



**Stadt
Lucern**

Stadtrat

Antwort

auf die

Interpellation 379

Maria Pilotto namens der SP/JUSO-Fraktion
vom 29. Januar 2020

(StB 427 vom 17. Juni 2020)

**Wurde anlässlich der
Ratssitzung vom
17. Dezember 2020
beantwortet.**

Pflegefinanzierung in der Stadt Luzern: aktueller Stand und Entwicklungen

Der Stadtrat beantwortet die Interpellation wie folgt:

Die Interpellation stellt verschiedene Fragen zur aktuellen Situation im Bereich der Pflegefinanzierung und zum Ausbau des entsprechenden «Kompetenzzentrums» bei der Dienstabteilung Alter und Gesundheit. Der Stadtrat nimmt die Gelegenheit gerne wahr, um dem Parlament eine relativ ausführliche Darstellung dieser komplexen Materie vorzulegen.

Gesetzliche Rahmenbedingungen der Pflegeversorgung und Pflegefinanzierung

Im Kanton Luzern sind die ambulante und die stationäre Pflege gemäss § 2a Abs. 1 des Betreuungs- und Pflegegesetzes vom 13. September 2010 (BPG; SRL Nr. 867) Gemeindeaufgaben. Während die im Jahr 2011 eingeführte Neuordnung der Pflegefinanzierung an dieser Zuständigkeit nichts änderte, führte sie zu einer Neuverteilung der Kosten zwischen Versicherten, Versicherern und Gemeinden. Kernstück der Neuordnung war die Finanzierung der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Dabei wurde festgelegt, dass die Krankenversicherer einen bestimmten, gesamtschweizerisch einheitlichen und nach Pflegebedarf abgestuften fixen Beitrag an die Pflegekosten leisten. Um die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen zu limitieren, dürfen seither gemäss Art. 25a Abs. 5 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) von den Pflegekosten pro Tag maximal 20 Prozent des höchsten Beitrags der Krankenversicherer auf die pflegebedürftige Person überwältzt werden. Im stationären Bereich sind dies aktuell Fr. 23.– pro Tag, im ambulanten Fr. 15.35 täglich. Die Restkosten (Vollkosten nach Abzug des Versicherungsbeitrags und der Kostenbeteiligung der versicherten Person) werden im Kanton Luzern gemäss Aufgabenteilung von den Gemeinden getragen (jeweils die pflegefinanzierungsrechtliche Wohnsitzgemeinde¹ der versicherten Person). Die Ermittlung der Pflegevollkosten und der davon abgeleiteten Pflegerestkosten ist Aufgabe der Sitzgemeinde der jeweiligen Institution.

Im ambulanten Pflegebereich sind die Gemeinden im Kanton Luzern gemäss § 39 des Gesundheitsgesetzes vom 13. September 2005 (GesG; SRL Nr. 800) zudem auch Aufsichts- und Bewilli-

¹ Auch wenn sich eine Person bei einem Heimtritt in der Sitzgemeinde der Institution anmeldet, begründet der Aufenthalt in einem Pflegeheim gemäss § 6 Abs. 2 BPG keine neue Zuständigkeit für die Restfinanzierung: «Hat die anspruchsberechtigte Person ihren Wohnsitz innerhalb der letzten fünf Jahre vor dem pflegebedingten Eintritt in das Pflegeheim oder dem Entstehen der dauerhaften Pflegebedürftigkeit im Pflegeheim gewechselt, ist diejenige Gemeinde zuständig, in welcher die anspruchsberechtigte Person während dieser Zeit am längsten Wohnsitz hatte.»

gungsbehörde. Alle anderen Betriebe im Gesundheitswesen werden von der zuständigen kantonalen Behörde bewilligt. Dies bedeutet, dass die Sitzgemeinde über ein entsprechendes fachliches Know-how verfügen muss, um die Einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Bewilligungsvoraussetzungen von Spitex-Organisationen sicherstellen zu können.

«Kompetenzzentrum Pflegefinanzierung»

Die Stadt Luzern hat in den letzten Jahren ein grosses Know-how in Bezug auf die Kostenüberprüfung und Tarifermittlung im Bereich der Langzeitpflege sowie bei der Aufsicht und Bewilligung von Spitex-Organisationen aufgebaut. Die zuständige Abteilung Alter und Gesundheit (AGES) hat sich im Verlaufe der Zeit zu einem Kompetenzzentrum in Sachen Pflegefinanzierung entwickelt. Sie hat diese Aufgaben immer häufiger auch für andere Gemeinden in Form von Einzelaufträgen übernommen und den Aufwand jeweils in Rechnung gestellt. Über die Übernahme von Tätigkeiten für andere Gemeinden wurde im Einzelfall entschieden, und die AGES konnte bei fehlenden Ressourcen einzelne Aufträge auch ablehnen oder nur unter Vorbehalt möglicher zeitlicher Verzögerungen entgegennehmen.

