



Bericht zur Langzeitpflege im Kanton Zug

**Konferenz der Sozialvorsteher /-innen
Gesundheitsdirektion des Kantons Zug**

2002

Inhaltsverzeichnis

Themenbericht der Steuerungsgruppe Langzeitpflege	5
1 Ausgangslage	5
1.1 <i>Neues Spitalgesetz</i>	5
1.2 <i>Erarbeitung der Auslegeordnung "Langzeitpflege im Kanton Zug"</i>	5
1.3 <i>Das Vollzugsproblem</i>	6
2 Zielsetzungen der Steuerungsgruppe	6
3 Projektabgrenzung / Begriff "Langzeitpflege"	6
4 Die einzelnen Aussagen.....	7
4.1 <i>Der Mensch im Zentrum.....</i>	7
4.2 <i>Langzeitpflege im Kanton Zug</i>	7
4.3 <i>Zuständigkeiten</i>	7
4.5 <i>Koordinierter Führungsansatz.....</i>	8
4.6 <i>Gestaltung des Angebotes</i>	9
4.7 <i>Personalpolitik.....</i>	9
4.8 <i>Grundsätze der Finanzpolitik.....</i>	9

Langzeitpflege im Kanton Zug

Themenbericht der Steuerungsgruppe Langzeitpflege
(verantwortlich Steuerungsgruppe)

Bericht der Kerngruppe Langzeitpflege
(Autor Christian Bollinger)

Bezugsquelle
Fachstelle Alter und Gesundheit
Stadt Zug
Zeughausgasse 9
6300 Zug
Tel. 041 728 23 91

Bericht der Kerngruppe Langzeitpflege.....	11
1 Einleitung.....	11
1.1 Ausgangslage	11
1.2 Auftrag und Zielsetzungen.....	11
1.3 Eingrenzen des Themas.....	12
1.4 Projektorganisation.....	12
1.5 Projektverlauf.....	13
1.6 Lücken im vorliegenden Bericht.....	13
1.7 Ausblick.....	14
2. Gesellschaftliche Entwicklungen	15
2.1 Demografische Entwicklung.....	15
2.1.1 Bevölkerungsentwicklung in den Gemeinden, im Kanton und der Region.....	15
2.1.2 Prognosen bis 2030.....	16
2.1.3 Zusammenfassung	17
2.2 Selbständiges Wohnen im Alter.....	18
2.3 Leben in Alters- und Pflegeeinrichtungen.....	18
2.4 Angehörigenhilfe	19
3. Leitideen.....	21
3.1 Entwicklung der Leitideen.....	21
3.2 Die Leitideen im Wortlaut	21
4. Situationsanalyse.....	22
4.1 Gesetzliche Grundlagen	22
4.2 Organisation der Langzeitpflege.....	24
4.2.1 Akteure der Langzeitpflege	24
4.2.2 Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden.....	25
4.2.3 Rolle und Funktion der Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm	25
4.2.4 Gremium mit Entscheidungskompetenzen für die Koordination und Planung.....	27
4.2.5 Definition der Beratungsleistung des Kantons	28
4.2.6 Zuständigkeiten der Direktionen für Bewilligungen und Aufsicht.....	28
4.2.7 Wohnsitzfrage.....	29
4.2.8 Betreuungs- und Pflegemöglichkeiten im eigenen Kanton.....	30
4.3 Pflege.....	31
4.3.1 Entwicklung der Pflege.....	31
4.3.2 Leistungserfassungs-Systeme	31
4.3.3 Entwicklung des Pflegebedarfs.....	32
4.3.4 Pflegeformen.....	34
4.3.5 Qualität in der Pflege	34
4.4 Pflegepersonal.....	36
4.4.1 Personalbedarf	36
4.4.2 Ausbildung und Arbeitssituation	37
4.4.3 Personalschlüssel	38
4.4.4 Personalkosten	39
4.4.5 Zusammenarbeit Pflegepersonal – Angehörige	39
4.4.6 Freiwilligenarbeit in der Pflege	40

4.5	<i>Angebotsplanung</i>	41
4.5.1	Organisation der Planung	41
4.5.2	Angebotssteuerung	41
4.5.3	Erarbeitung und Einsatz der Spitalliste.....	42
4.5.4	Erstellen der Bevölkerungsstatistik.....	45
4.5.5	PatientInnenstatistik.....	45
4.5.6	Bedarfsprognose/rollende Planung.....	46
4.6	<i>Zielgruppen in der Langzeitpflege</i>	48
4.6.1	Übersicht über die Zielgruppen der Langzeitpflege	48
4.6.2	Betreuung und Pflege betagter Personen	48
4.6.3	Betreuung und Pflege für jüngere körperbehinderte Personen	49
4.6.4	Betreuung und Pflege von geistig Behinderten	49
4.6.5	Betreuung und Pflege von psychisch Kranken und Behinderten.....	50
4.6.6	Betreuung und Pflege von psychisch kranken Personen im AHV-Alter	50
4.6.7	Personen, die vorübergehend der Pflege bedürfen	51
4.7	<i>Finanzierung</i>	52
4.7.1	Finanzierung der Langzeitpflege	52
4.7.2	Kostenentwicklung und Finanzierung in der Zukunft	55
4.7.3	Finanzierungsgrundsätze und Kostenschlüssel.....	57
4.7.4	Kostenübernahme durch Krankenkassen.....	58
4.7.5	Rahmentarife in der stationären Langzeitpflege	60
4.7.6	Kostenteilung Kanton und Gemeinden.....	60
4.7.7	Ergänzungsleistungen	63
4.7.8	Investitionskosten Langzeitbereich.....	63
4.7.9	Tragbare Pensionstaxe	64
4.7.10	Gesamtbelastung der BewohnerInnen	65
5.	Angebote	66
5.1	<i>Angebotsübersicht</i>	66
5.2	<i>Präventive Angebote</i>	68
5.3	<i>Ambulante Angebote</i>	70
5.4	<i>Teilstationäre Angebote</i>	71
5.5	<i>Stationäre Angebote und Wohnformen</i>	72
7.	Literatur und Quellenverzeichnis	74

Themenbericht der Steuerungsgruppe Langzeitpflege

1 Ausgangslage

1.1 Neues Spitalgesetz

Im Februar 1999 fand die Abstimmung über das Spitalgesetz vom 29.10.98 statt. Das Spitalgesetz trat rückwirkend per 1.1.99 in Kraft und regelt die Aufgabenverteilung im Zuger Gesundheitswesen zwischen Kanton und Gemeinden neu. Das Gesetz machte eine grundlegende Neuorientierung im komplexen und bisher nicht klar definierten Bereich der Langzeitpflege notwendig, was sich für Gemeinwesen und Institutionen im Vollzug als eine grosse Herausforderung herausstellte.

