

Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich

KR-Nr. 54/2005

Sitzung vom 11. Mai 2005

673. Anfrage (Finanzierung der Langzeitpflege)

Kantonsrat Christoph Schürch, Winterthur, hat am 28. Februar 2005 folgende Anfrage eingereicht:

Auf Bundesebene wird ein neuer Vorschlag der so genannten Pflegefinanzierung diskutiert, weil auf der einen Seite die Kosten für die Pflege im Altersbereich ständig wachsen, auf der anderen Seite die heutige Finanzierung an vielen Orten im Grau- wenn nicht im illegalen Bereich stattfindet. Das 1996 eingeführte KVG sah theoretisch vor, dass alle Pflegeleistungen von den Versicherungen gedeckt werden müssen, praktisch war das aber gar nie der Fall. Viele Trärgemeinden von Alterspflegeinstitutionen trugen oder tragen die Differenz, andere wälzten oder wälzen sie auf die Bewohnerinnen und Bewohner ab. Heute wird die Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen wie folgt finanziert:

1. Die Hotellerie wird von der Bewohnerin oder dem Bewohner selbst bezahlt, die Tarife haben eine Spannweite von unter Fr. 100 bis über Fr. 200 täglich, je nach Standard, z. B. Ein- oder Mehrbettzimmer, aber auch je nachdem, ob der Tarifschutz eingehalten wird.
2. Pflegeleistungen werden nach dem System RAI/RUG oder BESA 2.0 erhoben. In beiden Leistungserfassungssystemen wird nach differenzierten Kriterienkatalogen vorgegangen und die erbrachten Pflegeleistungen dokumentiert und verrechnet.
3. Diese Leistungen werden in vielen Heimen der Bewohnerin oder dem Bewohner vollumfänglich verrechnet, ein Teil davon wird von den Krankenversicherungen zurückvergütet (beim BESA zurzeit zwischen Fr. 20 und höchstens Fr. 70, beim RAI zurzeit zwischen Fr. 20 und höchstens Fr. 90). Zurzeit laufen Verhandlungen zwischen dem Kanton Zürich und der *santésuisse*, diese Rückvergütung zu erhöhen. Die Differenz zwischen den effektiven Rechnungskosten und der KK-Rückvergütung muss von der Bewohnerin oder vom Bewohner übernommen werden. Das kann pro Tag durchaus Fr. 120 ausmachen. In diesem Fall wird der Tarifschutz gebrochen.
4. Einige Institutionen, z. B. die VZK-Heime (früher auch die Stadt Winterthur), verrechnen den Bewohnerinnen und Bewohnern nur die Pflegekosten, welche von den Krankenversicherungen auch wieder rückvergütet werden, den Rest übernehmen die Trärgemeinden (und der Kanton mit einem sehr kleinen Beitrag). Dafür sind aber oft die Grundpauschalen (z. B. Hotellerie, Medikamente und Arzt) substantiell höher.

5. Wiederum andere, wie z. B. heute die Stadt Winterthur, verrechneten bei den höheren Pflegestufen pauschale Zusatzbeiträge. Diese Differenz (oder dieser Tarifschutzbruch) wurde vom Volk genehmigt.

In einem Kreisschreiben der GD vom 27. August 2003 wird dieser Gesetzesbruch dahingehend akzeptiert, solange sich das BSV nicht dagegen wehre. Es wird aber darin auch klar festgehalten, dass per Gesundheitsgesetz § 39 Abs. 2 die Gemeinden verpflichtet sind, Alterspflegeeinrichtungen zu unterhalten und gemäss der Verordnung über die Staatbeiträge § 32 jede Gemeinde einen angemessenen Anteil an die Pflegekosten zu zahlen hat. Trotz diesem Kreisschreiben sind viele Alterspflegeinstitutionen von ihren Trägergemeinden dazu angehalten, die Heime «kostendeckend» zu führen.