Im Verlaufe der Zeit haben diverse Gemeinden Interesse gezeigt, der Stadt Luzern die Aufgaben im Bereich der Pflegefinanzierung dauerhaft zu übertragen und verbindlich zu regeln. In der Gemeinde Horw ist zu diesem Thema im November 2018 ein Postulat überwiesen worden, welches vom Gemeinderat fordert, «im Zusammenhang mit der Sicherstellung von Restfinanzierungsbeiträgen in der Spitex – Pflegefinanzierung sinnvollerweise die Zusammenarbeit mit Stellen zu prüfen und falls notwendig, welche zu suchen, damit der Aufwand gebündelt und die Vorgehensweisen vereinheitlicht werden können».² Um das Interesse anderer Gemeinden und somit auch das Auftragsvolumen abschätzen zu können, hat die AGES im Sommer 2019 eine Umfrage zum Thema Kompetenzzentrum Pflegefinanzierung bei allen Gemeinden im Kanton Luzern durchgeführt.

Aufgrund der Umfrageergebnisse wurde das Vorhaben weiterverfolgt, und im März 2020 konnten den Gemeinden die ausgearbeiteten Leistungsvereinbarungen mit einer Laufzeit von drei Jahren zugestellt werden. Bis Ende Mai 2020 haben die Gemeinden Ebikon, Adligenswil, Horw und Hildisrieden die Vereinbarung unterzeichnet. Sechs weitere Gemeinden haben mündliche Zusagen gemacht, das Geschäft aber vor dem Hintergrund der Coronaviruskrise noch nicht im Gemeinderat behandeln können. Mit dem Verband Luzerner Gemeinden (VLG) konnte zudem eine Leistungsvereinbarung für Tätigkeiten im Zusammenhang mit überregional tätigen Pflegeinstitutionen abgeschlossen werden. Vor dem Hintergrund der mit dem Auftragsvolumen gesicherten wiederkehrenden Einnahmen konnte die für den Ressourcenausbau erforderliche Stelle einer Fachspezialistin / eines Fachspezialisten Pflegefinanzierung mit einem Pensum von 40 bis 50 Prozent ausgeschrieben werden. Zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Interpellationsantwort war das Bewerbungsverfahren noch im Gange.

² Postulat 2018-686, Oliver Imfeld (SVP) und Mitunterzeichnende, vom 29. Juni 2018: «Restfinanzierungsbeiträge in der Spitex – Pflegefinanzierung».

Die einzelnen Fragen beantwortet der Stadtrat wie folgt:

Zu 1.:

Welche genauen Kriterien gelten für die Vereinbarungen der Restkostentarife für ambulante und stationäre Leistungserbringer – innerhalb der Stadt sowie in anderen Gemeinden?

Um die Restkosten zu berechnen, müssen die Pflegevollkosten einer Institution – unabhängig ob Heim oder Spitex-Organisation – ermittelt werden. Dabei kommen inhaltliche und formale Kriterien zur Anwendung:

- Von Gesetzes wegen darf der Restfinanzierungsbeitrag nebst den Pflegekosten keine anderen Kosten beinhalten, insbesondere auch keine Kosten für Hauswirtschaft, Betreuung und Aufenthalt (§ 7 Abs. 2 BPG). Zudem dürfen die Pflegevollkosten nur die «für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten» decken (§ 4 Verordnung zum Betreuungs- und Pflegegesetz vom 30. November 2010 [BPV; SRL Nr. 867a]).
- Die Pflegekosten umfassen ausschliesslich die von den Krankenversicherungen anerkannten und bezahlten Leistungen gemäss Art. 7 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (KLV; SR 832.112.31) übernommen. Erbrachte Leistungen, die von der Krankenversicherung nicht anerkannt werden, dürfen nicht zur Restkostenfinanzierung in Rechnung gestellt werden. Dies bedeutet auch, dass die inhaltliche Überprüfung, ob eine Leistung KLV-konform ist, durch die Krankenversicherer erfolgt und nicht durch die Gemeinden.
- Die Aufgabe der Gemeinden besteht darin, für den Abschluss einer Tarifvereinbarung jährlich die Kostenrechnungen des jeweiligen Leistungserbringers zu überprüfen und jene Aufwendungen, welche nicht zu den Pflegekosten gehören, in Abzug zu bringen. Zudem gilt es zu prüfen, ob eine Leistung effizient erbracht worden ist. Dazu sind auch Quervergleiche möglich (§ 3b und 3c BPG).
- In § 8 BPG ist zudem geregelt, dass bei Fehlen einer Tarifvereinbarung die Gemeinde Pflegekosten höchstens «im Umfang des Restfinanzierungsbeitrages, der für ihre Vertragsleistungserbringer gilt» übernehmen muss.³
- Die formalen Kriterien für die Rechnungslegung richten sich im ambulanten Bereich nach dem Finanzmanual des Spitex Verbands «Spitex Schweiz», jene des stationären Bereichs nach der «Weisung zur Rechnungslegung in Pflegeheimen»⁴ des Kantons Luzern.