Rückblickend ist primär aus Sicht der Gemeinden festzuhalten, dass die Komplexität des Vollzugs des neuen Spitalgesetzes im Rahmen der Erarbeitung des Gesetzes nicht genügend abgeschätzt wurde. Insbesondere lag das Augenmerk primär auf finanziellen Aspekten. Hingegen wurden die organisatorischen und strukturellen Auswirkungen im Vollzug stark unterschätzt.

1.2 Erarbeitung der Auslegeordnung “Langzeitpflege im Kanton Zug“

Im Dezember 2000 starteten die Zuger Gemeinden und der Kanton Zug die Erarbeitung umfassender Grundlagen im Langzeitpflegebereich. Der Bericht einer breit abgestützten Kerngruppe mit Fachpersonen aus Kanton, Gemeinden und den Verbänden wurde der Steuerungsgruppe Ende September 2002 abgeliefert. Als Ergänzung zum Bericht der Kerngruppe wurden die Erkenntnisse mit über 50 Thesen verdichtet. Dieser umfangreiche Bericht diente in der Folge der aus Vertretern von Regierung (RR Monika Hutter bzw. RR Joachim Eder) und Gemeindeexekutiven (GR Barbara Hofstetter, GR Esther Britschgi, SR Eusebius Spescha und GR Eric Frischknecht) zusammengesetzten Steuerungsgruppe als Grundlage für die weitere, nunmehr politische Diskussion.

Die Steuerungsgruppe hat darauf verzichtet, in den einzelnen Wertungen die Zustimmung aller Mitglieder zu erzielen. Dies hat allerdings zur Folge, dass die Steuerungsgruppe ihre thematische Führungsrolle nicht vollumfänglich wahrnehmen konnte. Damit ist es aber den Mitgliedern der Steuerungsgruppe nunmehr möglich, im Willensbildungsprozess ihrer Behörden frei von Vorgaben zu sein.

Nach der breit angelegten Grundlagenerarbeitung sind für die einzelnen Gebiete und Bereiche der Langzeitpflege Konzepte (z.B. präventive Angebote, geriatrisches Kompetenzzentrum, Spezialeinrichtungen für einzelne Patientengruppen, Finanzierung teilstationärer Angebote etc.) zu erarbeiten. Diese Teilkonzepte müssen in einer Gesamtplanung aufeinander abgestimmt werden.

1.3 Das Vollzugsproblem

Allgemein soll darauf hingewiesen werden, dass Neuregelungen zwischen Kanton und Gemeinden einer vertiefteren Betrachtung bedürfen, und dass nicht “nur“ Finanzaspekte, sondern die diesen vorausgehenden Strukturverschiebungen und Neuregelungen der Verantwortung zu berücksichtigen sind. Wo Aufgaben neu ganz oder teilweise den Gemeinden zugeteilt werden, sind die allgemein gültigen Kriterien für den Vollzug, die Koordination und die Organisation der übergemeindlichen Aufgaben rechtzeitig zu regeln. In diesem Sinne kann die vorliegende Arbeit durchaus auch Erkenntnisse für andere Gesetzgebungsprozesse, respektive der Zusammenarbeit unter den Gemeinden abgeben, z.B. im Bereich der Sozialhilfe.

2 Zielsetzungen der Steuerungsgruppe

Die Steuerungsgruppe will mit diesem Themenpapier für die Langzeitpflege im Kanton Zug ein Gesamtbild vermitteln, auf Schwachstellen hinweisen und Anstoss zur breiten Diskussion geben. Sie ist von der Wichtigkeit der Thematik überzeugt, verschliesst sich aber auch nicht der Tatsache, dass insbesondere im Verhältnis Kanton und Gemeinden mit der Aufgabenteilung und dem Finanzausgleich weitere gewichtige Themen im Umbruch stehen.

Mit verschiedenen Aussagen will die Steuerungsgruppe Schwergewichte setzen und Empfehlungen zur weiteren Vertiefung und Entscheidungsfindung geben. In diesem Sinne handelt es sich um ein politisches Inputpapier. Es soll auch aufzeigen, welche Instanzen in welchen Teilbereichen in Zukunft primär gefordert sind.

3 Projektbegrenzung / Begriff “Langzeitpflege“

Der Untersuchungsbereich des Projektes “Langzeitpflege“ bedarf einer Konkretisierung. Da es keine allgemein verbindliche Definition gibt, wird mit der Umschreibung insbesondere auch dargestellt, zu welchen Aspekten die Steuerungsgruppe sich zuständig bezeichnet bzw. welche Fragen im vorliegenden Zusammenhang vorerst ausgeklammert bleiben müssen.

Folgende Begriffs Umschreibung wurde dem Projekt zugrunde gelegt:

Der Langzeitpflege zugeordnet werden diejenigen Massnahmen an Pflege und Betreuung, die Personen auf Grund ihrer physischen und psychischen Verfassung benötigen und die nicht zur Akutversorgung und Akutpflege gehören. Ist eine Person auf Grund ihres Gesundheitszustandes auf langandauernde Pflege und Betreuung oder nach erfolgter Akutbehandlung weiterhin auf Unterstützung angewiesen, so kommen die Massnahmen der Langzeitpflege zum Zuge. Aus konzeptionellen Grün-

den werden auch Massnahmen in den Rahmen dieses Berichtes miteinbezogen, die einer Pflegebedürftigkeit vorzubeugen helfen.

Langzeitpflege im Sinne dieses Berichtes umfasst demnach gesundheitsfördernde, präventive, ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote. Dagegen wurde die Betreuung von Personen mit einer Behinderung im Sinne der Invalidität laut Bundesgesetz in der Regel grundsätzlich nicht vertieft untersucht.

