

4. Für eine kostendeckende Finanzierung der Gerontopsychiatrie in Heimen

Postulat Astrid Furrer (FDP, Wädenswil), Linda Camenisch (FDP, Wallisellen) und Nadja Galliker (FDP, Eglisau) vom 19. Dezember 2017

KR-Nr. 357/2017, RRB-Nr. 515/6. Juni 2018 (Stellungnahme)

Das Postulat hat folgenden Wortlaut:

Der Regierungsrat wird gebeten darzulegen, wie ein zeitgemässes Vergütungssystem für die Pflege, Betreuung und Unterbringung von betagten pflegebedürftigen Psychatriepatienten, sogenannte gerontopsychiatrische Patienten, in der Langzeitpflege aussehen könnte, das die tatsächlichen Aufwendungen abdeckt. Es ist insbesondere darzulegen, in welcher Form sich der Kanton finanziell an dieser Schnittstellenaufgabe von Gemeinden und Kanton beteiligen könnte.

Begründung:

Mit der neuen Pflegefinanzierung wurde die Langzeitpsychiatrie faktisch abgeschafft. Es wurde eine klare Zweiteilung der Verantwortung und Finanzierung geschaffen zwischen Kanton (Akut-)Psychiatrie, somatischen Spitälern und Rehabilitation) und Gemeinden (Langzeitpflege im Alter = «Heime»). Die Krankenkassen wenden denn auch zwei unterschiedliche Vergütungssysteme an.

Die gerontopsychiatrischen Patienten (darunter fallen Demenzpatienten nicht) fielen aber zwischen Stuhl und Bank. Weder sind laut Gesetz die Spitäler noch die Heime für betagte, pflegebedürftige Psychatriepatienten eindeutig zuständig: Die Kombination einer psychiatrische Hauptdiagnose wie Schizophrenie, Sucht, Depression und so weiter mit Pflegebedürftigkeit wurde mit der neuen Pflegefinanzierung nicht berücksichtigt. Die Psychiatrien bringen diese Menschen nur in der Akutphase unter. Danach sind die Langzeitinstitutionen für sie zuständig. Die Heime können jedoch nur die Aufwendungen für die körperliche Pflege abrechnen, nicht jene für die psychiatrische. Die Gerontopsychiatrie ist deshalb finanziell stark unterdeckt.

Folglich fehlt es an Plätzen für psychisch kranke, ältere Personen in Heimen der Langzeitpflege. Es braucht ein faires Abgeltungssystem, das die zusätzlichen Aufwendungen deckt.

Weil die Gerontopsychiatrie eine Zwischenform der Langzeitpflege und Psychiatrie ist, ist eine Kostenbeteiligung des Kantons denkbar.

Der Regierungsrat nimmt auf Antrag der Gesundheitsdirektion wie folgt Stellung:

A. Gesetzliche Grundlagen

Vor Inkrafttreten des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes (SPFG, LS 813.20) beteiligten sich Kanton und Gemeinden gemeinsam an der Finanzierung sowohl der Akutpflege in den Spitälern als auch der Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex).

Das auf den 1. Januar 2012 eingeführte SPFG sieht dagegen vor, dass der Kanton die stationäre Spitalversorgung nach den Vorgaben des Bundesgesetzes über die

Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) zu 100% finanziert, soweit die Kosten nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden (§ 19 Abs. 2 SPFG); die Gemeinden sind von der Mitfinanzierung der stationären Spitalversorgung befreit, übernehmen aber im Gegenzug die vollständige Restfinanzierung der Langzeitpflege (§ 9 Abs. 4 Pflegegesetz, LS 855.1). Dieses Finanzierungsmodell 100/0 war in der Vernehmlassung zum SPFG weitgehend unbestritten (Weisung zum SPFG, Vorlage 4763, S. 35, 48, 54).

Die Zürcher Spitalliste 2012 Psychiatrie sieht Leistungsaufträge zur akutstationären Behandlung von gerontopsychiatrischen Patientinnen und Patienten vor. Für entsprechende Spitalaufenthalte richtet sich die Vergütung nach dem Spitaltarif. Ist keine Spitalbedürftigkeit (mehr) gegeben, richtet sich die Vergütung nach den Regeln der Pflegefinanzierung (Art. 49 Abs. 4 KVG). Im Kanton Zürich sind die Gemeinden dafür zuständig: Nach § 5 des Pflegegesetzes sind die Gemeinden verpflichtet, für eine bedarfs- und fachgerechte stationäre und ambulante Pflegeversorgung ihrer Einwohnerinnen und Einwohner zu sorgen. Gemäss § 3 Abs. 1 der Verordnung über die Pflegeversorgung (LS 855.11) umfasst der Versorgungsauftrag der Gemeinden das gesamte Leistungsspektrum der Pflegeversorgung. Darunter fallen neben somatischen Erkrankungen ausdrücklich auch Leistungen an Personen mit psychiatrischen Diagnosen. Gemäss § 3 Abs. 2 dieser Verordnung müssen die Gemeinden ein umfassendes Versorgungskonzept erstellen, in dem sie die Institutionen bezeichnen, in denen ihre Einwohnerinnen und Einwohner versorgt werden können.

B. Versorgungslage

Aufgrund dieser gesetzlichen Vorgaben haben die Zürcher Gemeinden ein Konzept erstellt, in dem unter anderem auch die Leistungsaufträge für die ambulante und stationäre Versorgung von betagten psychiatrischen Pflegepatientinnen und Pflegepatienten festgelegt sind. Spezialisierte Institutionen, welche die Behandlung von psychisch erkrankten geriatrischen Personen anbieten, sind z. B. das Pflege- und Betreuungszentrum Sonnhalde in Grüningen mit 310 Betten, das alterspsychiatrische Pflegeheim Clenia Bergheim in Uetikon a. S. mit 141 Betten oder das Pflegezentrum Entlisberg in Zürich, das eine Abteilung für Gerontopsychiatrie mit elf Betten führt. Mit zurzeit 462 Betten allein in diesen spezialisierten gerontopsychiatrischen Institutionen ist das Angebot im Kanton gross. Daneben schliessen die Gemeinden aber auch mit vielen anderen Heimen im Einzelfall Leistungsvereinbarungen über Langzeitpflege ab, die alterspsychiatrische Behandlungen miteinschliessen. Die von den Postulantinnen geäusserte Feststellung, es fehle an Plätzen für psychisch kranke, ältere Personen in Heimen der Langzeitpflege, trifft deshalb nicht zu. Verfügt eine Gemeinde über keinen Leistungsauftrag in einer geeigneten Institution oder liegt bei ihr ein Kapazitätsengpass vor, muss sie innert nützlicher Frist ein Ersatzangebot vermitteln und allfällige Mehrkosten übernehmen (§§ 6 und 14 Pflegegesetz).