Aus sozialpolitischer Sicht ist es zu begrüßen, dass keine weiteren Leistungen mehr den Krankenversicherungen überbürdet werden, es sei denn, es wird vom pauschalen Kopfprämiensystem abgerückt und einkommens- respektive vermögensabhängige Prämien erhoben. So lange dies nicht so ist, stehen Kanton und Gemeinden in der Pflicht. Es kann wohl nicht sein, dass ohne gesetzliche Grundlage den Bewohnerinnen und Bewohnern von Alterspflegeeinrichtungen bis zu Fr. 4000 (in Ausnahmefällen auch mehr) alleine für erbrachte Pflegeleistungen ohne die Grundpensionstaxe, Arzt, Medikamente, usw. erhoben werden.

Ich bitte den Regierungsrat folgende Fragen zu beantworten:

1. Wie gedenkt der Regierungsrat Transparenz in die Finanzierung der Alterspflegetarife zu bringen?
2. Ist der Regierungsrat nicht auch der Ansicht, dass eine minimale Vereinheitlichung der Tarifstruktur im Kanton Zürich angestrebt werden muss (für die gleiche Leistung den gleichen Preis, egal, wo das ist)?
3. Sieht er die Möglichkeit, über die entsprechenden Bewilligungen dahingehend Einfluss zunehmen?
4. Welche Gemeinden oder Zweckverbände halten den Tarifschutz ein?
5. Welche der Gemeinden, welche den Tarifschutz gebrochen haben und die Pflegeleistungen vollumfänglich weiter verrechnen, haben in den letzten Jahren die Steuern gesenkt respektive sind oder waren nicht auf dem kantonalen Maximum?
6. Warum hat der Kanton bis zum heutigen Zeitpunkt, trotz klar geltenden gesetzlichen Voraussetzungen, nie interveniert?
7. Wer ist dafür zuständig, die Gesundheitsdirektion oder die Bezirksräte?
8. In Feuerthalen läuft momentan ein Verfahren gegen das örtliche Krankenhaus. Sind dem Regierungsrat weitere solche Verfahren wegen Tarifschutzbruch in Alterspflegeeinrichtungen in Zürcher Gemeinden bekannt?

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion
beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Christoph Schürch, Winterthur, wird wie folgt beantwortet:

A. Ausgangslage

Im Bereiche der Tarifierung der Pflegekosten herrscht eine für die Kantone und Gemeinden unbefriedigende Situation. Nach Art. 25 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) hat die obligatorische Krankenpflegeversicherung unter anderem die Kosten für die Pflegemassnahmen in einem Pflegeheim zu übernehmen (als Pflegeheime im Sinne des KVG gelten unter anderem auch Altersheime mit Pflegeangebot). Bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim haben die Versicherer die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause (Spitex) zu vergüten (Art. 50 KVG). Der Grundsatz einer vollen Übernahme der Kosten der Pflegemassnahmen durch die Krankenkassen wurde vom Bundesrat in seiner Rechtsprechung und über Ausführungsverordnungen von Anfang an nicht beachtet. Mit der vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) am 1. Januar 1998 in Kraft gesetzten Bestimmung von Art. 9a Abs. 2 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) wurden für Pflegeheime unter den Vollkosten liegende Rahmentarife für so lange festgelegt, als die Kosten der Leistungen von Pflegeheimen nicht nach einheitlicher Methode (gemäss einer damals vom Bundesrat gar noch nicht erlassenen Ausführungsverordnung zu Art. 49 Abs. 6 KVG) ermittelt werden. Vor dem Hintergrund dieser Tariflimiten setzte der Regierungsrat mit Beschluss vom 21. Januar 1998 die Pflegebeiträge der Krankenversicherer an der Obergrenze der vom EDI erlassenen Rahmentarife, d. h. auf Fr. 20, 40, 60 bzw. 70 pro Pfl egetag für die Pflegebedarfsstufen BESA 1, 2, 3 bzw. 4 fest (BESA bedeutet: Bewohner/innen-Einstufungs- und Abrechnungssystem). Gleichzeitig hielt er in seinem Beschluss fest, dass – nachdem der vom Bundesrat verordnete Rahmentarif das vom KVG vorgegebene Vollkostendeckungsprinzip bis auf Weiteres aufschiebt – juristisch in analoger Weise der Tarifschutz für die gleiche Dauer aufgeschoben werde; entsprechend müssten somit auch die von den Pflegeheimen ausgewiesenen, nach Abzug von Krankenkassenleistungen und von Subventionen verbleibenden ungedeckten Pflegekosten nach wie vor von den Patientinnen bzw. Patienten übernommen werden. Der Tarifbeschluss des Regierungsrats wurde in der Folge von den Krankenversicherern mit Beschwerde beim Bundesrat angefochten. Mit Entscheid