4 Die einzelnen Aussagen

4.1 Der Mensch im Zentrum

Bei Entscheidungen in der Langzeitpflege steht der Mensch (Betroffene, Angehörige, Pflegepersonal) im Mittelpunkt. Die Betroffenen haben Anspruch auf eine Pflege, die sich an den jeweiligen Pflegebedürfnissen orientiert.

Bei der Art der Pflege und dem Ort einer stationären Einrichtung soll, unter Berücksichtigung der qualitativen Aspekte, die Auswahl unter den Angeboten gewährleistet bleiben.

Der gesamtheitlichen Betreuung unter Einbezug der Freiwilligenarbeit, d.h. der gegenseitigen Unterstützung von Angehörigen, Freiwilligen und Pflegepersonal wird ein hoher Stellenwert beigemessen.

4.2 Langzeitpflege im Kanton Zug

Das Angebot in der Langzeitpflege ist sowohl im ambulanten, wie auch im stationären Bereich gut ausgebaut. Hingegen fehlen im heutigen Angebot teilstationäre Einrichtungen. Nicht nur die Quantität des Angebotes sondern auch die Qualität der Pflege erfolgt heute auf gutem Niveau. Es ist jedoch von Bedeutung, dass die heute gute Qualität des Angebotes durch Weiterentwicklung und ein entsprechendes Qualitätsmanagement sichergestellt wird.

In finanzieller Hinsicht zeichnet sich das System allerdings durch eine hohe Komplexität und Uneinheitlichkeit aus. Die gesetzlichen Grundlagen bedürfen einer Konkretisierung. Ein grosses finanzielles Engagement der öffentlichen Hand zu Gunsten der Langzeitpflege soll weitergeführt werden.

4.3 Zuständigkeiten

Die Zuständigkeiten wurden mit dem Spitalgesetz vom 29.10.98 geregelt. Die einzelne Gemeinde trägt demnach im Bereich Langzeitpflege die Verantwortung für die Gestaltung und Umsetzung des Angebotes. Davon ausgenommen sind Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm, welche vom Kanton bestimmt und beauftragt werden.

Dem Kanton obliegt der Vollzug des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), die Bewilligungsverfahren und die Beratung der Gemeinden.

Viele Dienstleistungen, die zu einem umfassenden Angebot der Langzeitpflege gehören, lassen sich nur im Verbund mehrerer Gemeinden erbringen. Alle Angebote sind mit der kantonalen Planung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) abzustimmen. Es besteht ein erheblicher Koordinationsbedarf.

Die fachliche Unterstützung der einzelnen Dienstleistungsorganisation, die Vertretung gemeinsamer Anliegen, die Weiterentwicklung der Angebote, die Bearbeitung fachspezifischer Fragen etc. sind Aufgabe der Verbände.

Nicht eindeutig geregelt ist die gemeindliche Zuständigkeit (Wohnsitzfrage) bei der Finanzierung von Heimaufenthalten im Einzelfall.

4.5 Koordinierter Führungsansatz

Aufgrund der zahlreichen Schnittstellen zwischen Kanton und Gemeinden, zwischen den Gemeinden wie auch gegenüber den verschiedenen privaten Unternehmen und Organisationen sind neu Entscheidungsstrukturen und festgelegte Abläufe unumgänglich. Eine koordinierte und verbindliche Planung und Umsetzung durch die elf Gemeinden und den Kanton ist notwendig, um in qualitativer und in quantitativer Hinsicht das Angebot der Langzeitpflege im Kanton sicherzustellen.

Das heute bestehende System kann dies nicht gewährleisten. Ein Beispiel dafür ist, dass bisher die von einer Arbeitsgruppe ohne formale Kompetenzen ausgehandelten Tarife, schliesslich durch elf Gemeinderatsbeschlüsse und einen Regierungsratsbeschluss umgesetzt werden müssen.

Es ist notwendig, dass in Zukunft insbesondere für die Angebotsplanung geeignete Abläufe und Entscheidungsstrukturen festzulegen sind. Dies kann z.B. in Form eines Gremiums mit Vertretungen der Gemeinden und des Kantons geschehen. Diesem sind Entscheidungskompetenzen zu übertragen. Mögliche Formen bestehen bereits in anderen Bereichen z.B. Drogenkonferenz, Alimenteninkasso, Zweckverbände.

Sowohl für die koordinierte und verbindliche Bedarfsplanung als auch für die Qualitätssicherung ist es Voraussetzung, dass genügendes und verlässliches Datenmaterial der Gemeinden und des Kantons vorhanden ist. Aus diesem Datenmaterial muss z.B. auch die Situation der unterschiedlichen Patientengruppen ersichtlich werden, damit eine detaillierte Planung erfolgen kann.

Der Ausbau von gemeindlichen Angeboten ohne Rücksichtnahme auf regionale Gegebenheiten und Institutionen kann diese derart konkurrenzieren, dass die Planung unterlaufen wird. Deshalb ist es wichtig die Angebote in der Langzeitpflege untereinander zu koordinieren.

4.6 Gestaltung des Angebotes

Für die gemeindlichen, die übergemeindlichen und kantonalen Angebote ist eine Gesamtplanung vorzunehmen. Die Grundangebote und die Spezialisierungen sind aufeinander abzustimmen.

Den Präventionsbemühungen ist in allen Bereichen ein neuer Stellenwert einzuräumen (Paradigmenwechsel). Die Möglichkeit präventiver Hausbesuche ist durch die Gemeinden eng mit der Spitex abzustimmen.

Teilstationäre Angebote entlasten pflegende Angehörige. Es ist zu prüfen, ob sie als Übergang zwischen der Pflege zu Hause und der stationären Pflege in die kantonale Planung und ins Gesamtangebot der Gemeinden aufzunehmen sind.

Die Infrastrukturen der Angebote sind flexibel zu konzipieren, um Veränderungen in den Kundenbedürfnissen besser abzudecken (Lokale Angebote, Betonung des Wohncharakters etc.). Insbesondere sind die Dienstleistungen zwischen Pflegeheimen mit regionalem Leistungsprogramm und gemeindlichen Alters- und Pflegeheimen besser aufeinander abzustimmen.

