicht der Autoren dieser Studie sind sowohl Modellvariante 1 als auch Modellvariante 3 sinnvolle Wege einer Neuregelung der stationären Langzeitpflegefinanzierung im Kanton Uri. Der Entscheid zwischen der einen oder anderen Variante ist letztlich ein politischer und weniger ein wissenschaftlicher.

5.2.4 Anpassung der Obergrenze der maximal anrechenbaren Heimtaxe

Im Gegenzug zur Aufhebung der Begrenzung des maximalen Betrags an Ergänzungsleistungen und zum Übergang zur Subjektfinanzierung müssen die Kantone maximal anrechenbare Heimtaxen festlegen, um nicht via EL eine völlige Wahlfreiheit des Heims ungeachtet der Kosten zu ermöglichen. Der Kanton Uri hat die anrechenbaren Kosten beim Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim oder Spital auf höchstens 450% des Betrags für den allgemeinen Lebensbedarf für Alleinstehende (Art. 10 Abs. 1 Bst. a ELG) begrenzt, diejenigen bei einem Aufenthalt in einem Altersheim auf 190%. Dies bedeutet eine max. anrechenbare Heimtaxe (Stand 2008) von 224 Fr. pro Tag im Pflegeheim und 94 Fr. pro Tag im Altersheim.

Tabelle 24 macht deutlich, dass sich viele Urner Heime auf der Pflegestufe BESA 3 und 4 und im Einbett- oder Zweibettzimmer bereits heute an dieser Grenze bewegen oder sie sogar überschreiten (fett hervorgehoben). Darauf weist auch die Kostenstellenrechnung KORE von Curaviva Zentralschweiz hin, die für BESA 4 auf KLV-Leistungen in Höhe von 176 Fr. kommt. Die Differenz zur maximal anrechenbaren Heimtaxe von 224 Fr. im Jahr 2008 beträgt 48 Fr. pro Tag, aus denen die Leistungen für Pension und Betreuung nicht abgedeckt werden können.

Tabelle 24: Überschreitung der maximal anrechenbaren Heimtaxe auf Pflegestufe BESA 3 und 4

Institutionen	Pensionstaxen (Fr.)		Betreuungstaxen (Fr.)				Pflege, Betreuungs- und Pensionstaxen (Fr.)			
	PH 1er	PH 2er	BESA 1a	BESA 1b	BESA 2	BESA 3	BESA 4	PH 1er BESA3	PH 1er BESA4	PH 2er BESA4
KSU / Pflegeabteilung / Geriatrie	130	120	0	36	36	36	36	220	236	216
Region Talboden, unteres Reusstal inkl. Seegemeinden										
APH Rosenberg, 6460 Altdorf	111-116	96	5	22	40	48	59	232	259	239
Stiftung Pflegewohngruppe Höfli	99		2	32	57	72	86	239	269	
Spannort, 6472 Erstfeld	90	80	6	25	45	58	78	216	252	242
Urner Altersheim, 6454 Flüelen	92-95	85	0	14	38	42	50	205	229	219
Alterspension Seerose, 6454 Flüelen	75-87	75	0	10	34	45	50	200	221	209
APH Rüttigarten, Schattdorf	120	100	5	22	40	48	59	236	263	243
Region Schächental										
APH Gosmergartä, 6463 Bürglen	92	84	5	22	40	45	55	205	231	223
Region oberes Reusstal und Ursern										
BPH Wassen, 6484 Wassen	72	65-66	0	15	30	38	53	178	209	203
APH Andermatt, 6490 Andermatt	85-90	76	5	14	34	40	70	198	244	230
Min / Max	72 / 120	65 / 100	0 / 6	10 / 32	30 / 57	40 / 72	50 / 86	178 / 239	209 / 269	203 / 243

Quelle: GSUD; eigene Berechnungen

Die heutige Obergrenze ist demnach zu niedrig. **Tabelle 25** auf der nachfolgenden Seite zeigt, dass es nicht um geringe Beträge geht, die von den Haushalten getragen werden müssen. Eine telefonische Umfrage bei den Sozialdiensten des Kantons Uri im November 2008 ergab eine Zahl von 8 Personen, die zur Finanzierung ihres Heimaufenthalts zusätzlich Sozialhilfe beziehen müssen, die Tendenz ist steigend. Die Zahl wird nach der Umsetzung der Revision des KVG weiter zunehmen, wenn sich die Heimtaxen den Vollkosten annähern.

In vielen Kantonen wurde der Weg beschritten, die maximalen Heimtaxen der EL differenziert nach Pflegebedarfsstufen festzulegen. Dies erlaubt eine genauere Steuerung, da die Heimtaxen auf den unteren Pflegebedarfsstufen ansonsten ungeachtet ihrer Höhe nur selten die Obergrenze übersteigen. Einige Kantone haben zudem bereits auf ein zehn- oder mehrstufiges System, z.B. RAI/RUG gewechselt, das vor allem bei den oberen Pflegebedarfsstufen eine grössere Differenzierung und letztlich trotz Kostenneutralität einen höheren Deckungsgrad der Krankenkassenbeiträge an den Pflegevollkosten ermöglicht.