C. Finanzierung gerontopsychiatrischer Pflegeleistungen

Unzutreffend ist auch die Feststellung der Postulantinnen, die Aufwendungen für die psychiatrische Pflege in Heimen seien nicht gedeckt, denn nach Art. 25a KVG leistet die OKP einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung im Pflegeheim erbracht werden. Unter diese Pflegeleistungen fallen auch die psychiatrischen Pflegeleistungen von Personen aller Altersklassen. So sieht beispielsweise Art. 7 Abs. 2 Bst. b Ziff. 14 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV, SR 832.112. 31) ausdrücklich die Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen als Pflegepflichtleistung in Pflegeheimen vor. Weitere Pflegepflichtleistungen in Heimen sind Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen (Art. 7 Abs. 2 Bst. c Ziff. 2 KLV). Die Beiträge der Krankenversicherer für die Pflegeleistungen sind in Art. 7a KLV festgelegt: Sie vergüten die Pflegeleistungen in Pflegeheimen abgestuft nach zeitlichem Aufwand, höchstens aber Fr. 108 pro Tag. Der versicherten Person sodann dürfen gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG in Verbindung mit Art. 7a Abs. 3 KLV höchstens Fr. 21.60 pro Tag überwältzt werden. Für die restlichen Kosten haben im Kanton Zürich grundsätzlich die Gemeinden aufzukommen (§§ 9 Abs. 4 sowie 15 Abs. 1 und 3 Pflegegesetz).

An die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung von sämtlichen Patientinnen und Patienten in den Pflegeheimen leistet die OKP keinen Beitrag; sie gehen zu ihren eigenen Lasten. Allerdings steht es den Gemeinden gemäss § 12 Abs. 1 des Pflegegesetzes frei, die Kosten für diese Leistungen ganz oder teilweise zu übernehmen. Es besteht aber keine Pflicht hierfür.

D. Bewährtes Finanzierungsmodell nicht infrage stellen

Die Gemeinden sind berechtigt und gefordert, auf die Kostenstruktur der Pflegeheime Einfluss zu nehmen. Soweit sie Pflegeheime selber betreiben oder zur Angebotssicherung Dritten Leistungsaufträge erteilen, können sie ihre Mitfinanzierung entweder direkt über ihre Eigentümerstellung oder indirekt über Preisverhandlungen steuern. Bei Leistungserbringern ohne Leistungsauftrag haben sie gemäss § 15 Abs. 1 und 3 des Pflegegesetzes höchstens das «Normdefizit» (die durchschnittlichen Kosten) zu vergüten. Liegen die tatsächlichen Kosten unter dem Normdefizit, brauchen sie bloss diese zu zahlen. Zur Förderung des Kostenbewusstseins haben sie zudem die Möglichkeit, über die Gemeindegrenzen hinweg Kosten- und Preisvergleiche herzustellen und öffentlich zu machen (vgl. Bericht Umfrage bei den Gemeinden zur Umsetzung des Pflegegesetzes/Bestandesaufnahme zur Langzeitpflege im Kanton Zürich vom März 2016, S. 7; Medienkonferenz vom 5. April 2016, S. 26 f., www.gd.zh.ch → Behörden & Politik → Langzeitpflege & Spitexversorgung → Pflegeversorgung: Bedarfsprognose und Handlungsoptionen).

Die von den Postulantinnen geforderte Beteiligung des Kantons an der Finanzierung von gerontopsychiatrischen Pflegeleistungen stünde im Widerspruch zu der mit dem SPFG eingeführten Trennung der Finanzierungsverpflichtungen von

Kanton und Gemeinden zwischen Akut- und Langzeitversorgung. Dies könnte gerade auch für die Gemeinden unabsehbare Kostenfolgen nach sich ziehen, denn bei der Wiederaufnahme einer Mitfinanzierung des Kantons an den Kosten der Langzeitpflege müsste umgekehrt auch die Mitfinanzierung der Gemeinden an den Kosten der Spitalversorgung wieder aufleben.

Aus diesen Gründen beantragt der Regierungsrat dem Kantonsrat, das Postulat KR-Nr. 357/2017 nicht zu überweisen.

Astrid Furrer (FDP, Wädenswil): Gleich die Begriffsklärung zu diesem etwas holprigen Titel «Gerontopsychiatrie», damit wirklich klar ist, worüber wir sprechen: Bei gerontopsychiatrischen Patienten handelt es sich um psychisch kranke Senioren, die zusätzlich in ein Pflegeheim müssen; psychisch krank heisst Schizophrenie, Depression. Wir reden hier also nicht von Demenz. Das ist wichtig zu wissen.

Die Antwort kam noch vom Vorgänger (*Altregierungsrat Thomas Heiniger*) der Gesundheitsdirektorin (*Regierungsrätin Natalie Rickli*). Ich bin jetzt eigentlich sehr gespannt, ob Sie die Meinung der abschlägigen Antwort auch teilt. Ich bin gar nicht zufrieden mit der regierungsrätlichen Antwort; ich finde, sie ist ein Hohn. Sie verliert sich in der Verteidigung des Systems, warum der Kanton die Spitäler finanziell übernehmen muss und die Gemeinden die Pflegeheime; sie geht auf das Anliegen an sich gar nicht wirklich ein. Es hat sogar noch Falschaussagen darin, nämlich, dass es bei der Gerontopsychiatrie einen Tarif gibt, der kostendeckend ist. Das stimmt einfach nicht, und ich werde das nachfolgend erläutern.

Was ist das Problem? Es begann 2012 mit der neuen Spitalfinanzierung, mit der klaren Trennung von Langzeitpflege und der Kurzzeitpflege. Die Langzeitpflege, die haben die Gemeinden mit ihren Alters- und Pflegezentren zu besorgen, und alles, was kurzzeitig ist, übernimmt finanziell und organisatorisch und planerisch der Kanton. Das System gilt für körperliche und psychische Krankheiten. Ich behaupte nun, die Langzeitpsychiatrie ging bei diesem System einfach vergessen. Man hatte den Fokus auf den Spitälern, in denen operiert wird. Was es aber für die Psychiatrie heisst, wurde einfach nicht beachtet.