Das geplante geriatrische Kompetenzzentrum am Pflegezentrum Baar wird in diesem Zusammenhang sowohl eine Angebotslücke schliessen, als auch Impulse für qualitative Standards geben. Es ist deshalb von grosser Bedeutung, dass dieses realisiert wird.

4.7 Personalpolitik

Für eine geeignete Langzeitpflege ist die Ausbildung von genügend und fachlich fundiert ausgebildetem Personal zentral. Die Ausbildungsstätte für den Pflegebereich mit Schwerpunkt Langzeitpflege/Gerontologie im Kanton Zug wird beibehalten und ausgebaut. Die Gemeinden ermöglichen den Leistungserbringern die praktische Ausbildung von Personal und fördern die Aus- und Weiterbildung.

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse in der Pflege und Betreuung werden durch die Leistungserbringer laufend umgesetzt. Sie werden durch den Kanton und die Gemeinden diesbezüglich unterstützt.

Die Stellenpläne sind so ausgestaltet, dass eine fachlich fundierte Pflege und Betreuung der betroffenen Personen ermöglicht wird (leistungsorientiert, Richtgrössen). Die guten und attraktiven Arbeitsbedingungen werden erhalten.

4.8 Grundsätze der Finanzpolitik

Beiträge an Leistungsträger für Investitionen und Betrieb haben die langfristigen Folgekosten zu berücksichtigen. Die Beitragssysteme und Finanzierungsgrundsätze sind anzugleichen. Für die teilstationären Angebote wird eine neue bedarfsgerechte Finanzierung ausgearbeitet.

Eine grössere finanzielle Beteiligung der Betroffenen ist anzustreben. Dafür ist durch die Gemeinden eine einheitliche und sozialverträgliche (einkommens- und vermögensabhängige) Lösung auszuarbeiten.

Ein einheitliches und umfassendes Kosten- und Leistungscontrolling wird für alle Angebotsträger eingeführt.

Bericht der Kerngruppe Langzeitpflege

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Im Februar 1999 fand die Abstimmung über das Spitalgesetz vom 29.10.98 statt. Das Spitalgesetz trat rückwirkend per 1.1.99 in Kraft und regelt die Aufgaben im Gesundheitswesen zwischen dem Kanton und den Gemeinden neu. Für die stationäre Langzeitpflege und die spitalexterne Gesundheits- und Krankenpflege sind seither die Gemeinden alleine zuständig, während der Kanton die Versorgung im Bereich der Akutmedizin und der medizinischen Rehabilitation (Spitäler und Kliniken) sicherstellt. Eine Ausnahme bilden die Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm, mit welchen der Kanton die Schwerpunktversorgung in der Pflege sicherstellt.

Das Spitalgesetz macht eine grundlegende Neuorientierung im komplexen und bisher nicht klar definierten Bereich der Langzeitpflege notwendig. Viele Bestimmungen haben Bundesregelungen, insbesondere das Krankenversicherungsgesetz (KVG), zu berücksichtigen. Die gesetzlichen Grundlagen auf den Ebenen Bund, Kanton und Gemeinden müssen analysiert und das Spitalgesetz zum Teil interpretiert werden. Der Kanton und die Gemeinden müssen die Aufgaben im Gesundheitswesen neu untereinander aufteilen, die Schnittstellen und die Zusammenarbeit definieren.

Durch die Zuständigkeit der Gemeinden haben diese gemeinsam und in Übereinstimmung mit dem Kanton die Planung, Koordination und Bereitstellung der Angebote in der Langzeitpflege zu übernehmen. Das bestehende Angebot muss deshalb aktuell erfasst und analysiert werden. Der künftige Bedarf an kommunalen und überregionalen Angeboten ist zu bestimmen.

Am 26. August 1999 wurde durch Kantonsrat Martin Döbeli † und 24 Mitunterzeichnende eine Motion zur Unterbreitung eines Konzeptes für die stationäre Langzeitpflege und Rehabilitation mit besonderer Berücksichtigung der Geriatriepatienten eingereicht. Die Motion wurde im September 2000 durch den Kantonsrat erheblich erklärt, entgegen dem Willen der Regierung jedoch nicht als erledigt abgeschlossen.

1.2 Auftrag und Zielsetzungen

Ab Frühling 2000 fanden durch die Fachgruppe Langzeitpflege Vorarbeiten zur Klärung von Fragen in der Langzeitpflege statt. Im Dezember 2000 starteten die Zuger Gemeinden und der Kanton Zug für die Erarbeitung umfassender Grundlagen im Langzeitpflegebereich das Projekt Langzeitpflege im Kanton Zug. Die Projektgruppe sollte ein Konzept für eine koordinierte und bedarfsgerechte Angebotsplanung im Bereich der Langzeitpflege und der nichtmedizinischen Rehabilitation ausarbeiten. Punkte, die aufgrund des Spitalgesetzes oder aufgrund veränderter Bedürfnisse besonderen Klärungsbedarf verlangen, musste die Arbeitsgruppe dabei aufzeigen und Handlungsvorschläge machen:

- Funktion und Schwerpunkte der Pflegeheime mit einem regionalen Leistungsprogramm
- Organisation, Zuständigkeit und Finanzierung der Übergangspflege und Rehabilitation
- Abgrenzung der Begriffe Langzeitpflege und Spitalaufenthalt
- Menge, Bedarf, Qualität und Einzugsgebiet der ambulanten und stationären Langzeitpflege-Angebote
- Definition der im Spitalgesetz verankerten Beratungsaufgabe des Kantons
- Klärung der Wohnsitzfrage

1.3 Eingrenzen des Themas

Die Langzeitpflege für die gesamte Bevölkerung ist äusserst komplex geregelt. So gelten für Kinder andere Erlasse als für Erwachsene im erwerbsfähigen oder Personen im AHV-Alter. Dieser Bericht beschränkt sich, ausser den Hinweisen bei den Angeboten und den Zielgruppen, auf die Darstellung der Langzeitpflege für Personen im AHV-Alter.