Tabelle 25: Überschreitung der maximal anrechenbaren Heimtaxe nach EL auf Pflegestufe BESA 3 und 4

Institutionen	Differenz Pflege, Pensions- und Betreuungstaxe zu max. Heimtarif EL (224 Fr.) im Jahr (Fr.)			Bettenzahl	
	PH 1er BESA3	PH 1er BESA4	PH 2er BESA4	BESA3	BESA4
KSU / Pflegeabteilung / Geriatrie	-1'460	4'380	-2'920	15	15
Region Talboden, unteres Reusstal inklusive Seegemeinden					
APH Rosenberg, 6460 Altdorf	2'920	12'775	5'475	36	40
Stiftung Pflegewohngruppe Höfli	5'475	16'425		2	17
Spannort, 6472 Erstfeld	-2'920	10'220	6'570	15	16
Urner Altersheim, 6454 Flüelen	-6'935	1'825	-1'825	5	16
Alterspension Seerose, 6454 Flüelen	-8'760	-1'095	-5'475	6	8
APH Rüttigarten, Schattdorf	4'380	14'235	6'935	18	7
Region Schächental					
APH Gosmergartä, 6463 Bürglen	-6'935	2'555	-365	16	14
Region oberes Reusstal und Ursern					
BPH Wassen, 6484 Wassen	-16'790	-5'475	-7'665	10	7
APH Andermatt, 6490 Andermatt	-9'490	7'300	2'190	5	12

Quelle: Eigene Berechnungen

Der Kanton Aargau hat einen anderen Weg gewählt. In der Verordnung zum Ergänzungsleistungsgesetz wurde eine maximal anrechenbare Tagestaxe in Höhe von 150 Fr. definiert, die nur die Pensionstaxe und die Betreuungstaxe umfasst. Dieser Betrag erhöht sich aber um die Leistungen der Krankenkassen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. In der Summe wird dadurch ebenfalls eine Abstufung der maximalen Heimtaxe nach dem Pflegebedarf erreicht. Auf jeder Stufe steht allerdings der gleiche maximale Betrag für Pension und Betreuung zur Verfügung.

Empfehlungen

Da sich viele Heime bereits heute mit ihren Heimtaxen an der Obergrenze der maximal anrechenbaren Tagestaxen im Rahmen der EL bewegen und ein Pflegeheimaufenthalt nicht in die Sozialhilfe führen sollte, muss der Kanton Uri seine Obergrenzen überprüfen und anheben. Durch die Neuregelung der Finanzierung der Pflegevollkosten und / oder Integration der Investitionsbeiträge in die Heimtaxen werden sich eher noch höhere Tagestaxen ergeben.

Eine einheitliche Obergrenze über alle Pflegebedarfsstufen greift nur bei sehr hohen Pensions- und Betreuungstaxen auch auf unteren Stufen. Soll die Obergrenze neben zu hohen Pflegevollkosten die Wahl eines zu hohen Komforts im Bereich Wohnen/Hotellerie verhindern, muss sie abgestuft nach dem Pflegebedarf festgelegt werden oder das Modell des Kantons Aargau in adaptierter Form übernommen werden. Wie im heutigen Modell des Kantons Aargau würde der Kanton Uri eine einheitliche maximal anrechenbare Tagestaxe, welche die Pensions- und Betreuungstaxe umfasst, festlegen. Dieser Betrag würde sich um die Leistungen der Krankenkassen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und die Beiträge der öffentlichen Hand an den Pflegevollkosten erhöhen. Durch die Begrenzung der Patientenbeteiligung und Restfinanzierung der Pflegevollkosten durch die öffentliche Hand führen beide Definitionsformen zu einer ähnlichen Abstufung der Obergrenze nach dem Pflegebedarf.

5.3 Finanzierung der Akut- und Übergangspflege

Das revidierte Krankenversicherungsgesetz (Art. 25a Abs. 2) sieht eine zeitlich befristete Ausnahmeregelung für die Finanzierung der Pflege vor, wenn sie im Anschluss an einen Spitalaufenthalt erfolgt und vom Spital verordnet wurde. In diesem Fall sollen die Pflegevollkosten von den Krankenkassen und dem Wohnkanton nach den Regeln der neuen Spitalfinanzierung vergütet werden. Eine Patientenbeteiligung entfällt.

Diese Ausnahmeregelung ist auf längstens zwei Wochen befristet. Darüber gelten die allgemeinen Regeln, die der Kanton für die ambulante und stationäre Pflege festgelegt hat.

Die Einführung von Fallpauschalen in der Spitalfinanzierung wird zu einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer im Spital führen. Bei einer ambulanten Nachversorgung durch die Spitex steigen die Anforderungen an die somatische Pflege, zum Beispiel an die Wundversorgung. Die Spitex dürfte bereits heute eine wichtige Rolle in diesem Bereich übernehmen, denn ca. 30% der erbrachten Spitex-Stunden entfielen im Jahr 2006 auf die Altersgruppe der unter 65-Jährigen.