³ In der Praxis bedeutet dies, dass die Stadt Luzern bei Heimen, mit denen sie keine Tarifvereinbarung abgeschlossen hat, maximal den jeweiligen Pflegevollkostentarif der Viva Luzern übernimmt. Im stationären Bereich unterhält die Stadt Luzern nur Leistungsvereinbarungen mit Heimen in der Stadt Luzern. Bei den Spitex-Organisationen gibt es diverse Tarifvereinbarungen mit Spitex-Organisationen, die ihren Sitz in einer Agglomerationsgemeinde haben, aber einen Grossteil der Dienstleistungen in der Stadt Luzern erbringen. Insgesamt rechnet die Stadt Luzern Pflegerestkosten mit etwa 120 verschiedenen Leistungserbringern ab, davon sind etwa 25 mit Leistungs- oder Tarifvereinbarungen geregelt.

⁴ Abrufbar unter www.disg.lu.ch/themen/Menschen_im_Alter/Betreuungs_und_Pflegegesetz, Zugriff am 25. Mai 2020.

Die Summe der anerkannten Pflegevollkosten im jeweiligen Vorjahr geteilt durch die im gleichen Abrechnungszeitraum geleisteten Zeiteinheiten ergibt dann die einzelnen Tarife. Im stationären Bereich ist das ein einzelner Tarif nach Pflegeminuten, im ambulanten Bereich werden gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV drei verschiedene Stundentarife für die Leistungsarten «Abklärung, Beratung und Koordination» (Art. 7 Abs. 2 lit. a), «Untersuchung und Behandlung» (Art. 7 Abs. 2 lit. b) sowie für die «Grundpflege» (Art. 7 Abs. 2 lit. c) festgelegt. In der Stadt Luzern hat sich bei der Tariffestlegung der Modus etabliert, dass im Jahr X aufgrund der Kostenrechnung des Jahres X minus 1 der Tarif für das Jahr X plus 1 ermittelt wird (der Tarif 2020 wurde also im Jahr 2019 aufgrund der Kostenrechnung 2018 festgelegt). Da es sich um einen zukünftigen Tarif handelt, ist es unausweichlich, dass bei zukünftigen Kostenrechnungen eine Abweichung resultiert. Diese Unter- oder Überdeckung wird dann in der Regel im nächsten Tarif eingerechnet. In Ausnahmefällen sind zum Ausgleich einer Unter- oder Überdeckung auch Nach- oder Rückzahlungen möglich, insbesondere bei grösseren Abweichungen, bei Fragen der Liquidität oder in den ersten Jahren nach einer Neugründung (bei Neugründungen kommen mangels Erfahrungswerten Abweichungen naturgemäss häufiger vor).

Zu 2.:

Auf welchen Grundlagen (z. B. rechtlich, politisch...) werden diese Kriterien festgelegt und wie werden sie legitimiert – in der Stadt Luzern sowie im Kontext des überkommunalen Kompetenzzentrums?

Die Grundlagen sind wie unter Punkt 1 erwähnt rein rechtlicher Natur. Sie umfassen folgende Gesetze, Verordnungen, Reglemente und Weisungen:

- Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10)
- Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV; SR 832.102)
- Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (KLV; SR 832.112.31)
- Betreuungs- und Pflegegesetz vom 13. September 2010 (BPG; SRL Nr. 867)
- Verordnung zum Betreuungs- und Pflegegesetz vom 30. November 2010 (BPV; SRL Nr. 867a)
- Gesundheitsgesetz vom 13. September 2005 (GesG; SRL Nr. 800)
- Gemeindegesezt vom 4. Mai 2004 (GG; SRL Nr. 150)
- Reglement über die Gestaltung und Steuerung der Versorgung in den Bereichen Pflege und Wohnen vom 27. Oktober 2011 (sRSL 4.2.1.1.1)
- «Weisung zur Rechnungslegung in Pflegeheimen» des Kantons Luzern. Für das Rechnungsjahr 2019 ist noch die Version vom 26. Juli 2017 gültig, ab 2020 ist die Version vom 10. September 2020 anzuwenden.

Diese rechtlichen Grundlagen gelten selbstverständlich für alle Leistungserbringer in gleicher Weise, unabhängig vom Sitz oder von der Rechtsform der jeweiligen Organisation. Die wichtigsten Kriterien sind bei der Antwort auf Frage 1 aufgeführt. Es würde den Rahmen einer Interpellationsantwort sprengen, auf jede einzelne Bestimmung einzugehen. Alle angewendeten Kriterien sind aber durch rechtliche Grundlagen legitimiert.