1.4 Projektorganisation

Initianten des Projektes Langzeitpflege waren die Konferenz der Sozialvorsteher/innen der Zuger Einwohnergemeinden und die Gesundheitsdirektion des Kantons Zug. Für das Projekt wurden zwei Gruppen gebildet, in denen sowohl Fachleute als auch politische EntscheidungsträgerInnen und die in der Langzeitpflege tätigen Verbände vertreten sind:

Steuerungsgruppe

Monika Hutter †, Regierungsrätin (Vorsitz bis September 2001)

Barbara Hofstetter, Gemeinderätin Steinhausen (Vorsitz ab Oktober 2001)

Joachim Eder, Regierungsrat (ab Oktober 2001)

Esther Britschgi, Gemeinderätin Cham

Eric Frischknecht, Gemeinderat Hünenberg

Eusebius Spescha, Stadtrat Zug

Dölf Weingartner †, Präsident Spitex-Verband Kanton Zug (bis Januar 2002)

Karl Zenklusen †, Präsident Zugerische Interessengemeinschaft für Alterseinrichtungen (ZIGA), (bis Januar 2002)

Kerngruppe

Jasmine Gribi, Sachbearbeiterin Gesundheitsamt, Gesundheitsdirektion Kanton Zug (ab Januar 2002)

Karin Müller, Sachbearbeiterin kantonsärztlicher Dienst, Gesundheitsdirektion Kanton Zug

Karl Widmer, Controller, Gesundheitsdirektion Kanton Zug (ab September 2001)

Christian Bollinger, Leiter Abteilung Soziales und Gesundheit, Gemeinde Unterägeri (Vorsitz ab April 2002)

Rolf Longhi, Leiter Abteilung Gesundheit und Sicherheit, Gemeinde Baar

Beat Villiger, Leiter Fachstelle Alter und Gesundheit der Stadt Zug

Ruedi Vogt, Sekretär Zugerische Interessengemeinschaft für Alterseinrichtungen (ZIGA) (ab April 2002)

Dölf Weingartner †, Präsident Spitex Verband Kanton Zug (bis Januar 2002)

Karl Zenklusen †, Präsident ZIGA (bis Januar 2002)

Projektleitung

BDO Visura Treuhand Gesellschaft, Ueli Büchi, (ab Juli 2002)

Beat Villiger, Leiter Fachstelle Alter und Gesundheit der Stadt Zug (bis April 2002)

Projektsekretariat

Esther Löttscher-Zimmermann, Hünenberg

1.5 Projektverlauf

Die Kerngruppe und die Steuerungsgruppe trafen sich regelmässig und erarbeiteten das Konzept Langzeitpflege in vier Phasen.

Phase 1 Situationsanalyse (Januar bis Juni 2001 mit späteren Aktualisierungen)

Mit der Situationsanalyse wollten sich die Gemeinden, der Kanton und die Leistungserbringer im Langzeitbereich einen Gesamtüberblick über die Langzeitpflege verschaffen, sowie eine erste Beurteilung vornehmen.

Phase 2 Leitideen (Mai bis Juli 2001)

Leitideen in der Langzeitpflege sollen als ethisches Fundament für die Gestaltung der Langzeitpflege dienen.

Phase 3 Angebotskonzept (August 2001 bis März 2002)

Das Angebotskonzept erfasst das aktuelle Angebot und macht allgemeine Empfehlungen zur künftigen Entwicklung.

Phase 4 Erarbeitung Schlussbericht und Thesenentwicklung (März 2002 bis Dezember 2002)

Durch die Steuerungsgruppe erfolgte die Bewertung der Situation auf Grund der Unterlagen. Es entstand ein Themenpapier, welches dem Bericht vorangestellt wurde.

Über das Projekt wurde drei Mal mit einem Infobulletin berichtet. Teilfragen werden vertieft zu bearbeiten sein. Das Themenpapier der Steuerungsgruppe, der Bericht der Kerngruppe und die Thesen sollen als Grundlage für die Weiterbearbeitung dienen.

1.6 Lücken im vorliegenden Bericht

Aus verschiedenen Gründen war es nicht möglich, das Thema Langzeitpflege im Kanton Zug in allen Bereichen abschliessend zu behandeln.

So kam der Dialog mit den Leistungserbringern in der Langzeitpflege aus Kapazitätsgründen bisher zu kurz. Vielleicht enthält der Bericht veraltete Angaben, spezielle Angebote sind verkürzt dargestellt oder Tendenzen werden wiedergegeben, die keine Zustimmung der Praxis finden. Wir sind uns dieser Tatsache bewusst. Der vorliegende Bericht und die formulierten Thesen sollen nun aber auch von der Praxis diskutiert werden und Rückmeldungen sind erwünscht.

Die finanziellen Grundlagen konnten nicht im gewünschten Umfang erarbeitet und dargelegt werden. Die Finanzströme erwiesen sich als äusserst komplex und die Erarbeitung von zusätzlichen Daten in diesem Bereich hätten zusätzliche Zeit und spezifischere Finanzkenntnisse vorausgesetzt. Deshalb fehlen detaillierte Finanzierungsvorschläge der einzelnen Angebote, der Überblick über die Investitionstätigkeit der öffentlichen Hand und der Leistungserbringer etc.

Auch die konkrete Ausgestaltung der Angebote der Langzeitpflege finden Sie nicht in diesem Bericht. Einerseits wären dazu sehr viel weitergehende Abklärungen nötig, andererseits ist die Langzeitpflege Aufgabe der Gemeinden. Die Bedingungen in den zugerischen Gemeinden sind sehr unterschiedlich. Auch aus diesem Grund wurde auf detaillierte Empfehlungen zur Gestaltung des Angebotes verzichtet.

1.7 Ausblick

Die vorliegende Arbeit stellt eine Zwischenhalt in der Langzeitpflege dar. Er stellt Grundlagen dar und bietet einen Überblick über die vielfältige Situation im untersuchten Bereich.

Die formulierten Thesen sollen helfen Teilthemen gezielt weiterzuverfolgen und Nachfolgearbeiten zu ermöglichen.