Die Auswirkung der Fallpauschalen im Spital speziell auf die Versorgung älterer Patient/innen ist schwierig zu beurteilen. Sicher steigt auch bei ihnen der Druck auf eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer im Spital, in welchem Masse ist jedoch schwierig abzuschätzen. In Uri stehen am Kantonsspital Betten in der Geriatrie zur Verfügung, die eine wirksame Übergangspflege und rehabilitative Pflege anbieten kann. Dennoch ist zu erwarten, dass Heimbewohner/innen zum Teil früher entlassen werden und somit auch bei den Pflegeheimen ein höherer Aufwand für die Versorgung im Anschluss an einen Spitalaufenthalt anfällt. Dieser Aufwand würde den zeitlichen Rahmen der normalen Pflegebedarfseinstufung des Heimbewohners übersteigen, ohne dass er von den Heimen in Rechnung gestellt werden kann. Je nach Ausmass der Verlagerung der «Nachversorgung» vom Spital hin zu den Pflegeheimen muss der Kanton eine Anerkennung der Akut- und Übergangspflege auch bei Pflegeheimen überprüfen. Die Kriterien für eine anerkannte, das übliche Mass übersteigende «Nachversorgung» im Heim dürften jedoch schwierig zu fassen sein.

Versicherer und Leistungserbringer werden für die Akut- und Übergangspflege voraussichtlich Pauschalen nach den Regeln der Spitalfinanzierung vereinbaren. Der Kanton Uri hat hier keinen grossen Gestaltungsspielraum. Er wird den Abrechnungsmodus festlegen müssen.

5.4 Wechselwirkung mit dem Steuersystem

Im Rahmen unserer Studie haben wir auch kurz die Wechselwirkung einer subjektorientierten Pflegefinanzierung mit dem Steuersystem des Kantons Uri betrachtet. Erste Abschätzungen wurden mit dem Steuerrechner auf der Basis des Jahres 2007 vorgenommen, im Bewusstsein, dass in Uri Ende September eine Teilrevision des Steuergesetzes in einer Volksabstimmung angenommen wurde, welche am 01.01.2009 in Kraft tritt. Die Berechnungen zeigten, dass im heutigen System Pflegebedürftige mit BESA-Stufe 4 mit einem Einkommen knapp unter oder über der Anspruchsgrenze auf EL, die bei einer Heimtaxe von 224 Fr. pro Tag bei ca. 47'000 Fr. liegt, noch bis zu 2'000 Fr. Steuern zahlen müssen. Diese Steuern können sie nicht aus dem Betrag für persönliche Auslagen in Höhe von 3'624 Fr. begleichen, sondern, soweit vorhanden, nur aus ihrem Vermögen. Sie stehen damit ungünstiger da als Haushalte mit einem deutlich niedrigeren Renteneinkommen und EL, die keine Steuern bezahlen müssen. Es ist zu überprüfen, ob diese Effekte auch im neuen Steuersystem auftreten, und gegebenenfalls ist eine transparente Regelung für einen individuellen Steuererlass zu treffen.

5.5 Subjektfinanzierung und Wahlfreiheit

Ziel der Pflegefinanzierung ist gemeinhin eine gewisse Wahlfreiheit der Wohnform im Alter und die Finanzierung der notwendigen Pflege und Betreuung, auch wenn ein privater Haushalt dies nicht aus den eigenen Mitteln tragen kann. Beim Übergang zu einer Subjektfinanzierung soll die Pflegebedürftigkeit im Alter nicht zur Sozialhilfeabhängigkeit führen.

Das Ziel einer gewissen Wahlfreiheit ist jedoch im ambulanten und stationären Bereich graduell unterschiedlich gewährleistet. Im stationären Bereich werden die meisten Kantone eine Obergrenze für die

maximal anrechenbare Heimtaxe wählen, die es einer pflegebedürftigen Person erlaubt, innerhalb eines vertretbaren Radius seines bisherigen Lebensraums einen Platz in einem Pflegeheim über die Ergänzungsleistungen zu finanzieren. Dank des Wegfalls der Begrenzung des maximalen EL-Betrags spielt es aus Sicht des Heimbewohners praktisch keine Rolle, ob er bereits eine Hilflosenentschädigung bezieht oder sich noch in der einjährigen Karenzzeit befindet (solange er sich mit seinem Vermögen unterhalb des Freibetrags befindet). Die Deckungslücke für Pensions-, Betreuungs-, Pflege- und Krankheitskosten wird übernommen.

Im ambulanten Bereich steht zur Finanzierung von Pflege über die 60 Stunden im Quartal hinaus sowie für Haushaltshilfe, Betreuung oder Entlastungsangebote zunächst nur die Hilflosenentschädigung zur Verfügung, sofern die einjährige Karenzfrist verstrichen ist. Die Ergänzungsleistungen übernehmen Kosten für Betreuung und Entlastung nur bis zu einem Betrag in Höhe von 4'800 Fr. im Jahr.