Was passiert in der Psychiatrie mit den Langzeitpatienten? Sie wurden aus den Institutionen, in denen sie sich befanden, buchstäblich – und das berichten Psychiater von verschiedenen Institutionen unisono – rausgeworfen. Patienten beispielsweise, die lange im Burghölzli, der heutigen PUK (*Psychiatrische Universitätsklinik*), untergebracht waren, wurden regelrecht auf die Strasse gestellt. Es sollen sich wirklich dramatische Szenen abgespielt haben. Und wohin gingen dann diese Patienten? In den jetzt neuen Psychiatrien hatten sie keinen Platz, weil die für Akutversorgungen zuständig sind. Da werden Patienten stabilisiert, damit sie nachher wieder nach Hause gehen können. Viele von ihnen wurden obdachlos oder wurden in verschiedenen Institutionen herumgeschoben; sie fanden dann schon einmal einen Platz in einem Alters- oder Pflegeheim. Aber dort waren sie nicht tragbar, weil diese Institutionen nicht auf psychiatrische Fälle eingerichtet sind. Man hatte niemand, der sich um sie kümmerte.

Warum wurden sie herumgeschoben? Warum fand sich niemand, der sich in den Alters- und Pflegeheimen um sie kümmern wollte? Es gibt keinen Heimtarif für gerontopsychiatrische Langzeitpatienten. Es gibt nur den TARPSY (*Tarif für stationäre psychiatrische Leistungen*), den die Psychiatrien jetzt anwenden. Der ist darauf ausgerichtet, dass Langzeitaufenthalte vermieden werden. Je länger der Aufenthalt dauert, desto weniger bekommt die Psychiatrie pro Tag für diese Patienten. Das Ziel ist, die Patienten möglichst schnell loszuwerden. Im Heimbereich, da gibt es den Pflegetarif, die BESA- (*Bewohner/in-Einstufungs- und Abrechnungssystem*) oder die RAI/RUG-Stufen (*Bedarfsabklärungs-Instrument für Pflegeheimbewohner/Pflegeaufwandgruppen*), je nach dem. Aber, das sind Pflegetarife für die körperliche Pflege. Die psychische Pflege ist darin nicht enthalten. Jetzt, was heisst das? Jetzt kommt ein psychisch kranker Mensch in ein Alters- und Pflegeheim. Der ist irgendwo eingestuft mit seiner Pflegestufe. Darin enthalten ist zum Beispiel einmal morgens waschen und anziehen mit Hilfe. Bei einem Menschen, der einfach körperliche Pflege benötigt, dauert das etwa eine halbe Stunde. Aber ein psychisch kranker Mensch lässt sich selbst mit Hilfe nicht einfach waschen und anziehen. Da dauert das zum Beispiel einen halben Tag, bei dem die Pflegeperson bei ihm sein muss, und das ist im Vergleich zu einer halben Stunde schon noch ein grosser Unterschied. Und da gibt es ganz viele so kleine Sachen, die haben wirklich keinen Tarif in der Langzeitpsychiatrie. Der Aufwand wird also nicht abgegolten, und deshalb gibt es für die Heime natürlich keinen Anreiz, solche Patienten aufzunehmen. Einzelne Institutionen machen das zwar beispielsweise das Rotacher (*Pflegezentrum Rotacher*) oder die KZU (*Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit Zürcher Unterland*) oder das Entlisberg (*Pflegezentrum Entlisberg*) der Stadt Zürich oder Clenia Privatklinik Schlössli. Aber sie machen diese Angebote sehr zurückhaltend, denn sie müssen querfinanziert werden durch andere Patienten. Eigentlich ist das aufgrund des Pflegegesetzes gar nicht erlaubt.

Das Postulat fordert nun, dass sich der Kanton bei diesen gerontopsychiatrischen Patienten finanziell beteiligen soll. Ich finde es nämlich nicht richtig, dass die Gemeinden die Mehrkosten übernehmen sollen, denn es handelt sich hier ganz klar um eine Querschnittsaufgabe. Laut Pflegegesetz sind bei diesen Patienten weder die Spitäler noch die Heime wirklich zuständig. Da herrscht eine Unklarheit. Das ist eine Gesetzlücke. Die besagte Kombination von einer psychiatrischen Hauptdiagnose wie Schizophrenie, Suchtdepression und so weiter mit der Pflegebedürftigkeit wurde bei der neuen Pflegefinanzierung nicht berücksichtigt. Die Langzeitpsychiatrie hat sich zulasten der Gemeinden gesundgestossen. Die Gemeinden zogen damit den Schwarzen Peter. Ihnen werden sowieso im Spitalbereich immer mehr Aufgaben überbürdet. Die Spitäler entlassen die Patienten sehr früh, blutige Entlassungen sind Realität. Die Patienten gehen dann in die Heime der Gemeinden. Da gibt es einen Tarif für Akut- und Übergangspflege, und das zahlen die Gemeinden und nicht die Spitäler. Oder sie werden zu Hause durch die Spitex intensiv betreut, auch wieder zulasten der Gemeinden. Die Spitäler und der Kanton entlasten sich finanziell zum Nachteil der Gemeinden. Deshalb finde ich,

dass das eine Querschnittsaufgabe sein sollte. Und zur Darstellung noch folgendes: Mittlerweile haben wir in den Alterszentren Leute mit Perfusoren (*Dosierpumpen für Medikamente*), oder wir müssen Leute mit offenen Bäuchen behandeln. Das wäre früher undenkbar gewesen; die wären früher in den Spitälern geblieben.

Heute Morgen haben wir über EFAS (*einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen*) diskutiert, und genau das hier ist jetzt ein Bereich, worüber man auch sprechen sollte. Es ist schon lange allerhöchste Zeit, über integrierte Versorgung nachzudenken, und sie auch zu leben und nicht nur zu predigen. Und das können wir nur mit einer partnerschaftlichen Beziehung, indem wir das Finanzierungssystem auch wirklich überdenken und schauen, wie wir das als Verbund, Kanton und Gemeinden zusammen, und nicht als Konkurrenten lösen können. Das vorliegende Postulat soll dafür einen Anstoss geben, und ich bitte Sie dringendst, das zu überweisen, damit wir über die Finanzierung sprechen können. Danke.