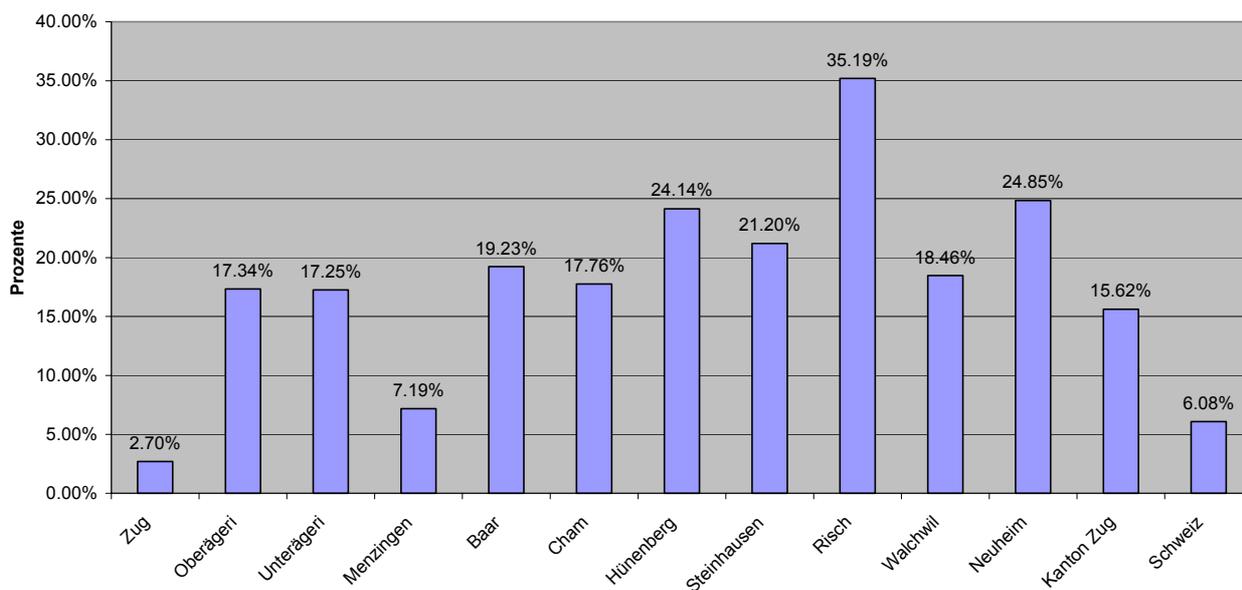
2. Gesellschaftliche Entwicklungen

2.1 Demografische Entwicklung

2.1.1 Bevölkerungsentwicklung in den Gemeinden, im Kanton und der Region

Die Bevölkerung des Kantons Zug wuchs in den letzten 10 Jahren überdurchschnittlich. Im Vergleich zur Schweiz ist die Bevölkerung jünger, wobei der heutige Anteil der 40-64-Jährigen gross ist.

Bevölkerungswachstum 1991-2001 in Prozenten



Vergleiche Tabelle 1 im Anhang

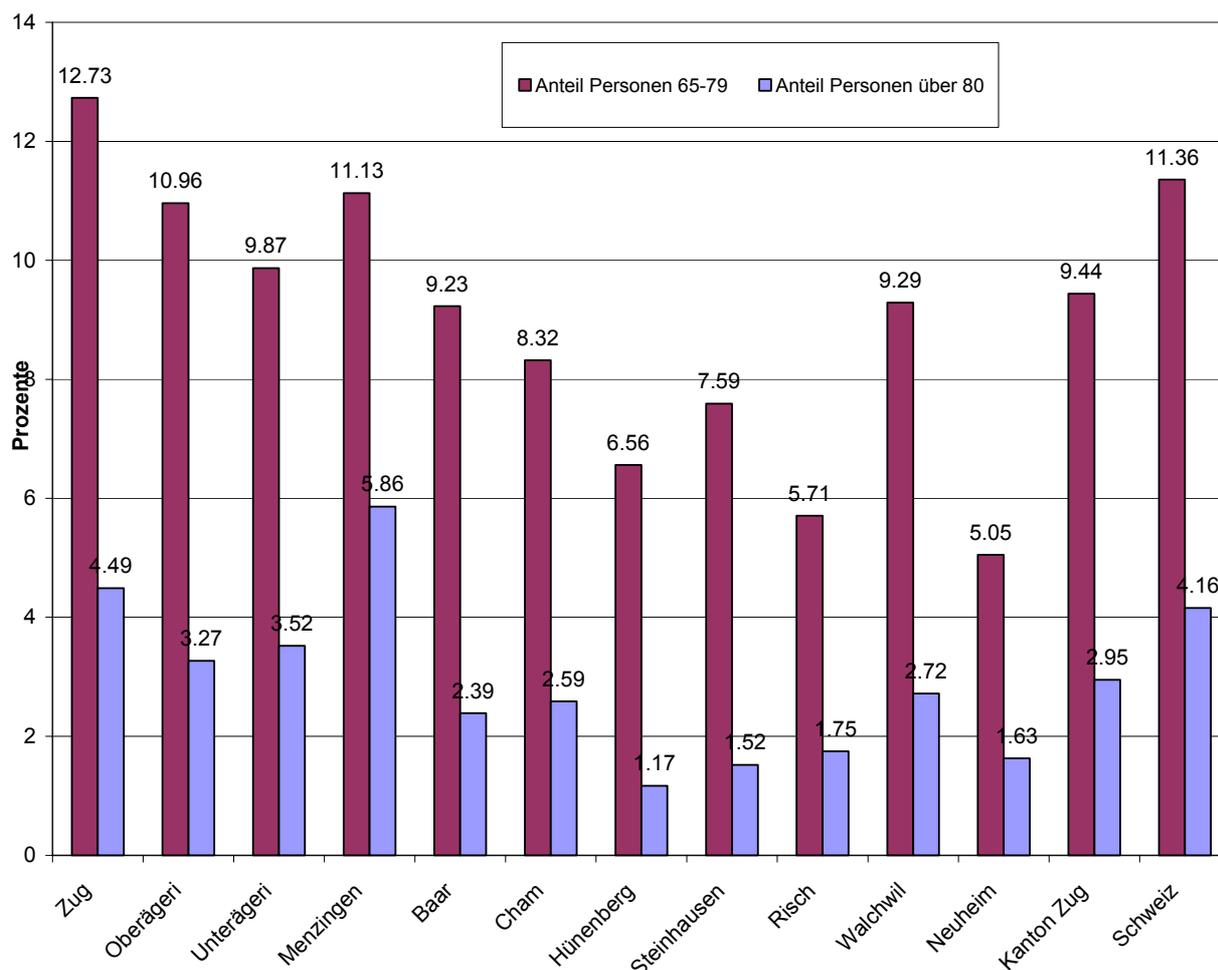
Das Bevölkerungswachstum im Kanton Zug¹ lag in den vergangenen zehn Jahren weit über dem gesamtschweizerischen Wachstum. In den meisten Gemeinden hat sich das Bevölkerungswachstum in den letzten fünf Jahren etwas verlangsamt

Die Situation in den einzelnen Zuger Gemeinden ist höchst unterschiedlich. Eine einheitliche Beurteilung über den ganzen Kanton wird deshalb der Situation nicht gerecht. Unsere Bevölkerung ist in der Regel jünger als die Bevölkerung der Schweiz.