So werden z.B. für einen pflegebedürftigen Heimbewohner auf BESA-Stufe 2 neben Krankenkassenprämien und Krankheitskosten über die Ergänzungsleistungen heute bis zu ca. 58'000 Fr. im Jahr für Pension, Betreuung und persönliche Auslagen vergütet. Bei Anspruch auf EL steht dieser Betrag ohne jegliche Karenzfrist zur Verfügung. Zieht man von diesem Betrag die Lebensunterhaltskosten nach Ansätzen EL und die anrechenbaren Mietkosten für das Wohnen zu Hause in Höhe von ca. 31'000 Fr. ab, dann steht im Rahmen der EL ein Betrag von bis zu 27'000 Fr. im Jahr zur Deckung der Betreuungskosten und höheren Lebensunterhaltskosten im Heim zur Verfügung. Bei der Pflege zu Hause stehen diesem Betrag eine Hilflosenentschädigung in Höhe von 6'636 Fr. nach Erfüllen der Karenzfrist und darüber hinaus eine Vergütung von Betreuungskosten in Höhe von maximal 4'800 Fr. über die Ergänzungsleistungen gegenüber. Mit einer Differenz von bis zu 16'000 Fr. könnten auch bei der Pflege zu Hause ganz andere Unterstützungsdienstleistungen ergänzend zur Spitex finanziert werden als im heutigen System.

Der Zielsetzung «ambulant vor stationär» steht zumindest bei kleineren und mittleren Renteneinkommen eine geringere finanzielle Wahlfreiheit bei der ambulanten Pflege als beim stationären Bereich gegenüber. Diese Ungleichheit wird durch die einjährige Karenzfrist bei der Hilflosenentschädigung in ihrem Wechselspiel mit den Ergänzungsleistungen noch verstärkt.

5.6 Schlussfolgerungen

Die vorangegangenen Abschnitte zeigen, dass die Berücksichtigung der Investitionen in den Heimtaxen und die Aufteilung der Finanzierungsverantwortung für die Langzeitpflege zwischen Kanton und Gemeinden aktuell die zentralen Fragen bei der kantonalen Umsetzung der Revision des KVG sind. Der Beitrag der Krankenkassen an die Pflegekosten wurde im Krankenversicherungsgesetz begrenzt und in den Übergangsbestimmungen in der Summe auf den heutigen Leistungsumfang beschränkt. Der Kanton ist gehalten, die Restfinanzierung zu regeln.

Im Bereich der ambulanten Pflege präsentiert sich die Ausgangslage übersichtlich und gemäss dem Urner Gesundheitsgesetz. Die Steuerung und Finanzierungsverantwortung liegen beim Kanton. Im Bereich der stationären Langzeitpflege sind die Ausgangslage und Ansätze der Neuregelung komplexer. Die Restfinanzierung der Pflegevollkosten und Überprüfung der bisherigen Investitionspraxis erfordern eine Neuaufteilung der Finanzierungsverantwortung zwischen Kanton und Gemeinden.

Die Differenz zwischen den Pflegevollkosten und den Krankenkassenbeiträgen beträgt im stationären Bereich zwischen 7.3 und 8.4 Mio. Fr., abhängig vom definitiven Bundesratsentscheid über die Krankenkassenbeiträge pro Pflegestufe. Der Kanton kann diesen Betrag noch in geringem Masse beeinflussen, je nachdem ob er die individuell berechneten Pflegevollkosten eines Heims anerkennt oder sich an einem

Benchmark für einen gewissen Versorgungsraum orientiert. Im ambulanten Bereich wird die Lücke auf einen Betrag in Höhe von 0.5 bis 0.8 Mio. Fr. geschätzt.

Durch das Ausschöpfen der gesetzlich erlaubten maximalen Patientenbeteiligung können die Mehrkosten für die öffentliche Hand für die Restfinanzierung der Pflegevollkosten im stationären Bereich auf ca. 4.3 bis 5.4 Mio. Fr. gesenkt werden. Im ambulanten Bereich würde die maximale Patientenbeteiligung einen grossen Teil der Restfinanzierung der Pflegevollkosten abdecken.

Für die Einführung einer Patientenbeteiligung im stationären Bereich spricht die Tatsache, dass die Heime heute keine Zuschüsse an die laufenden Betriebskosten erhalten, sondern nur indirekt über die Baubeiträge des Kantons subventioniert werden. Ein wesentlicher Teil der Differenz zwischen Pflegekosten und Krankenkassenpflege tarifen wurde über die Pensions- und Betreuungstaxen von den Heimbewohnern getragen. Die Restfinanzierung der Pflegevollkosten durch die öffentliche Hand würde bei einem Verzicht auf die Einführung einer Patientenbeteiligung nur die Heimbewohner entlasten und nicht durch den Wegfall von bisherigen Betriebskostenbeiträge oder einer Defizitdeckung an die Heime ausgeglichen werden.