Lorenz Habicher (SVP, Zürich): Anders als die Postulantinnen sind wir nicht der Meinung, dass die Kosten der Gerontopsychiatrie in den Heimen nicht gedeckt sind. Es stimmt, die Anzahl betroffener Menschen nimmt stark zu und die Heime machen vermutlich zurzeit eine Mischrechnung, um der richtigen Betreuung dieser Menschen gerecht werden zu können.

Wie die Regierung in ihrer Stellungnahme darlegt, war das Finanzierungsmodell «100 Prozent Gemeinde, 0 Prozent Kanton» in der Vernehmlassung und in der Weisung zum Spitalplanungs- und finanzierungsgesetz weitgehend unbestritten. Es zeigt sich hier die Tendenz, dass Gemeindevertreter in den Reigen der Umverteilung einstimmen und nun an einer Verteilung der Langzeitpflegekosten hin zum Kanton interessiert sind. Kanton belasten, Gemeinden entlasten, scheint in diesem Rat in Mode zu kommen. Die SVP wird nicht auf der Basis dieses Postulates einer Systemänderung der finanziellen Beteiligung in der Langzeitpflege zustimmen. Nach dem Beschluss zum Soziallastenausgleich im Finanzausgleich – PI Joss (*KR-Nr. 163/2014*) –, scheint der Damm für weitere Änderungen und Abgeltungen zulasten des Kantons gebrochen zu sein. Finanzielle Auswirkungen werden nicht mehr hinterfragt oder nur noch über den Daumen geschätzt und frisch fröhlich, also gänzlich unbekümmert, dem Kanton angelastet.

Die SVP-Fraktion lehnt die Überweisung des Postulates ab.

Brigitte Rösli (SP, Illnau-Effretikon): Ich möchte meine Interessenbindung bekannt geben: Ich bin Leiterin «Pflege» im Alterszentrum «Park» in Frauenfeld, vorher war ich Leiterin «Betreuung und Pflege» in zwei städtischen Alterszentren in Winterthur. Ich kenne die Situation aus eigener Erfahrung sehr gut.

Das Spitalplanungs- und finanzierungsgesetz erhöht den Druck auf die Pflegenden in den Langzeitinstitutionen stetig. Durch die viel kürzeren Spital- und Klinikaufenthalte sind viele Bewohnerinnen und Bewohner bei Eintritt in eine Langzeitinstitution in einem schlechteren Allgemeinzustand, das heisst, diese Betriebe mussten sich in den letzten Jahren – und müssen sich immer noch – dieser neuen

Situation anpassen. Für die Mitarbeitenden der Pflege war und ist dies eine enorme Herausforderung. Langzeitinstitutionen können nicht wie in der Psychiatrie auf Zwangsmassnahmen und Zwangsmedikationen zurückgreifen; es sind in der Regel keine Ärztinnen und Ärzte vor Ort und oft sind Pflegefachfrauen oder -männer in herausfordernden Situationen alleine und müssen selber entscheiden, wie sie mit einer solchen Situation umgehen sollen. Die Folge ist nicht selten eine Überforderung, die dann längerfristig zu Frust, Burnout oder einem Berufswechsel führen kann. Das Personal benötigt Schulungen, um sowohl mit den akuteren physischen wie auch den psychischen Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner umgehen zu können. Selbst- und Fremdgefährdungen gehören heute in Altersinstitutionen zur Tagesordnung.

Das grösste Problem ist aber, dass die Heimfinanzierung noch zu stark im alten Muster der Langzeitpflege steckengeblieben ist. Die psychogeriatrische Pflege wird darin zu wenig abgebildet, was Zeitmessungen belegen. Also, Herr Habicher, es ist nicht einfach aus der Luft gegriffen, sondern es gibt Zeitmessungen, die das belegen. Vor allem bei Bewohnerinnen und Bewohner, welche sowohl körperliche und psychische Pflege benötigen, können die Institutionen zu wenig abrechnen. Hier gilt, je aufwändiger die Pflege, umso weniger kann bezüglich psychogeriatrischer Pflege abgerechnet werden, also ob es dasselbe wäre, eine Person im Rollstuhl zu betreuen, die kognitiv alles selber erledigen kann wie eine an Demenz erkrankte Person im Rollstuhl. Das sind zwei völlig verschiedene Paar Schuhe, die aber gleich abgerechnet werden. Die Folge davon ist, dass zu wenig Pflegepersonal für solche sehr aufwändigen Pflegesituationen zur Verfügung steht, was Stress bei den Pflegenden erzeugt und dadurch oft wieder Aggressionen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern – ein Teufelskreis entsteht.

In den Kantonen Solothurn, Basel-Stadt und Freiburg und ab 2019 im Kanton Aargau wird nach dem CH-Index 2016 abgerechnet, das heisst, die Psychogeriatric in der Langzeitpflege wird gemäss der effektiven Leistung abgebildet. Dies ist eine grosse Entlastung für die Pflegenden und bringt Ruhe in die Betriebe. Doch die Krankenkassen zweifeln die Rechtmässigkeit dieser Abrechnung an. Sie haben ein Verfahren eingeleitet, welches vor Bundesgericht hängig ist.

Ich hoffe sehr, dass sich der Regierungsrat des Kantons Zürich endlich dafür einsetzt, dass Leistungen der gerontopsychiatrischen Pflege in Altersinstitutionen richtig vergütet werden und dass nicht weiter auf dem Buckel der Pflegenden und der Bewohnerinnen und Bewohner gespart wird.

Für mich geht es nicht in erster Linie um die Gemeinden, sondern wirklich um die Pflegenden und die Bewohnerinnen und Bewohner, die zu kurz kommen. Deshalb unterstützt die SP-Fraktion dieses Postulat.

Daniel Häuptli (GLP, Zürich): Wir werden uns bei diesem Postulat der Antwort der Regierung anschliessen und das Postulat nicht unterstützen. Die Regierung schreibt relativ klar und daher auch ein bisschen überraschend. Unzutreffend ist auch die Feststellung der Postulantinnen, die Aufwendung für die psychiatrische Pflegeheime sei nicht gedeckt. Diese Antwort der Regierung überrascht, weil die

Postulantinnen wohl kaum ohne klare Evidenz dieses Postulat lanciert haben. Ich denke, es braucht hier zuerst mehr Transparenz.