Zu 3.:

Wie werden unterschiedliche Leistungen und Strukturen der Organisationen in den Restkostenvereinbarungen miteinbezogen (z. B. Pflegebedarf, Personalkonstellationen, bestehende Infrastruktur)? Worin besteht diesbezüglich Handlungsspielraum der Stadt und wie wird er genutzt?

Die Individualität der einzelnen Organisationen wird bei der Analyse der Kostenrechnung berücksichtigt – soweit es das Gesetz zulässt. Wie erwähnt, dürfen mit den Restkosten keine Leistungen entschädigt werden, die nicht eindeutig der Pflege gemäss Art. 7 KLV zugeordnet werden können.

Der **Pflegebedarf** ist im stationären Bereich durch die Einreihung in eine Pflegestufe berücksichtigt. Der zugrunde liegende Tarif ist für alle Pflegestufen gleich; die höheren Beiträge für höhere Pflegestufen ergeben sich durch die Hinterlegung eines grösseren zeitlichen Aufwands. Die Pflegestufe 1 umfasst Pflegeleistungen von 1 bis zu 20 Minuten pro Tag und wird mit dem aufgerundeten Durchschnitt von 11 Minuten berechnet. Bei der Pflegestufe 2 (21 bis 40 Minuten) können pro Tag 31 Minuten verrechnet werden usw. Im ambulanten Bereich ergibt sich der Pflegebedarf aufgrund der ärztlichen Verordnung und der damit zusammenhängenden Massnahmen. Die Überprüfung der Angemessenheit des Pflegeaufwands erfolgt sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich durch den Krankenversicherer (vgl. auch Antworten auf die Fragen 4 und 5).

Bei der **Personalkonstellation** wird darauf geachtet, dass der Skill-und-Grade-Mix (Verhältnis der unterschiedlichen Ausbildungsniveaus des Personals) nicht zu tief ist (Qualitätsanspruch), aber auch nicht zu hoch (Kosteneffizienz) und sich im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben bewegt.

Bei der **Infrastruktur** wird darauf geachtet, dass sie für eine effiziente Leistungserbringung geeignet ist und nicht zu hohe Umlagen auf den Pflegebereich vorgenommen werden.

Der grösste **Handlungsspielraum** besteht dort, wo die gesetzlichen Bestimmungen eine gewisse Unschärfe aufweisen, beispielsweise bei der Vorgabe der Wirtschaftlichkeit und der Effizienz. Hierbei sind Quervergleiche und Benchmarks dienlich, insbesondere aber auch die Massgabe der Kontinuität innerhalb einer Organisation: Mehraufwendungen und grössere Veränderungen von Kennzahlen im Vergleich zu den Vorjahren müssen sachlich begründet werden. Bei den Tarifverhandlungen mit den Leistungserbringern setzt die AGES auf grösstmögliche Transparenz und Nachvollziehbarkeit. Bei der Tariffestsetzung gilt es, einen ausgewogenen und fairen Massstab zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit zu finden. Dabei orientieren sich die Verantwortlichen nach dem im Reglement über die Gestaltung und Steuerung der Versorgung in den Bereichen Pflege und Wohnen festgelegten Grundsatz «gleicher Preis für gleiche Leistungen». Wie bei der Antwort auf Frage 1 erklärt, erfolgt bei einer nachträglich festgestellten Unter- oder Überdeckung ein Ausgleich. Dies bedeutet, dass ein zu niedrig oder zu hoch angesetzter Tarif in jedem Fall – wenn auch mit einer zeitlichen Verzögerung – korrigiert wird. Ziel der Verhandlungen ist es deshalb, einem «korrekten Tarif» möglichst nahe zu kommen, um grössere nachträgliche Korrekturen zu vermeiden. Im Verlaufe der Jahre hat sich im Einvernehmen mit den Institutionen die Praxis durchgesetzt, die Tarife lieber etwas knapp anzusetzen, da eine nachträgliche Rückzahlung oder Rückverrechnung auch für die Leistungserbringer unangenehmer ist als eine Nachforderung.

Zu 4.:

Welche Unterschiede (z. B. Tarife, Vorgehen bei der Leistungsvereinbarung, Kontrolle) gibt es zwischen gewinnorientierten und nicht gewinnorientierten Leistungserbringern und wie handhabt die Stadt Luzern diese Unterschiede? Wie stellt die Stadt Luzern sicher, dass Leistungserbringer mit tieferen Tarifen nicht mehr Stunden erbringen und abrechnen?