vom 7. Dezember 1998 wies der Bundesrat die Beschwerde vollumfänglich ab und bestätigte die im Beschluss festgesetzten Pflegeheimtaxen; dass mit dieser Auslegung der Tarifschutz bis auf Weiteres suspendiert bleibt, wurde dabei nicht thematisiert und somit akzeptiert. Vor diesem Hintergrund und dem Umstand, dass der Bundesrat gemäss Art. 21 Abs. 1 KVG mit der Überwachung der Durchführung der Krankenversicherung beauftragt ist, durfte der Regierungsrat davon ausgehen, dass seine Rechtsauffassung betreffend Tarifschutz bundesrechtskonform ist.

Die seit dem Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 pendenten Ausführungsbestimmungen zu Art. 49 Abs. 6 KVG wurden vom Bundesrat mit der Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime vom 3. Juli 2002 (VKL; SR 832.104) mit Wirkung ab 2003 erlassen. Damit lag nun grundsätzlich die zur Verrechnung von Vollkosten erforderliche Rechtsgrundlage vor. In der Folge beantragten die Trägerorganisationen der Pflegeheime beim Regierungsrat mit Wirkung ab 1. Januar 2004 die Festsetzung von kostendeckenden Pfllegetarifen. Mit Beschluss vom 14. Januar 2004 setzte der Regierungsrat für die Dauer des Tariffestsetzungsverfahrens provisorische Pfllegetarife in der Höhe der bisherigen Tarife fest. Gleichzeitig wurde die rückwirkende Geltendmachung der Tariffdifferenz durch die Berechtigten vorbehalten, falls im Endentscheid ein Tarif festgesetzt wird, der vom provisorisch festgesetzten abweicht. Mit Verfügung des EDI vom 30. November 2004 wurden die Obergrenzen der Rahmentarife mit Wirkung ab 1. Januar 2005 angepasst und für die Pflegebedarfsstufe 3 auf Fr. 65 und für die Stufe 4 auf Fr. 80 angehoben. Auf Begehren der Trägerorganisationen der Pflegeheime änderte der Regierungsrat in der Folge die provisorischen Pfllegetarife entsprechend, sodass nun mit Wirkung ab 1. Januar 2005 für die Dauer des Tariffestsetzungsverfahrens folgende Pflegeheimtarife gelten:

BESA-Stufe 1: Fr. 20 pro Pfllegetag

BESA-Stufe 2: Fr. 40 pro Pfllegetag

BESA-Stufe 3: Fr. 65 pro Pfllegetag

BESA-Stufe 4: Fr. 80 pro Pfllegetag

Die Eidgenössische Preisüberwachung ist derzeit dabei, die von der Gesundheitsdirektion zur Festsetzung vorgeschlagenen Tarife, die auf den Vollkosten der Pflegeheime beruhenden und bei denen ein Abzug für mangelnde Kostentransparenz und für Ineffizienz vorgenommen wurde, zu überprüfen.

Die mit der VKL grundsätzlich möglich gewordenen kostendeckenden Pfllegetarife sind inzwischen aber bereits wieder in Frage gestellt. Am 8. Oktober 2004 beschloss die Bundesversammlung mit einem dringlichen Bundesgesetz gemäss Art. 165 Abs. 1 der Bundesverfassung eine