Wir sind eben auch kritisch, weil das Postulat eine klare Forderung hat, die relativ extrem ist, nämlich, dass bereits schon eine finanzielle Beteiligung des Kantons an den Schnittstellenaufgaben nötig ist. Das widerspricht der klaren Regelung, dass sich Gemeinden an der Langzeitpflege beteiligen und der Kanton sich an den Kosten der Spitalversorgung. Daher unsere kritische Haltung. Wir sind aber offen, um bei diesem Thema mehr Transparenz zu schaffen, falls es anderweitige Vorstösse geben wird.

Kathy Steiner (Grüne, Zürich): Das Postulat nimmt ein wichtiges Problem auf. Die Langzeitpflege wird aus drei verschiedenen Töpfen bezahlt, von der Krankenversicherung, den Leistungsbeziehenden selbst und von den Gemeinden. Genau gleich werden auch die Kosten für gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten in der Langzeitpflege vergütet. Die Heime bekommen für diese Patientinnen und Patienten genau gleich viele Beiträge wie für die anderen, nur bleiben ihnen am Schluss erhebliche ungedeckte Kosten.

Der Regierungsrat schreibt zwar in seiner Antwort, dass die Aufwendungen für die psychiatrische Pflege über die Krankenversicherung abgedeckt sind. Ja, schon, aber bei der gerontopsychiatrischen Pflege ergeben sich durch die Krankheit bedingte Mehraufwände, das bezweifelt wohl niemand. Aber einmal mehr sind die KVG-pflichtigen Pflegeleistungen so eng definiert, dass der benötigte Mehraufwand nur ungenügend abgedeckt ist. Und was der Regierungsrat in seiner Antwort auch nicht erwähnt, ist, dass diese Menschen neben medizinischer Pflege deutlich mehr Betreuung brauchen. Für ein Pflegeheim bedeutet das mehr Personal und auf diese Zielgruppe spezialisiertes Personal. Dieser Mehraufwand an Betreuung wird aber von den Tagespauschalen überhaupt nicht abgedeckt; diese Mehrkosten bleiben bei den Heimen.

Bei einem Besuch unserer Kommission in der IPW (*Integrierte Psychiatrie Winterthur*) wurde uns gesagt, dass in der Gerontopsychiatrie dahingehend dringender Handlungsbedarf besteht. Wenn knapp bemessenes Heimpersonal häufig an der Leistungsgrenze arbeitet, kommt es deutlich häufiger zu Einweisungen in die Akutpsychiatrie oder es werden mehr Medikamente gegeben. Das ist sicher nicht im Sinn der Patientinnen und Patienten, aber genauso wenig im Sinn des Kantons, der in der Akutpsychiatrie dann direkt mitbezahlen muss.

Also, es besteht eine faktische Unterfinanzierung der Gerontopsychiatrie in der Langzeitpflege. Aber, Astrid Furrer, für uns darf das nicht einfach eine Frage der Finanzierung sein, ob Gemeinde oder Kanton bezahlen soll. Ich möchte mich da Frau Rööfli anschliessen: Wir finden, es braucht bessere Lösungen, es braucht Lösungen, die mehr Personal zur Verfügung stellen. In diesem Sinne überweisen wir zwar das Postulat, möchten aber nicht, dass es nur um die Finanzierung geht.

Lorenz Schmid (CVP, Männedorf): Liebe Astrid, du hast doch so recht. Es stimmt. Es stimmt alles, was du sagst. Es stimmt auch bei den Kinderspitälern in der Akut-somatik. Es stimmt auch in der Psychiatrie. Ungedeckte Kosten, die fallen bei

gewissen Domänen von Leistungserbringern an. Ob sie dann wirklich über Querfinanzierungen auch gedeckt werden können, das wage ich sogar bei der Pflege zu bestreiten. Ich glaube nicht, dass die Gemeinden hier, besser gesagt, die Pflegeeinheiten das Defizit solcher Leistungen mit einer Querfinanzierung decken können. Die gehen zulasten von Gemeinden sowie die Leistungen des Kinderspitals zulasten des Kantons gehen. Da müssen wir aber – und jetzt komme ich zum grossen Aber – da müssen wir systemkohärente Modelle und Lösungen finden. Ich glaube nicht, dass wir deswegen einfach das Null-zu-Hundert-Modell aufbrechen sollten. Es braucht beim Kinderspital andere DRG-Abgeltungen (*diagnosebezogene Fallgruppen*). Das müssen wir nach Bern portieren. Wir stehen nach wie vor zum Null-zu-Hundert-Modell. Eine Lösung wäre sicher, würde die monetarische oder Dualsplitt-Finanzierung Akutsomatik ambulant gleich auch noch in die Pflege reingehen. Dann hätten wir auch Möglichkeiten, die Gemeinden hier ein bisschen zu entlasten. Aber wir stehen nach wie vor zum Modell «Null-zu-Hundert»; es trifft jetzt momentan die Gemeinden in diesem Bereich stark. Ich muss auch sagen, die Gerontopsychiatrie in Heimen: Was ist jetzt alles Gerontopsychiatrie? Mein Kollege (*gemeint ist Josef Widler*) wird sich dazu äussern, weil er darin Erfahrung hat. Somit sage ich nichts mehr, die Abgrenzung ist schwierig.

Wir werden das Postulat, auch wenn du recht hast mit der Begründung dieses Postulates, einfach aus systemkohärenten Überlegungen nicht überweisen.

Markus Schaaf (EVP, Zell): Auch ich geben Ihnen meine Interessenbindung bekannt: Ich bin seit über 20 Jahren Geschäftsführer eines privaten, gemeinnützigen Pflegeheims. Ich kann Ihnen sagen, die Misere, über die wir heute diskutieren, hat 1996 ihren Anfang genommen, damals, als wir über das neue KVG (*Krankenversicherungsgesetz*) abgestimmt haben. Ganz zum Schluss der Beratung kam irgendjemandem auf die Idee, dass man die Pflegefinanzierung noch der Krankenversicherung anhängen könnte. Es ist ja eigentlich ein Irrsinn zu sagen, dass wenn alte Menschen Pflege brauchen, sie gleichbehandelt und finanziert werden müssen, wie Menschen, die krank sind. Alter ist eigentlich keine Krankheit. Und Bedürftigkeit im Alter ist ebenfalls keine Krankheit, also, ein Systemfehler, der 1996 begangen wurde und bis heute nicht korrigiert worden ist.