Zunächst gilt es festzuhalten, dass eine Institution, welche Pflegerestkosten in Anspruch nimmt, bei den pflegerischen Leistungen per Definition keinen Gewinn erwirtschaften kann bzw. darf. Die Restkosten umfassen wie erwähnt die Pflegevollkosten abzüglich des Beitrags des Krankenversicherers sowie der Patientin oder des Patienten und sind somit Nettokosten. Bei einer allfälligen Überdeckung (vgl. Punkt 1) müssen die zu viel bezogenen Restkosten zurückerstattet werden, oder sie werden bei der Berechnung des nächsten Tarifs als Kostenminderung eingerechnet. Gewinne können alle Leistungserbringer erwirtschaften, aber nur ausserhalb der Pflege, beispielsweise private⁵ Spitex-Organisationen im Bereich der Hauswirtschaft oder Heime bei der Hotellerie und den Betreuungsleistungen.

Institutionen mit Grundversorgungspflicht weisen im Vergleich mit anderen Institutionen einen höheren **Tarif** auf, da sie alle Fälle übernehmen müssen; also auch solche, die mit einem grösseren Aufwand und einer schlechteren Verrechenbarkeit verbunden sind. Der Tarifunterschied zwischen Organisationen mit und ohne Grundversorgungspflicht ist im ambulanten Bereich deutlich höher als bei den Heimen. Die Gründe dafür sind vielfältig: höherer Anteil an nicht verrechenbarem Aufwand (insbesondere Wegzeiten), komplexere Planbarkeit der Einsätze, eingeschränkte Kompensationsmöglichkeiten über andere Dienstleistungen usw.

Die Stadt Luzern berechnet die Tarife aller Institutionen nach dem gleichen **Vorgehen**. Es wird aufgrund der eingereichten Unterlagen geprüft, ob «artfremde» Kosten in die Pflegevollkosten eingeflossen sind. Diese werden gegebenenfalls gestrichen oder um den unzulässigen Anteil gekürzt. Des Weiteren werden die Umlagen von Gemeinkosten (Overhead, Administration, Werbung, Mobilität, Abschreibungen, kalkulatorische Zinsen usw.) auf die Pflegekosten darauf hin geprüft, ob sie im korrekten Verhältnis zu anderen Geschäftsbereichen wie der Hauswirtschaft oder der Hotellerie umgelegt worden sind. Auch die **Leistungsvereinbarungen** unterscheiden sich – mit Ausnahme der Bestimmungen zur Grundversorgungspflicht – nicht voneinander.

Bei der **Kontrolle der Institutionen** ist zu unterscheiden, dass gemäss § 39 GesG die Gemeinden nur für die Bewilligung und Aufsicht von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex) zuständig sind, alle anderen Betriebe im Gesundheitswesen werden von der zuständigen kantonalen Behörde bewilligt. Diese Funktion ist jedoch unabhängig davon, ob es sich um eine Institution mit oder ohne Grundversorgungspflicht handelt.

⁵ Die Unterscheidungen «privat» und «öffentlich» oder «gewinnorientiert» und «nicht gewinnorientiert» werden häufig verwendet, sind aber nicht ganz korrekt. Mit «öffentlichen» bzw. «nicht gewinnorientierten» Institutionen sind Leistungserbringer mit einer Grundversorgungspflicht gemeint, welche – mit gewissen Ausnahmen, bei denen das Personal geschützt werden muss – alle Aufträge annehmen, auch unwirtschaftliche. «Private» bzw. «gewinnorientierte» Unternehmen können Aufträge ablehnen und konzentrieren sich auf wirtschaftlich interessante Fälle, beispielsweise mit kurzen Wegzeiten und grösserem Pflegebedarf und entsprechend höheren verrechenbaren Leistungen.

Die **Kontrolle der Leistungen** wird im Pflegebereich nicht von der öffentlichen Hand, sondern von den Versicherern erbracht. Die Stadt Luzern überprüft bei einer eingereichten Einzelrechnung, ob sie für die Restkostenfinanzierung der Patientin oder des Patienten zuständig ist (Wohnsitz) und ob der richtige Tarif angewendet worden ist. Die Legitimation für die Anzahl verrechneter Stunden ergibt sich aus der ärztlichen Verordnung, welche dem Krankenversicherer vorliegt. Die Gemeinden haben weder Berechtigung, die Verordnung einzusehen, noch das Know-how, die Angemessenheit der einzelnen Leistungen zu prüfen. Da die Restkosten ohnehin nur geschuldet sind, wenn die Krankenversicherung eine Leistung anerkannt und bezahlt hat, ist dies auch nicht erforderlich. Die Leistungserbringer sind nämlich verpflichtet, bei einer allfälligen nachträglichen Kürzung einer Leistung die Restkosten zurückzuerstatten.⁶

Dass Spitex-Organisationen ohne Grundversorgungspflicht pro Patientin/Patienten **mehr Stunden abrechnen** als solche mit Grundversorgungspflicht, ist nichts Aussergewöhnliches, da sie wie erwähnt bevorzugt solche Aufträge entgegennehmen. Der tiefere Tarif ist denn auch ein Ergebnis dieser höheren Effizienz. Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht haben schweizweit einen deutlich höheren Stundentarif, weil sie auch viele Fälle übernehmen müssen, für die sie verhältnismässig viele nicht verrechenbare Stunden aufwenden müssen. Ein allfälliger Missbrauch (zu viel abgerechnete Stunden oder die Verrechnung von überhaupt nicht erbrachten Leistungen) wird wie erwähnt durch die Krankenversicherer geprüft. In den letzten Jahren gab es in der Region Luzern mehrere Fälle von Rückforderungen von zu viel ausgerichteten Beiträgen von Versicherern, welche wiederum zu Rückforderungen von Restkosten durch die Stadt Luzern geführt haben.