Änderung der Übergangsbestimmung des KVG, die auf den 1. Januar 2005 in Kraft getreten ist und bis zum 31. Dezember 2006 gelten wird (AS 2004, 4375). Danach dürfen bis zum Inkrafttreten einer neuen Pflegefinanzierung im KVG in Abweichung vom Kostendeckungsprinzip die vom EDI festgesetzten Rahmentarife – analog der Situation vor Inkrafttreten der VKL – nicht überschritten werden. Vorbehalten sind dabei indessen «diejenigen Tarife und Tarifverträge, die am 1. Januar 2004 bereits die Rahmentarife überschritten haben». Solche Tarife werden auf der am 1. Januar 2004 geltenden Höhe begrenzt bzw. weitergeführt. Da im laufenden Tariffestsetzungsverfahren im Kanton Zürich die neuen Tarife mit Wirkung ab 1. Januar 2004 beantragt worden sind und die rückwirkende Geltendmachung von möglichen Tariffdifferenzen bereits im provisorischen Festsetzungsentscheid vorbehalten wurde, dürfen die Rahmentarife des EDI für die zürcherischen Pflegeheime somit überschritten und die Tarife auf der Grundlage der Vorgaben der VKL festgesetzt werden.

B. Beantwortung der Fragen

Zu Frage 1:

Nach § 39 Abs. 2 Gesundheitsgesetz ist (LS 810.1) die Errichtung und der Betrieb von Krankenhäusern Sache der Gemeinden; als Krankenhäuser gelten auch Pflegeabteilungen in Altersheimen. Die Hauptverantwortung für eine sachgerechte Pflegeheimversorgung der Langzeitpatientinnen und -patienten liegt somit bei den Gemeinden. Dazu gehört auch eine adäquate Rechnungsstellung. Bei der Erfüllung der Sicherstellung der Pflegeheimversorgung haben sich die Gemeinden an die übergeordneten Bestimmungen von Bund und Kantonen zu halten. Auf Ebene Bund ist hinsichtlich Transparenz der Pflegekosten die VKL massgebend. Diese regelt die einheitliche Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen im Spital- und Pflegeheimbereich. Sie dient im Pflegeheimbereich zur Bestimmung der Leistungen und Kosten, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden müssen, weist aber auch die Kosten der darüber hinausgehenden Leistungen aus. In Art. 9 VKL werden die Pflegeheime unter anderem verpflichtet, eine Kostenrechnung zu führen, die insbesondere die Elemente Kostenarten, Kostenstellen, Kostenträger und die Leistungserfassung umfasst. Die Ermittlung der Kosten sowie die Erfassung der Leistungen hat dabei nach einheitlicher Methode zu erfolgen. Auf Grund dieser bundesrechtlichen Vorgaben sind weiter gehende Bestimmungen zur Erhöhung der Kostentransparenz nicht angezeigt.

Zu Frage 2:

Zu den Pflegemassnahmen, die auf ärztliche Anordnung von der Krankenversicherung zu übernehmenden sind, gehören gemäss Art. 7 KLV neben den Massnahmen der Abklärung und Beratung sowie der Untersuchung und der Behandlung folgende Massnahmen der Grundpflege: Allgemeine Grundpflege bei Patienten oder Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken sowie die psychiatrische oder psychogeriatrische Grundpflege. Die Pflegeleistungen werden im Rahmen der Leistungserfassungssysteme BESA oder RAI/RUG (Resident Assessment Instrument/ Ressource Utilization Groups) erfasst. Damit wird dem Grundsatz gleiche Leistungen zu gleichem Preis genüge getan. Alle übrigen, in einem Pflegeheim anfallenden Kosten sind grundsätzlich von der Patientin bzw. dem Patienten zu tragen. Dazu gehören – im Gegensatz zum Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals – insbesondere die Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Auch hauswirtschaftliche Leistungen, Betreuung oder Unterstützung, Alltagsgestaltung, Erledigung von persönlichen Angelegenheiten (wie notwendige Einkäufe, Begleitung bei Arztbesuchen, administrative Angelegenheiten) stellen keine Pflichtleistungen dar und müssen deshalb separat ausgewiesen werden. Diese Leistungen können – soweit sie nicht von Angehörigen übernommen werden – der Patientin bzw. dem Patienten separat verrechnet werden. All diese Leistungen werden je nach Leistungsstandard (Hotellerie) oder Gesundheitszustand bzw. Unterstützung durch Angehörige unterschiedlich von den einzelnen Patientinnen bzw. Patienten beansprucht. Bei der Verrechnung dieser Leistungen ist es deshalb sachgerecht, dass die Vergütung individuell bzw. nach Massgabe des Aufwands bemessen wird. Auch wenn die Aufwendungen teilweise durch die Leistungen der Hilflosenentschädigung gedeckt sind (falls die Voraussetzungen für die Ausrichtung einer solchen Entschädigung gegeben sind), hat jede Gemeinde entsprechend ihrer Zugehörigkeit zu einem kommunalen oder regionalen Pflegeheim an die nach Abzug des Staatsbeitrags verbleibenden Kosten einen angemessenen Anteil zu leisten (§ 32 Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege; LS 813.21). Vor diesem Hintergrund ist eine vom Kanton vorgegebene Tarifstruktur für Nicht-Pflichtleistungen nicht angebracht. Sie würde eine Nivellierung des Angebots bewirken, was im Bereich der hauswirtschaftlichen Leistungen nicht erwünscht ist; die Gemeinden sollen im Grundsatz möglichst