Der prozentuale Anteil der betagten und hochbetagten Bevölkerung ist sehr unterschiedlich, wie die nächste Grafik zeigt.

¹ Die genannten Zahlen beruhen auf den vom Kanton Zug veröffentlichten jährlichen Statistiken seit 1991 und den Zahlen des Bundesamtes für Statistik für die gesamte Schweiz (für 2001 noch provisorisch).

Anteile der Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung



Vergleiche Tabelle 2 im Anhang

Auch innerhalb des Kantons weicht der Anteil der Personen im AHV-Alter und der Hochbetagten enorm ab. Über das Kloster Menzingen als Mutterhaus der Ordensgemeinschaft sind alle Schwestern in Menzingen gemeldet, diese Besonderheit muss bei der Interpretation berücksichtigt werden.

Im Kanton Zug waren 2001 im Alterssegment 65-79 Jahre über 54% der Personen weiblich (1991 betrug der Anteil sogar noch 56%). Bei den hochbetagten Personen über 80 Jahren betrug der Anteil weibliche Personen unverändert 69%.

2.1.2 Prognosen bis 2030

Das Bundesamt für Statistik hat im Juni 2001 die Bevölkerungsszenarien bis 2065 veröffentlicht. Auf Grund der grossen Unterschiedlichkeit zu den Zahlen für die gesamte Schweiz ist die Prognose im Kanton Zug erschwert. Im Kanton Zug fehlt ein eigentliches statistisches Amt. Bis ins Jahr 2015 bestehen aus dem Jahr 1998 detaillierte Berechnungen der Gesundheitsdirektion². Um einen Planungshorizont zu erreichen, der auch längerfristige Investitionen rechtfertigen kann, ist für die Prognose der Bevölkerungsentwicklung ein Zeitraum von 30 Jahren anzustreben.

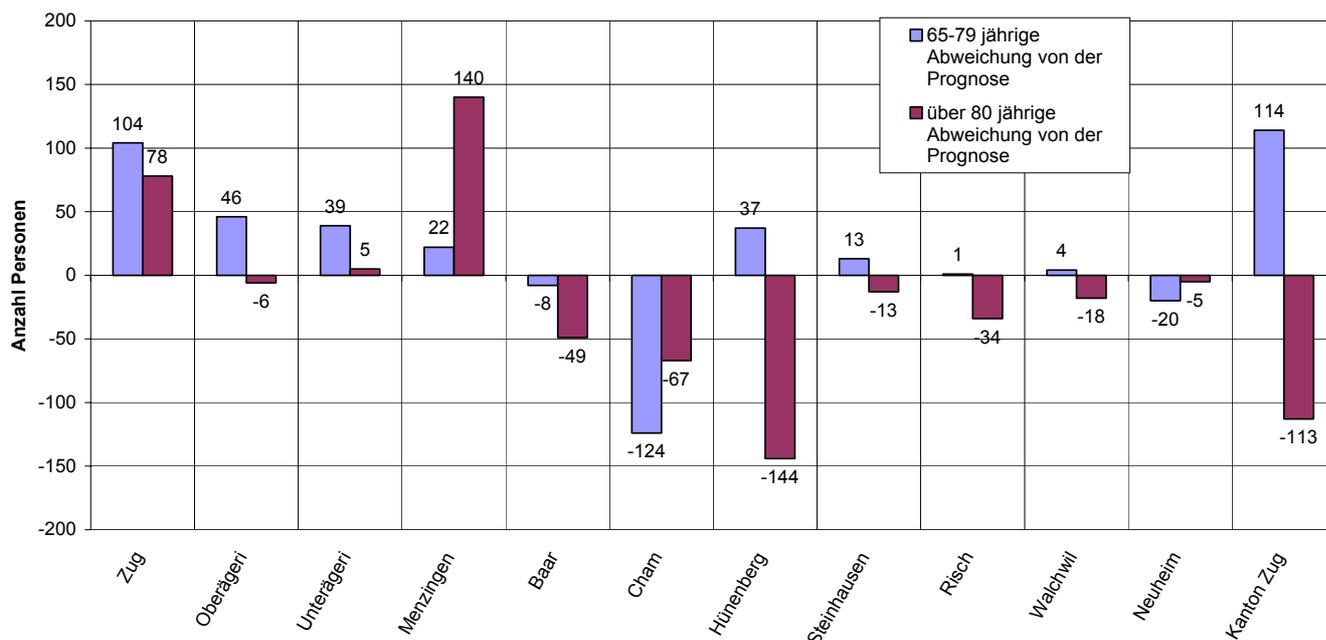
Die Prognosen pro Gemeinde hängen wesentlich auch von der geplanten Bautätigkeit und der damit verbundenen Bevölkerungsentwicklung ab. Die Gemeinden müssen deshalb vorhandene Zahlen auf

² Bedarfsprognose für Langzeitpflegebetten im Kanton Zug, Gesundheitsdirektion, Mai 1998

alle Fälle mit den aktuellen und geplanten Entwicklungen der Gemeinde überprüfen und interpretieren.

Detailliert wurde die Bevölkerungsentwicklung in der Studie Bedarfsprognose für Langzeitpflegebetten im Kanton Zug vom Mai 1998³ errechnet. Der Planungshorizont umfasst den Zeitraum bis 2015. Es wurden damals alle Werte pro Gemeinde errechnet. Auf Grund dieser Planung wurden die Abweichungen der Prognose von den effektiven Bevölkerungszahlen im Jahr 2000 errechnet.