Zu 5.:

Wie erfolgt das Controlling über die vereinbarten Leistungen?

Beim Controlling⁷ der Pflegeversorgung muss – wie bereits bei der Antwort auf Frage 4 ausgeführt – beim Umfang des Auftrags unterschieden werden (mit oder ohne Grundversorgungspflicht). Gleichzeitig gilt es auch, zwischen Steuerung und Überprüfung der Aufgabenerfüllung und der Überwachung ihrer inhaltlichen Umsetzung zu differenzieren. Die verschiedenen Zuständigkeiten im Kanton Luzern können schematisch wie folgt dargestellt werden:

⁶ In den letzten Jahren haben in diesem Zusammenhang mehrere Krankenversicherer ambulante Leistungserbringer ohne Grundversorgungspflicht zu grösseren Rückzahlungen verpflichtet, da eine stichprobenartige Überprüfung der eingereichten Rechnungen ergeben hat, dass zu viele Leistungsstunden verrechnet worden sind. In diesen Fällen fordert die Stadt Luzern basierend auf den Rückforderungen der Versicherer die entsprechenden Restkosten ebenfalls zurück.

⁷ Englisch: to control, zu Deutsch: steuern, regeln, lenken, überwachen – und nicht nur kontrollieren.

Aufgabe	Leistungserbringer			
	mit Grundversorgungspflicht		ohne Grundversorgungspflicht	
	ambulant	stationär	ambulant	stationär
Versorgungsplanung	Gemeinde	Kanton	Markt	Kanton / Markt
Aufsicht und Bewilligung	Gemeinde	Kanton	Gemeinde	Kanton
Tarifiermittlung	Gemeinde			
Finanzierung	Versicherung / Patient/in / Gemeinde			
Leistungsprüfung medizinisch	Ärztin / Arzt			
Leistungsprüfung quantitativ	Versicherung / Patient/in			
Leistungsprüfung Restkosten	Gemeinde			

Die Ausgestaltung der verschiedenen Controllingaufgaben ist abhängig von ihrer inhaltlichen Zielsetzung. Zur Sicherstellung der **Versorgung** finden beispielsweise mit den Organisationen mit Grundversorgungspflicht (Spitex Stadt Luzern und Viva Luzern AG) Austauschgespräche sowohl auf der operativen als auch auf der strategischen Ebene statt; wobei es zusätzlich zu beachten gilt, dass es sich bei der Spitex Stadt Luzern um einen eigenständigen Verein ohne städtische Beteiligung handelt und bei der Viva Luzern zusätzliche Controllinggespräche in der Rolle als Eigentümerin geführt werden, da sie sich im Eigentum der Stadt Luzern befindet.

Die Aufgaben im Bereich der **Aufsicht und Bewilligung** von Spitex-Organisationen sind klar reglementiert und strukturiert. Bei der **Tarifiermittlung** orientiert sich die Stadt Luzern ebenfalls an den gesetzlichen Vorgaben, die Details sind in den jeweiligen Leistungsvereinbarungen geregelt. Bei der Überprüfung der eigentlichen Leistungen muss bezüglich Zuständigkeit unterschieden werden, ob es um die korrekte medizinische Umsetzung geht (Ärztenschaft), um die Korrektheit der in Rechnung gestellten Leistungen in Bezug auf Angemessenheit und Menge (Krankenversicherung), um ihre tatsächliche Erbringung (Patientin/Patient) oder um die Korrektheit der angewandten Tarife und der Zuständigkeit des Restkostenfinanzierers (Gemeinde).

Zu 6.:

Kann sich der Stadtrat vorstellen, die ausgehandelten Tarife und ausbezahlten Leistungen pro Institution jährlich transparent zu veröffentlichen?

Die **ausgehandelten Vollkostentarife** werden bereits heute von den Leistungserbringern selbst veröffentlicht. Eine Veröffentlichung der **ausbezahlten Leistungen** durch die Stadt Luzern erfolgt im Rahmen des Geschäftsberichtes. Bei den Transferleistungen werden die Aufwendungen für Institutionen mit Grundversorgungspflicht (Spitex Stadt Luzern, Viva Luzern) separat ausgewiesen. Bei den Beiträgen an weitere Leistungserbringer im Pflegebereich wird gemäss HRM2-Vorgaben unterschieden, ob sie ihren Sitz in der Stadt Luzern oder ausserhalb der Gemeinde haben. Eine weitergehende Auswertung sagt nicht besonders viel aus, da im Pflegebereich insgesamt mit etwa 120 Leistungserbringern pro Jahr Restkosten abgerechnet wird und die Leistungen pro Leistungserbringer über einen längeren Zeitraum stark schwanken können.