Es gibt heute in der Schweiz drei Systeme, die den Pflegebedarf ermitteln. Aufgrund dieses Pflegebedarfs gibt es dann eine pauschale Vergütung. Man hat von Anfang an gewusst, dass keines der drei Systeme für die Problematik der gerontopsychiatrischen genügt oder sie adäquat abbildet, das heisst, seit 1996 erbringen die Pflegeheime Leistungen in einem Bereich, den sie nicht kostendeckend finanziert bekommen. Wenn wir jetzt also darüber sprechen, dass es eine Verbesserung geben soll, dann ist das nicht etwa Geld für einen neuen Markt, der sich hier erschliesst, sondern das sind Leistungen, die bereits über die Jahre erbracht worden sind und die nie finanziert worden sind. Natürlich kann man, wie Herr Habicher gesagt hat, es sich einfach machen und sagen, es hat ja bis jetzt funktioniert, also, warum sollen wir etwas daran ändern? Es ist letztlich eine Frage der Fairness ge-

genüber einem Leistungserbringer, bei dem man etwas bestellt und der entsprechend finanziert werden sollte. Natürlich können Sie sich darauf verlassen: Die Heime werden niemanden vor die Türe stellen, weil die Pflege nicht finanziert wird. Dazu haben wir ein zu gutes und ein zu grosses Herz. Trotzdem, es ist, wie gesagt, eine Frage des Grundsatzes: Sind wir bereit, das, was wir bestellen und erwarten, auch entsprechend zu vergüten?

In der ganzen Geschichte macht die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich eine ganz schlechte Falle. Wir haben schon damals angemerkt, als es um das Projekt «Hundert-Null» ging, dass wir ein Problem in der Pflege haben, dass sich die Gemeinden in der Versorgungsplanung nicht entsprechend koordinieren und planen. Die Gesundheitsdirektion hat sich damals aus der Verantwortung gezogen und gesagt, alles, was Langzeitpflege ist, das ist jetzt alles Sache der Gemeinden, unter anderem der ganze Bereich der Gerontopsychiatrie. Die stationären Psychiatrien wurden in den Vorjahren bereits aufgelöst. Heute kann jemand noch etwa 60 Tage in einer psychiatrischen Klinik sein. Dann muss er raus. Wenn Sie mit Leuten aus der Psychiatrie sprechen und fragen, wo die Leute nun sind, die früher in der stationären Psychiatrie waren, dann bekommen Sie ein hilfloses Schulterzucken. Die einen sagen, ja, die sind jetzt in die Gesellschaft integriert, diejenigen die ehrlich sind, sagen, die sind heute wahrscheinlich in den Pflegeheimen; das kommt die Öffentlichkeit günstiger zu stehen, weil es billiger ist, ein Pflegeheim zu finanzieren als eine Langzeitpsychiatrie, als eine Langzeitpflege.

Die Gesundheitsdirektion macht keine gute Falle, auch in der Antwort, die sie hier zu diesem Postulat gibt. Sie zeigt, wie fernab sie in der Beurteilung der Realität ist. Die Gemeinden würden eine koordinierte Versorgungsplanung machen. Ich wäre sehr interessiert, einmal so eine koordinierte Versorgungsplanung zu sehen. Die gibt es in der Praxis nicht, im besten Fall sind es kleine Verbünde, die gemeinsam ein Pflegeheim machen. Aber nur schon über die Gemeindegrenzen hinaus regional zu denken, ist ein Ding, das so kaum stattfindet. Es steht, dass es genügend spezialisierte Plätze gebe für Menschen mit gerontopsychiatrischen Problematiken. Das ist ja genau das Problem; es ist nicht eine Frage der Spezialisierung, sondern die gerontopsychiatrischen Problematiken haben sie heute in jedem Pflegeheim. Die Alters- und Pflegeheime sind heute nicht mehr wie früher. Die Menschen mit solchen Bedürfnissen oder Problematiken sind heute in den Pflegeheimen. Deshalb betrifft es auch jedes Pflegeheim, das heute auf der Pflegeheimliste ist.

Der Kanton kann sich auch nicht einfach aus der Verantwortung stehlen, denn er hat einen Grundauftrag. Die gesundheitliche Grundversorgung ist ihm per Verfassung zugesprochen. Er kann sie nicht einfach an die Gemeinden delegieren.

Ganz billig macht es sich die CVP, die sagt, ja, wir haben ein Problem, aber die anderen sollen es bitte lösen. Liebe CVP, lösungsorientierte Politik sieht anders aus. Wie könnte eine gute, tragfähige und praktikable Lösung aussehen? Wenn wir ganz ehrlich sind, müssten wir jetzt und heute sagen, wir wissen es nicht. Aber, wenn wir jetzt Ja sagen zu diesem Postulat, dann sagen wir Ja zu zwei Dingen: Wir sagen Ja dazu, dass erstens die Gesundheitsdirektion anerkennt, ja, wir haben ein Problem in unserem Kanton; es gibt Leistungen, die nicht ehrlich und

fair abgegolten sind. Und es heisst zweitens, wir suchen aktiv nach einer Lösung für dieses Problem, eine Lösung, die am Schluss auch etwas kosten wird, denn damit bezahlen wir eine Leistung, die heute bereits erbracht wird, ohne dass dafür bezahlt wird.

Die EVP wird dieser Motion unterstützen.

Kaspar Bütikofer (AL, Zürich): Die Alternative Liste, AL, wird dieses Postulat nicht überweisen. Seitens der AL haben wir Verständnis, dass die Pflegefinanzierung und vor allem die ungedeckten medizinischen Kosten Sorge bereiten, insbesondere auch in den Spezialfällen wie in der Finanzierung der Gerontopsychiatrie. In der Tat ist es so: Die Gesellschaft altert, und das wird auch in Zukunft grosse Kosten mit sich bringen. Die Belastungen der Gemeinden werden in diesem Bereich steigen. Die Versorgung älterer Menschen mit psychischen Problemen gibt es nach wie vor, die Probleme der ungedeckten Pflegekosten. Mehrheitlich werden diese Menschen in spezialisierten Institutionen gepflegt. Ich denke, es ist nicht zielführend, wenn jetzt in einem Postulat quasi verlangt wird, dass darüber nachgedacht wird, wer diese ungedeckten Kosten tragen soll. Ist es die Gemeinde, wie das heute der Fall ist? Soll es der Kanton sein, wie es das Postulat wünscht? Oder gar die obligatorische Krankenkasse?