Die Neuregelung der Finanzierung der Pflegevollkosten im ambulanten Bereich führt hingegen zu keiner Mehrbelastung des Kantons, da dieser bereits heute die Deckungslücke finanziert. Hier wird der Kanton bei der Einführung einer Patientenbeteiligung zwischen «Gerechtigkeitsüberlegungen» zwischen dem stationären und ambulanten Bereich und dem Umstand, dass bei der Pflege zu Hause in den meisten Fällen zusätzliche Unterstützungsleistungen notwendig sind, die durch die Hilflosenentschädigung oft unzureichend abgedeckt werden, abwägen müssen. Der Verzicht auf eine bzw. die Einführung einer reduzierten Patientenbeteiligung kann als Signal und Anreiz zur Förderung der ambulanten Pflege verstanden werden.

Auch bei Ausschöpfung der maximal möglichen Patientenbeteiligung im stationären Bereich sehen sich der Kanton und / oder die Gemeinden im Bereich der Pflegevollkosten mit einer Mehrbelastung von ca. 4.3 bis 5.4 Mio. Fr. konfrontiert. Dieser Mehrbelastung steht auf Seiten des Kantons allerdings eine Entlastung im Bereich der Ergänzungsleistungen gegenüber, wenn die Heime ihre Pensions- und Betreuungstaxen um bisher überwältzte Pflegekosten senken.

Die vom KVG vorgegebene Neuregelung der Restfinanzierung der Pflegevollkosten ist ein zwingender Moment, die Finanzierung der Investitionskosten in die Überlegungen mit einzubeziehen. Unter anderem dank der Baubeiträge des Kantons erwirtschafteten die Heime in den vergangenen Jahren praktisch kein Betriebsdefizit, obwohl die Heimtaxen die Anlagekosten nicht deckten. Indirekt wurden auf diesem Weg die Heimtaxen subventioniert. Verschiedene Kantone, darunter Aargau, Bern und Graubünden, haben bereits bei der Umsetzung der NFA eine Neuregelung der Investitionsbeiträge ins Auge gefasst oder eingeführt.

Die individuell zu beantragenden Baukostenbeiträge und ihre nur teilweise Berücksichtigung in den laufenden Betriebsrechnungen und Heimtaxen führen darüber hinaus zu einer ungleichen Ausgangslage der verschiedenen Heime und zu Fehlanreizen, hinreichende Rückstellungen für mittelfristig anstehende Investitionen zu tätigen. Durch die Integration der Anlagekosten in die Heimtaxen, sei es über eine Vollkostenrechnung oder die Einführung einer Investitionstaxe, sind die Trägerschaften der Heime gehalten, ihre unternehmerische Verantwortung wahrzunehmen und mit einer sorgfältigen Finanz- und Investitionsplanung die Mittel für die Instandsetzung und Erneuerung bestehender Bauten bereitzustellen. Nebeneffekte sind eine transparente Kostenrechnung und ein klarer Ausweis der Rückstellungen. Damit wird verhindert, dass ein «Investitionsrückstand» unbemerkt bleibt.

Eine erste grobe Abschätzung der finanziellen Auswirkungen ergibt, dass die Entlastung der Heimbewohner durch die Restfinanzierung der Pflegevollkosten durch die öffentliche Hand durch die Integration der Investitionskosten in die Heimplatzsteuern ungefähr aufgewogen würde.

Der Entscheid über den Einbezug der Investitionskosten in die kantonale Neuregelung der Pflegefinanzierung hat einen Einfluss auf die Höhe der Restfinanzierung, die neu geregelt werden muss. Er würde einen grossen Teil der neu anfallenden Kosten der Restfinanzierung der Pflegevollkosten kompensieren.

Darüber hinaus stellt sich jedoch prinzipiell die Frage, ob der heutige Status Quo, in dem die Gemeinden weitgehend von der Finanzierung der Langzeitpflege entbunden sind, sinnvoll ist. Der Kanton trägt die Finanzierung in allen drei Säulen der Pflegefinanzierung: Er hat die Finanzierung der ambulanten Pflege und Betreuung im Rahmen der Programmvereinbarungen mit der Spitex, Pro Senectute und dem Schweizerischen Roten Kreuz übernommen, er trägt über die Ergänzungsleistungen den subjektfinanzierten Anteil der Langzeitpflegekosten und er subventioniert über die Baukostenbeiträge indirekt die Pflegeheime. Die Übernahme dieser Aufgaben wurde allerdings im Rahmen des Finanzausgleichs zwischen Kanton und Gemeinden berücksichtigt.