Zu 7.:

Die Stadt Luzern ist auf ein qualitativ gutes, bedarfsgerechtes Angebot an Pflegeleistungen angewiesen. Wie wird sichergestellt, dass sich die Leistungserbringer in diesem volatilen und dynamischen Bereich angemessen bis innovativ und bei guter Qualität entwickeln können (z. B. betreffend zukunftsgerichtete Angebote, attraktive Arbeitsbedingungen und Investitionen in die Infrastruktur)?

Die Qualitätsvorgaben im Bereich von Pflegeleistungen beruhen einerseits auf den Vorgaben der Krankenversicherer, andererseits aber auch auf den Bestimmungen in den Leistungsvereinbarungen mit der Stadt Luzern. Bei der Pflegefinanzierung werden Kosten für Investitionen und Weiterentwicklungen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben berücksichtigt. Im Reglement über die Gestaltung und Steuerung der Versorgung in den Bereichen Pflege und Wohnen sind zum Thema Qualität und Personalpolitik mehrere Bestimmungen festgehalten, welche in den Leistungsvereinbarungen umgesetzt werden:

Art. 3d *Gestaltungsgrundsätze der Pflegeversorgung*

Die Steuerung der Angebote orientiert sich an folgenden Grundsätzen:

(...)

- c. Mit der Finanzierung werden Vorgaben zur Qualitätssicherung verbunden. Diese richten sich nach den Vorgaben einer qualitativ guten Pflege.
- d. Eine Finanzierung der Leistungen geht auch von einer fairen Personalpolitik der Institutionen aus. Mit der Finanzierung werden Vorgaben zur Personalpolitik verbunden.

(...)

Art. 5 *Leistungsvereinbarungen*

(...)

² Die Leistungsvereinbarungen können für die Dauer von maximal drei Jahren abgeschlossen werden und regeln insbesondere:

- a. die zu erbringenden Leistungen hinsichtlich Quantität und Qualität, insbesondere Qualitätsentwicklung und -sicherung. Dabei haben die Leistungserbringenden über ein Qualitätsmanagementsystem eigener Wahl zu verfügen, das Aussagen über die Qualität der Betriebsstrukturen, der Arbeitsabläufe und der Dienstleistungen ermöglicht. Zusätzlich beinhalten die Leistungsvereinbarungen kostenrelevante Vorgaben zur Qualitätssicherung und Personalpolitik.

(...)

Gleichzeitig wird in Art. 3d lit. e die Verantwortung für die Umsetzung festgehalten: «Die unternehmerische Verantwortung für die effiziente Leistungserbringung tragen die Institutionen.» Die konkrete Umsetzung ist also Aufgabe der Institutionen; die Stadt Luzern macht nur Vorgaben bezüglich Mindeststandards zur Leistungsqualität – wobei diese auch stark vom Gesetzgeber, von den Berufsverbänden und von den Krankenversicherungen vorgegeben ist – sowie zur Personalpolitik. Die Weiterentwicklung einer Institution liegt in einem umkämpften Markt schon nur aus wirtschaftlichen Gründen in ihrem eigenen Interesse.

Bei den Institutionen mit Grundversorgungspflicht, welche gleichzeitig auch die weitaus grössten Akteure im jeweiligen Bereich der Langzeitpflege sind, macht die Stadt Luzern in den Leistungsvereinbarungen Vorgaben bezüglich Qualitätsentwicklung und Personalpolitik. Bei der Viva Luzern AG als «Tochtergesellschaft» der Stadt Luzern sind die personalpolitischen Vorgaben zusätzlich in einem Gesamtarbeitsvertrag geregelt.

Bei der Finanzierung innovativer Massnahmen und Investitionen über die Pflegerestkosten gilt es, die Massgabe der Wirtschaftlichkeit gemäss nationaler, kantonaler und kommunaler Gesetzgebung zu beachten. Die Stadt Luzern nimmt die Haltung ein, dass Mehrkosten im Weiterbildungsbereich und angemessene Löhne letztlich den Patientinnen und Patienten zugutekommen und bei der Tarifiermittlung nicht beanstandet werden. Im Rahmen der Pflegefinanzierung können jedoch nur Kosten finanziert werden, welche im Bereich der KLV-Leistungen erbracht werden.

Zu 8.:

Wie wird verhindert, dass ungedeckte Pflegerestkosten nicht von Bewohnerinnen und Bewohnern (stationär) oder Patientinnen und Patienten (ambulant) übernommen werden müssen?