Diese Diskussion wird jetzt ja teilweise geführt. Wir haben sie heute Morgen auch indirekt geführt, nämlich bei der monistischen Finanzierung des Gesundheitswesens. Dabei ist auch die Thematik aufgekommen, wie die Langzeitpflege abgegolten werden soll. Wer kommt dafür auf? Für die Alternative Liste ist es kein Weg, dass die ungedeckten Pflegekosten einfach in die Krankenkasse eingebaut werden, dass dafür die OKP (*Obligatorische Krankenpflegeversicherung*) aufkommen soll, denn dann werden die Kosten einfach auf die Prämienzahler abgeschoben. Das ist wahrscheinlich die schlechteste aller Lösungen, denn wir haben in der Schweiz schon heute die höchsten Out of the pocket-Kosten im Gesundheitsbereich im europäischen Vergleich.

Ein anderes Blatt ist und zu diskutieren ist, ob die Strategie von Thomas Heiniger, die Strategie «Hundert-Null», ob die wirklich sinnvoll und zielführend war und ob sie für die Gemeinden fair ist. Diese Diskussion kann man offen führen. Es ist so, dass die Kosten in der Pflege wesentlich stärker gestiegen sind als die Kosten in der Akutversorgung. Das hier also der Kostenteiler zu einer ungleichen Belastung zwischen Gemeinden und Kanton geführt hat. Es ist aber wenig sinnvoll jetzt ein einzelnes Element aus dem System herauszubrechen und zu schauen, ob es nicht doch noch jemand anderen gibt, der die ungedeckten Kosten übernehmen soll. Hier würden wir einzig Symptombehandlungen betreiben. Betreffend Grundproblematik hat Markus Schaaf eine gute Auslegeordnung gemacht. Aber das Postulat ist der falsche Ansatz, um hier Remedur zu schaffen.

Josef Widler (CVP, Zürich): Dieses Postulat zeigt uns das Problem, das wir heute in der Gesundheitspolitik haben. Wir machen keine Versorgungspolitik, sondern eine Finanzpolitik. Wir versuchen, einem Versorgungsproblem mit einer finanziellen Lösung beizukommen.

Dass die Langzeitpflege in der Psychiatrie geschlossen wurde, ist nichts Spezielles. Vor 30 Jahren gab es in den Stadtspitälern auch noch chronische Abteilungen für Somatiker. Die hat man aufgehoben und die Patienten in Pflegeheime geschickt. Jetzt so zu tun, wie es den typisch gerontopsychiatrischen Patienten geben würde, ist natürlich völlig verfehlt. Ich betreue in drei verschiedenen Institutionen etwa hundert Pflegepatienten, von denen mindestens Zweidrittel eine psychogeriatrische Diagnose haben. Also, dies einfach zu trennen, ist sicher falsch.

Das Problem, das wir haben, das stimmt. Wir sind unter Druck. Es ist nicht so, dass man in den Pflegeheimen kompensieren kann. Wenn ich einen Patienten oder eine Patientin habe, die wenig Aufwendungen braucht, dann rentiert sie fast nicht. Also, ein Patient, der wenig Pflege braucht, ist nicht zum Ausgleich geeignet. Bei den schwerkranken Patienten, dort ist die Zeit, die man mit ihnen verbringt, die wird mit der RAI/RUG berücksichtigt, nur reicht das eben bei den schwerkranken Patienten nicht aus. Das System von RAI/RUG, also die Bewertung, wie man den Aufwand in der Pflege berechnet, dieses System ist eben nicht ganz genügend. Zum Beispiel haben wir Patienten, die brauchen sehr wenig Pflege, aber die Ehefrau braucht jeden Tag eine Stunde Betreuung. Das ist auch nicht abgegolten. Also, ich glaube, wir müssen zuerst mal schauen, wie wir unsere Patienten versorgen wollen und erst dann, wie wir es finanzieren wollen.

Wenn ich sehe, die Heime heute, die unter finanziellen Druck geraten, was machen die? Die schauen zum Beispiel – übrigens gibt es heute auch öffentliche Heime, die das so machen – die sagen, ja, die Pflegestufe ist im Durchschnitt so und so, also müssen wir jetzt den Kredit für die Pflegenden senken. Gut, wenn dann innerhalb von drei Tagen fünf Leute wieder pflegebedürftig sind, sind wir wieder im Notstand mit dem Personal. Was bedeutet das? Das Personal wird krank, wir sind knapp. Was bedeutet das? Man muss wieder Schichten von Kollegen und Kolleginnen übernehmen, die erkrankt sind, mit dem Resultat, dass uns dann die anderen Frauen und Männer auch noch aussteigen. Also, ich meine, wenn wir etwas Gescheites tun wollen, beginnen wir zuerst einmal bei der Versorgung und überlegen uns danach, wie wir sie finanzieren wollen. Aber immer nur beim «Stutz» zu beginnen, gibt einfach keine guten Lösungen. Deshalb ist dieses Postulat ungeeignet, um diese Probleme zu lösen.

Thomas Marthaler (SP, Zürich): Dieses Postulat, respektive die Voten dazu, zeigen die Grenzen des Föderalismus auf mit den verschiedenen «Kässeli», mit den verschiedenen Finanzierungen, die natürlich zur Folge haben, dass bessere Risiken behandelt und andere weitergeschoben werden – wenn möglich. Es will ja niemand einen Verlust schreiben. Wir haben ja auch die Ökonomisierung der Pflege und des Krankheitssektors. Darüber und über die Fehlanreize haben wir bereits den ganzen Morgen diskutiert. Wenn man jetzt vorwiegend sagt, wir können diesen Spezialfall nicht regeln, finde ich das schade. Ich denke, der Kanton, respektive der Regierungsrat, ist die geeignete Stelle, um da bessere Vorschläge zu machen, um diese Missstände beseitigen zu können.