In den kommenden Jahren wird, wie die demografischen Szenarien zeigen, der finanzielle Druck auf die Langzeitpflegefinanzierung ansteigen, nicht zuletzt auch durch die Entwicklung altersbedingter Erkrankungen (Demenz etc.). Die detaillierte Diskussion der Auswirkungen der Neuregelung der Pflegefinanzierung durch den Bund in Kapitel 4 macht zugleich deutlich, wie stark sich die Krankenkassen und auch der Bund gegen die zu erwartenden Mehrkosten bei der Pflegefinanzierung abgegrenzt haben. Die wesentlichen «Finanzierungsrisiken» wurden auf die Ebene von Kanton und Gemeinden übertragen. Ein weiteres erhebliches Kostenrisiko liegt im zu erwartenden Anstieg der Personalkosten, die heute im Kanton Uri noch unter dem schweizerischen Durchschnitt liegen. Kanton und Gemeinden müssen hier gemeinsam Lösungen für die Mehrbelastungen finden.

Ein Einbezug der Gemeinden in die Finanzierungsverantwortung für den stationären Bereich dürfte die Steuerung der Langzeitpflege verbessern. Es liegt auch im Sinne der Übereinstimmung von Aufgabe, Kompetenz und Verantwortung nahe, dass die Gemeinden auf der Grundlage des Gesundheitsgesetzes des Kantons Uri und als hauptsächlich Beteiligte in den Trägerschaften der Heime in die Finanzierung eingebunden werden. Artikel 6 des Gesundheitsgesetzes überträgt den Gemeinden die Aufgabe, die stationäre Langzeitpflege (Pflegeheime) ihrer Wohnbevölkerung sicher zu stellen. Zudem können die Gemeinden als Trägerschaften der Heime die Kosten der Heime effektiv und direkt beeinflussen. Der Einbezug würde sinnvolle Anreize auf Gemeindeebene setzen, 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.

Der gegebenenfalls auszuhandelnde Finanzierungsschlüssel darf die Standortgemeinden jedoch nicht benachteiligen. Bereits heute werden in der sozialmedizinischen Statistik die Herkunftsgemeinden der Heimbewohner/innen erfasst. Es ist zu prüfen, ob die Wohnortgemeinde vor Heimeintritt und nicht die aktuelle Wohnortgemeinde bzw. die Standortgemeinde des Heims in einen Mischindex eingehen sollte, der darüber hinaus auch die Einwohnerzahl einer Gemeinde berücksichtigt. Der Finanzierungsschlüssel muss so konzipiert werden, dass eine Häufung von schwereren Pflegefällen Gemeinden nicht in finanzielle Schwierigkeiten bringt.

Werden die Investitionskosten in die Neuregelung der Heimfinanzierung einbezogen, dann empfiehlt es sich, die Umstellungsphase sorgfältig zu planen und faire Übergangsregelungen zu treffen. Der Wechsel ist aufgrund der «laufenden» Investitionsbeiträge des Kantons komplex und für Institutionen, Gemeinden und Kanton mit viel Aufwand verbunden. Der Übergang muss sorgfältig geregelt werden, damit Instituti-

onen mit einem Nachholbedarf nicht benachteiligt werden gegenüber Einrichtungen, die gerade kürzlich mit Hilfe kantonaler Baubeiträge umgebaut haben. Die Gemeinden sollten frühzeitig in diese Planungen miteinbezogen werden.

Neben dieser prinzipiellen Herausforderung spricht der Bericht eine Reihe von offenen Detailfragen an, die der Kanton Uri bei der Neuordnung der Pflegefinanzierung lösen muss.

- Festlegung eines Vorgehens zur Bestimmung der Pflegevollkosten / Entscheid über die Anerkennung individueller Vollkosten eines Betriebs oder im Rahmen eines Benchmarks
- Überprüfung der Festlegung der Obergrenze der maximal anrechenbaren Heimtaxen bei den Ergänzungsleistungen und Erhöhung der heutigen Grenze
- Umsetzung der Neuregelung der Finanzierung der Akut- und Übergangspflege in den ersten zwei Wochen nach einem Spitalaufenthalt und ein Entscheid über die Rolle der Pflegeheime
- Überprüfung der Wechselwirkung mit der Steuergesetzgebung
- Transparente Regelung der Ausbildungskosten über alle Institutionen des Langzeitpflegebereichs hinweg (denn gut qualifiziertes Personal ist ein Schlüssel für die weitere Entwicklung); verbunden mit einem Entscheid, ob die Ausbildungskosten in die Berechnung der Pflegevollkosten integriert werden oder separat ausgewiesen und gegebenenfalls auch vergütet werden

6 Quellen und Literatur

Bayer-Oglesby Lucy, François Höpflinger, Paul Camenzind (2007): Schlussbericht, Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2008-2015 im Kanton Uri, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Universitäres Institut Alter und Gesundheit, Neuchâtel

BSV Bundesamt für Sozialversicherungen (2007): Spitex-Statistik 2006, Bern : Bundesamt für Sozialversicherung

BSV Bundesamt für Sozialversicherungen, Bereich Statistik, Spitex-Statistik

BFS Bundesamt für Statistik (2004) Demografische Entwicklung in den Kantonen von 2002 bis 2040, Neuchâtel: BFS.