«Ungedeckte Pflegerestkosten» gibt es per Definition nicht. Entweder handelt es sich um anerkannte Pflegekosten, dann werden sie in den Pflegerestkosten berücksichtigt, oder es sind andere ungedeckte Kosten, dann dürfen sie vom Restkostenfinanzierer nicht übernommen werden. Eine Verrechnung von höheren Beteiligungen der Versicherten als die maximal vorgesehenen 20 Prozent des höchsten Beitrags der Krankenversicherer gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG und § 5 Abs. 1 BPG ist nicht zulässig. Dieser «Tarifschutz» wird zudem explizit in Art. 44 Abs. 1 KVG und in § 3 Abs. 1 BPG erwähnt. Dennoch ist die Frage berechtigt, da sie sich in der Praxis in ähnlicher Form trotzdem stellt. Dabei können zwei Arten von «ungedeckten Kosten» unterschieden werden, die den Versicherten weiterverrechnet werden:

- a) Ungedeckte Kosten, die aus Sicht der Institution zu den Pflegekosten gehören, aber rechtlich keine solchen sind, beispielsweise, weil sie von den Krankenversicherern nicht anerkannt werden. Diese Kosten sind, auch wenn sie der Leistungserbringer als solche betrachtet, in der Systematik der Pflegefinanzierung keine Pflegekosten. Sie unterstehen deshalb nicht dem Tarifschutz und können den Versicherten über die Heimtaxe oder andere Positionen verrechnet werden.
- b) Ungedeckte Kosten, die aufgrund von Tarifunterschieden zwischen den Gemeinden entstehen. Gemäss § 8 Abs. 1 BPG übernimmt eine Gemeinde bei Fehlen einer Vereinbarung zu den Pflegerestkosten «die ausgewiesenen Pflegekosten dieses Leistungserbringers, höchstens jedoch im Umfang des Restfinanzierungsbeitrages, der für ihre Vertragsleistungserbringer gilt». Die Verrechnung einer solchen Tariffdifferenz ist gemäss § 3 Abs. 2 BPG zulässig, falls es sich um eine «freiwillige Übernahme von Kosten ... durch die anspruchsberechtigte Person in den Fällen von § 8 Absatz 1» handelt. In der Praxis kommt dieser Fall relativ selten vor, da einerseits die Stadt Luzern mit allen Leistungserbringern, die ihren Sitz in der Stadt Luzern haben, eine Tarifvereinbarung unterhält, andererseits die Institutionen ausserhalb der Stadt Luzern nur selten höhere Tarife aufweisen als die «Vertragsleistungserbringer».

Trotz Tarifschutz kann also eine Überwälzung von «ungedeckten Kosten im Pflegebereich» auf die Versicherten nicht verhindert werden.

Zu 9.:

Ist für die Leistungserbringer in der Stadt Luzern aufgrund des Kompetenzzentrums mit Veränderungen zu rechnen? Wenn ja, mit welchen?

Der Bereich «Pflege und Wohnen» der Abteilung AGES hat sich schon seit längerer Zeit zu einem «Kompetenzzentrum Pflegefinanzierung» entwickelt. Seine Dienstleistungen werden bereits seit mehreren Jahren von zahlreichen Gemeinden im Kanton Luzern in Anspruch genommen. Neu ist nur, dass die Verrechnung dieser Dienstleistungen für Gemeinden, welche eine Leistungsvereinbarung mit der Stadt Luzern abschliessen, nicht mehr über Einzelaufträge, sondern über jährliche Pauschalen in Rechnung gestellt werden und eine gegenseitige mehrjährige Verpflichtung eingegangen wird, welche die beidseitige Planungssicherheit erhöht und den Ausbau der Ressourcen ermöglicht.

Aus Sicht der Stadt Luzern gibt es auch fachliche Gründe, verstärkt für andere Gemeinden Aufgaben im Bereich Pflegefinanzierung und Bewilligung/Aufsicht von Spitex-Organisationen zu übernehmen. So sind private Spitex-Organisationen zunehmend interkommunal tätig, und auch bei Heimen mit Sitz in anderen Gemeinden muss in Einzelfällen die Stadt Luzern die Restkosten übernehmen. In diesen Konstellationen wirkt sich also die korrekte Tarifiermittlung unmittelbar auf die Restkostenbeiträge der Stadt Luzern aus. Zudem trägt die Tätigkeit für andere Gemeinden zu einem Ausbau des eigenen Know-hows und zur Verbesserung der Vergleichsmöglichkeiten bei.

Für die Leistungserbringer in der Stadt Luzern haben diese Änderungen keinen unmittelbaren Einfluss. Der Ausbau der Ressourcen und die Stärkung des Know-hows beim «Kompetenzzentrum Pflegefinanzierung» werden aber zur weiteren Verbesserung der Dienstleistungen der AGES beitragen, wovon auch die städtischen Leistungserbringer profitieren können.

Stadtrat von Luzern