eigenständig bestimmen dürfen, wie sie ihre Pflegeheime im nicht grundversicherten Zusatzleistungsbereich ausstatten bzw. gestalten. Hinsichtlich der Tarifgestaltung gilt auf Grund der allgemeingültigen Verwaltungsgrundsätze (Äquivalenz- und Kostendeckungsprinzip), dass die Preise in einem vernünftigen Verhältnis zur Leistung stehen müssen und dass die Tarifordnung als solche transparent sein muss.

Zu Frage 3:

Pflegeheimbewilligungen können mit Auflagen gesundheitspolizeilicher Natur, nicht aber mit Vorschriften über die Tarifierung von Heimkosten verknüpft werden. Zudem wären solche Vorschriften wie dargelegt nicht zweckmässig, da unterschiedliche Standards bestehen. Weiter sollte nicht ohne Not in die Gemeindeautonomie eingegriffen werden, zumal die Standards bzw. Tarife der kommunalen Pflegeheime möglichst bürgernah entschieden werden sollten.

Zu Fragen 4 und 5:

Wie eingangs erwähnt, ist die definitive Höhe der von den Krankenkassen ab 1. Januar 2004 geschuldeten Pflegebeiträge noch offen. Je nach Ausgang des Tariffestsetzungsverfahrens wird deshalb noch eine Korrektur der Rechnungsstellung der Pflegeheime gegenüber den Krankenkassen bzw. den Patientinnen und Patienten erfolgen müssen. Es kann daher im heutigen Zeitpunkt keine Aussage darüber gemacht werden, wie es sich mit dem Tarifschutz sowie auch mit der Frage der Steuerpolitik der Gemeinden verhält. Mit Bezug auf die früheren Jahre war der Tarifschutz wie dargelegt suspendiert.

Zu Frage 6:

Auf Grund vorstehender Ausführungen und Erwägungen waren Interventionen unter dem Titel Tarifschutz nicht angezeigt; die Gemeinden sind mit Kreisschreiben der Gesundheitsdirektion vom 27. August 2003 über die entsprechende Rechtslage ins Bild gesetzt worden.

Zu Frage 7:

Die Beurteilung von Streitigkeiten über die Leistungspflicht nach KVG bzw. die Einhaltung des Tarifschutzes im Einzelfall fällt nicht in die Zuständigkeit des Regierungsrats, sondern obliegt gemäss Art. 89 KVG dem kantonalen Schiedsgericht und letztinstanzlich dem Eidgenössischen Versicherungsgericht. Die Überprüfung von kommunalen Erlassen, wozu auch Pflegeheimtaxordnungen gehören, fällt in die Zuständigkeit des Bezirksrats.

Zu Frage 8:

Beim Regierungsrat ist derzeit ein Rekurs gegen einen Beschluss des Bezirksrats Winterthur hängig, bei dem es um eine Taxordnung für Pflegeheimpatienten geht.

II. Mitteilung an die Mitglieder des Kantonsrates und des Regierungsrates sowie an die Gesundheitsdirektion.

Vor dem Regierungsrat

Der Staatsschreiber:

Husi