BFS Bundesamt für Statistik (2008): Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2005-2050, Neuchâtel: BFS. <http://www.statistik.admin.ch> » Themen » 01 - Bevölkerung » Zukünftige Bevölkerungsentwicklung » Daten, Indikatoren - Kantonale Szenarien

Höpflinger François und Valérie Hugentobler (2003): Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert, Bern: Hans Huber

Kanton Uri, <http://www.ur.ch/>

Kennzahlen und Daten des Gesundheitswesens im Kanton Uri (2007): Gesundheits-, Sozial- und Umweldirektion, Amt für Gesundheit, Kanton Uri

Kohli Raymond und Stéphane Cotter (2004): Demografische Entwicklung in den Kantonen von 2002 bis 2040. Szenario «Trend» AR-00-2002, Neuchâtel: Bundesamt für Statistik

Pflegeheime Uri, <http://www.urnerheime.ch/>

Wächter Matthias und Heidi Stutz (2007): Neuregelung der Pflegefinanzierung, Modellrechnungen im Auftrag der Bundeshausfraktion SP Schweiz, Bern

Weaver France, Hélène Jaccard-Ruedin, Sonia Pellegrini, Claude Jeanrenaud (2008): Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel

Kanton Bern

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2007): Steuerung und Finanzierung des stationären Langzeitbereichs 2008 (Heime gemäss Pflegeheimliste des Kantons Bern), Rundschreiben, August, Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Alters- und Behindertenamt

Regierungsrat des Kantons Bern (2007): Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EV ELG), 20. Juni, 841.311

Kanton Aargau

Grosser Rat des Kantons Aargau (2007): Pflegegesetz (PflG) vom 26. Juni 2007

Regierungsrat des Kantons Aargau (2006/07): Pflegegesetz (PflG). Spitallandschaft Aargau. Neuausrichtung der Langzeitversorgung im Kanton Aargau, Botschaft des Regierungsrats des Kantons Aargau an den Grossen Rat vom 6. September 2006 (Bericht und Entwurf zur 1. Beratung, 06.183) und vom 25. April 2007 (Bericht und Entwurf zur 2. Beratung, 07.101)

Kanton Schaffhausen

Kantonsrat Schaffhausen (2007): Altersbetreuungs- und Pflegegesetz, Gesetzesentwurf, 16. Januar 2007

Regierungsrat des Kantons Schaffhausen (2007): Bericht und Antrag des Regierungsrates des Kantons Schaffhausen an den Kantonsrat zur Totalrevision des Altersbetreuungs- und Pflegegesetzes, Vorlage des Regierungsrates vom 16. Januar 2007

Kanton Graubünden

Botschaft der Regierung an den Grossen Rat (2007): 25. Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz), BR 506.000

Regierung des Kantons Graubünden (2007): Maximaltarife für die Angebote zur stationären Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen ab 1. Januar 2008, Sitzung vom 30. Oktober 2007, Protokoll Nr. 1273