In meinem Bekanntenkreis habe ich so mittlere Vorgesetzte in der Psychiatrie oder in der Pflege, wie meine Vorrednerin Frau Rööfli. Die haben dann das Problem, dass sie Personalchefs über zwei Abteilungen mit 40 Leuten sind. Ihre Hauptsorge ist, wie sie die Arbeitspläne füllen können. Da gibt es dann Leute, die irgendwann ein Burnout haben, die gar nicht mehr kommen oder die öfters krank sind. Das sind die Probleme, die sich aus diesem Missstand ergeben. Aber eben, der Föderalismus: Die Anreize sind da falsch gesetzt. Wir haben das Modell «Null-Hundert». Der Pflegebedarf nimmt zu, die Kosten nehmen zu, aber niemand hat dann Lust oder Interesse, diesen Bedarf zu decken, wenn es nicht kostendeckend erbracht werden kann. Am billigsten ist ja für die Leute, wenn das zu Hause gemacht wird von irgendwelchen Frauen oder Migrantinnen. Das ist auch nicht reguliert. Aber früher war es ja so, dass hauptsächlich die Frauen alle Kranken gratis gepflegt haben. Das war ja die Realität. Das war am günstigsten; das hat quasi nichts gekostet. Man musste keine Rechnungen bezahlen. Aber jetzt wird alles ökonomisiert, und es kostet etwas. Dann muss es eben geregelt werden. Deshalb finde ich es sinnvoll, das Postulat zu überweisen, damit ein Bericht oder ein Vorschlag gemacht wird, wie wir diese Situation verbessern können. Vielen Dank. Deshalb überweisen Sie doch dieses Postulat.

Regierungsrätin Natalie Ricklin: Frau Kantonsrätin Furrer, Sie haben meinen Vorgänger und ihren Parteikollegen für die Antwort kritisiert. Ich kann Sie nur darauf hinweisen, dass ich die Antworten des Regierungsrates übernehmen muss, aber ich bin auch inhaltlich der Meinung meines Vorgängers. Ich werde das nachfolgend gleich darlegen.

Zuerst aber ein Wort zu Kantonsrat Markus Schaaf: Ich finde das jetzt recht dicke Post, dass Sie gesagt haben, die Gesundheitsdirektion macht eine schlechte Falle bezüglich der Finanzierung «Hundert-Null» von Kanton und Gemeinden. Ich habe kurz recherchiert: Dem Pflegegesetz, das 2010 in Kraft getreten ist, hat der Kantonsrat mit 148 : 0 Stimmen bei 11 Enthaltungen zugestimmt. Also, die Gesetze machen ja Sie, und wenn Sie diese ändern wollen, sind auch Sie dafür zuständig. Darüber können wir reden, es ist ein Thema. Wir haben das verschiedentlich gehört: Das KVG auf der einen Seite, dann die Mitarbeiterinnen und die Mitarbeiter und schliesslich die Patienten und Patientinnen. Aber hier einseitig der Gesundheitsdirektion die Verantwortung zuschieben zu wollen, obwohl Sie sich hier drin für «Hundert-Null» entschieden haben, dass die Finanzierung heute so geregelt wird, das kann ich nicht stehen lassen.

Der Regierungsrat hat in seiner Stellungnahme zum Postulat ausführlich dargelegt, dass sowohl die Versorgung mit gerontopsychiatrischen Pflegeleistungen als auch deren Finanzierung durch Leistungsaufträge der Gemeinden an die Pflegeheime gesichert ist. Besteht in einer Gemeinde eine Kapazitätslücke seitens der Heime, sind die Gemeinden verpflichtet, die Mehrkosten zu übernehmen, die daraus entstehen, wenn eine Patientin oder ein Patient in einem anderen Heim oder in einer anderen Gemeinde versorgt werden muss. Die Zürcher Spitalliste 2012 «Psychiatrie» sieht Leistungsaufträge zu akutstationärer Behandlung von gerontopsychiatrischen Patientinnen und Patienten vor. Entsprechende Aufenthalte

werden nach dem Psychiatriespitaltarif vergütet. Ist keine Spitalbedürftigkeit mehr gegeben, richtet sich die Vergütung nach den Regelungen der Pflegefinanzierungen. Und wie gesagt, sind im Kanton Zürich dafür die Gemeinden zuständig.

Die Gemeinden müssen ein umfassendes Pflegeversorgungskonzept erstellen, das auch Leistungen für betagte Menschen mit psychiatrischen Diagnosen umfasst und sie müssen die Institutionen bezeichnen, die ein solches Angebot bereitstellen. Derzeit verfügen in unserem Kanton zahlreiche spezialisierte Institutionen über Kapazitäten von insgesamt mehr als 460 Betten zur Behandlung von psychisch erkrankten betagten Menschen.

Falsch ist die Feststellung im Postulat, dass die Aufwendungen für die psychiatrische Pflegeheime nicht gedeckt seien. Gemäss KVG vergütet die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Unterstützung von psychisch kranken Personen in Krisensituationen und Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung. Die geforderte Beteiligung des Kantons an der Finanzierung dieser Leistungen stünden im Widerspruch zu der 2012 eingeführten klaren Trennung der Finanzierungsverpflichtungen von Kanton und Gemeinden. Ich habe soeben das Resultat erhalten: Die finale Regelung von «Hundert-Null» wird ja im SPFG (*Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz*) festgehalten. Da hat der Kantonsrat mit 119 : 35 Stimmen zugestimmt. Und diese Regelung sieht bekanntlich vor, dass der Kanton die von den Versicherer nicht gedeckten Kosten der Akutversorgung und der Reha zu 100 Prozent und die Gemeinden im Gegenzug die entsprechenden Kosten der Langzeitversorgung zu 100 Prozent übernehmen. Eine Änderung dieses Verteilschlüssels könnte für die Gemeinden unabsehbare Folgen zeitigen, würde nämlich die Mitfinanzierung des Kantons an den Kosten der Langzeitpflege wieder eingeführt, müsste ja umgekehrt auch die Mitfinanzierung der Gemeinden an den Kosten der Spitalversorgung wieder zum Thema werden. Wir können uns auch nochmal in Erinnerung rufen, was Sie heute Morgen diskutiert haben, nämlich EFAS. Wenn ja alles gut kommt, und auch die Anliegen der Kantone berücksichtigt werden und auch die Pflege mitberücksichtigt wird, sind das alles Themen, die dort diskutiert werden können.

Wir verschliessen uns einer Diskussion nicht und sehen die verschiedenen Herausforderungen. Aber aus all diesen Gründen bitte ich Sie, das Postulat abzulehnen.

Der Kantonsrat beschliesst mit 83 : 78 (bei 0 Enthaltungen), das Postulat KR-Nr. 357/2017 zu überweisen. Das Geschäft geht an den Regierungsrat zur Ausarbeitung eines Berichtes innert zweier Jahre.

Das Geschäft ist erledigt.