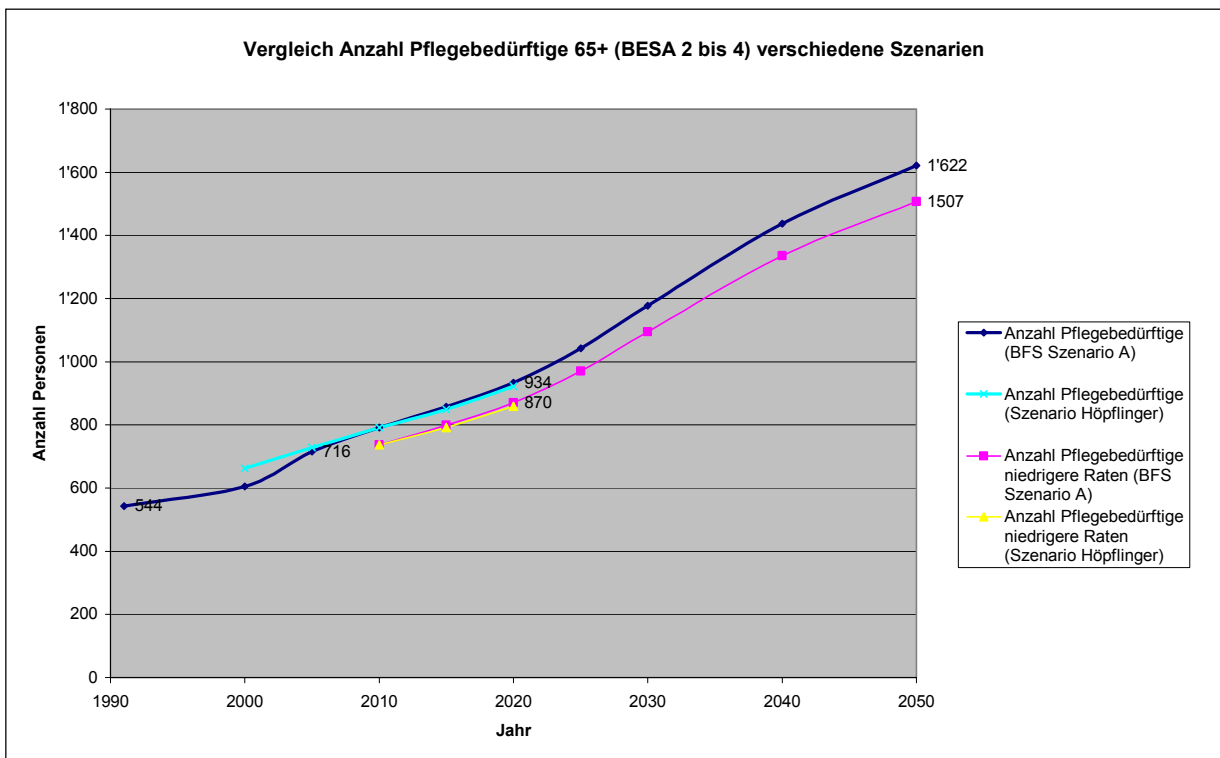
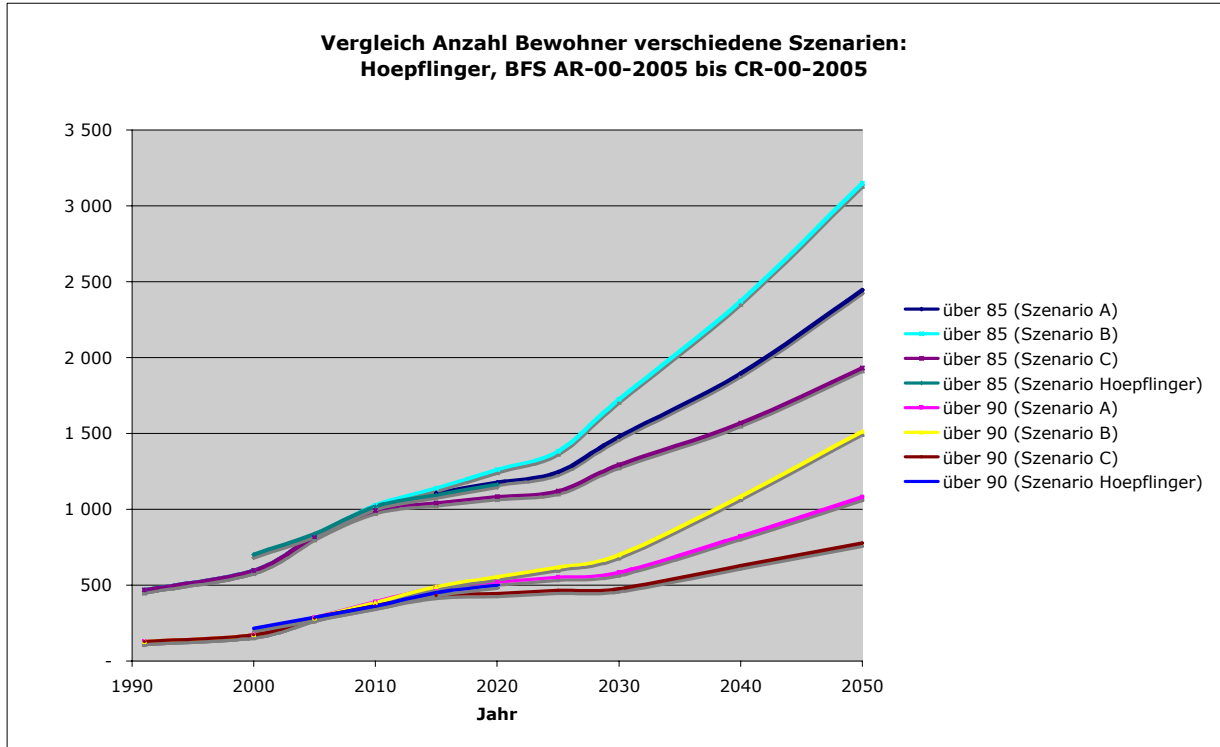
Kanton Zürich

Gesundheitsnetz 2025, <http://www.gesundheitsnetz2025.ch/>

Spitex Strategie 2014 (2005): Spitexversorgung der Stadt Zürich, Strategie 2014, vom Stadtrat der Stadt Zürich beschlossen am 9. November 2005

7 Anhang

Abbildung 6: Entwicklung der älteren Bevölkerung und der Anzahl Pflegebedürftiger im Kanton Uri gemäss verschiedener Szenarien (Höpflinger und eigene Berechnungen auf der Grundlage der Szenarien des Bundesamts für Statistik AR-00-2005 bis CR-00-2005)



Quelle: Höpflinger/Hugentobler (2003), Bayer-Oglesby et al (2007), eigene Berechnungen nach BFS (2008, Szenarien AR-00-2005 bis CR-00-2005)