Ergebnisse der Planungsüberprüfung für das Jahr 2000



Vergleiche Tabelle 2 im Anhang

Bei dieser Überprüfung zeigte sich, dass die angenommenen Werte mit den effektiven Bevölkerungszahlen in den Altersgruppen 65-79 jährige und über 80-jährige zum Teil wesentlich abweichen. Die Zahlenwerte sind in einzelnen Gemeinden jedoch klein. Im gesamten Kanton Zug lebten im Jahr 2000 9362 Personen im Alter von 65-79 Jahren respektive 1.2% mehr als erwartet, hingegen waren lediglich 2922 Personen über 80 Jahre alt und somit 3.7% weniger als gemäss der Prognose aus dem Jahre 1998.

2.1.3 Zusammenfassung

Die Gesellschaft der Schweiz und auch des Kantons Zug wird älter. Im Vergleich zur Schweiz weist der Kanton Zug eine junge Bevölkerungszusammensetzung auf. Die Anzahl Hochbetagter stieg in den letzten Jahren weniger als erwartet an.

Detaillierte Prognosen über die Bevölkerungsentwicklung, insbesondere auf Stufe der Gemeinden, müssen in den nächsten Jahren erarbeitet werden.

³ Lineare Planungsüberprüfung, Bedarfsprognose Langzeitpflegebetten Besa 3+4 im Kanton Zug, Karl Widmer, Gesundheitsdirektion 30.6.2002

2.2 Selbständiges Wohnen im Alter⁴

Die Bedürfnisse der älteren Generation im Bereich Wohnen verändern sich laufend. Die Angaben aus dem nationalen Forschungsprogramm Alter treffen auch auf die Situation im Kanton Zug zu und werden nachfolgend auszugsweise zitiert.

„Das Wohnen gehört zu den wichtigen Lebensbereichen älterer Personen. Es hat zentrale Auswirkungen auf ihre gesellschaftliche Integration.

Geeignete Wohnverhältnisse ohne Barrieren können die Lebensqualität entscheidend verbessern. Zwischen Selbständigkeit im Alter und Wohnqualität besteht ein enger Zusammenhang. Bereits heute umfasst jeder vierte Haushalt in der Schweiz zumindest eine Person im Rentenalter. Die RentnerInnen werden in Zukunft eine der wichtigsten Nachfragegruppen auf dem Wohnungsmarkt bilden. Gleichzeitig ändern sich die Wohnbedürfnisse und -wünsche der älteren Bevölkerung rasch, da jede Generation durch ihre spezifische Lebensgeschichte geprägt ist.

Die Forscher halten unter anderen folgende Grundsätze und Empfehlungen fest:

Eine individuell auf die persönlichen Bedürfnisse und Wünsche ausgerichtete Wohnform erleichtert das Leben – auch im Alter.

Definiert man Wahlmöglichkeiten als einen Aspekt der Lebensqualität, muss ein zentrales Anliegen der Alterspolitik sein, für die vielfältigen Bedürfnisse älterer und sehr alter Menschen eine Vielfalt an Wohnformen zu schaffen, aus denen sie entsprechend ihren spezifischen Bedürfnissen die für sie richtige wählen können.

Wichtige Voraussetzungen für funktionierende Alterswohnungen sind eine zentrale Lage, günstiger Mietzins, hoher Komfort sowie eine gute Betreuung.

Das Ziel von Massnahmen im Wohnbereich ist einerseits Gemeinschaft unter den BewohnerInnen zu fördern und andererseits deren Unabhängigkeit zu bewahren.“

2.3 Leben in Alters- und Pflegeeinrichtungen⁵

„Gegenwärtig wohnen in der Schweiz weniger als 4% aller 65-79-jährigen Menschen in Alters- und Pflegeeinrichtungen. Selbst bei den 80-jährigen und älteren Menschen ist weniger als ein Viertel in einem Heim oder einem Spital untergebracht. Erst im hohen Alter wird ein solcher Aufenthalt häufiger: 1993 lebten 38% der über 85-jährigen Menschen in der Schweiz in Alters- und Pflegeeinrichtungen.

Ein Heimeintritt wird nicht allein vom Gesundheitszustand, sondern auch von sozialen Faktoren bestimmt. Von Bedeutung sind insbesondere Zivilstand, Einkommen und das Vorhandensein von Nachkommen; Unverheiratete Betagte befinden sich häufiger in Alters- und Pflegeheimen als Verheiratete. Reiche Betagte leben länger im privaten Haushalt als Arme, und Betagte mit Kindern werden häufiger zu Hause gepflegt.

Gleichzeitig sind regionale Faktoren bedeutsam, und der Anteil betagter Menschen in Alters- und Pflegeheimen variiert in der Schweiz je nach Kanton. Interessanterweise besteht keine klare Beziehung mit der demografischen Alterung. Das Angebot an Heim- und Pflegeplätzen hat eher mit sozi-

⁴ zitiert nach Hauptergebnisse und Folgerungen aus dem Nationalen Forschungsprogramm NFP 32 Alter, François Höpflinger und Astrid Stuckelberger, Bern 1999

⁵ zitiert nach Hauptergebnisse und Folgerungen aus dem Nationalen Forschungsprogramm NFP 32 Alter, François Höpflinger und Astrid Stuckelberger, Bern 1999

alpolitischen Gegebenheiten zu tun (Tradition von Bürgerheimen, fehlender Ausbau von Spitex-Diensten).

Das Durchschnittsalter der BewohnerInnen von Alters- und Pflegeheimen hat sich in den letzten Jahrzehnten klar erhöht und dürfte sich auch in Zukunft weiter erhöhen. Dementsprechend ist der Anteil behinderter oder in ihrer Selbständigkeit eingeschränkter BewohnerInnen in den meisten Einrichtungen hoch.

Alters- und Pflegeheime von heute entsprechen kaum mehr früheren Vorstellungen. Die meisten Einrichtungen haben sich gegen aussen geöffnet, und immer mehr Einrichtungen unterstützen und fördern die Individualität ihrer BewohnerInnen. Damit werden Vorstellungen vom Alters- und Pflegeheim als «kollektive Wohnform» stark relativiert. Das Hauptproblem liegt weniger in der fehlenden Qualität der meisten Einrichtungen, als in weiterbestehenden negativen und falschen Bildern vom «Altersheim».⁶

In eine betreute Wohnform wird erst bei grösserer Pflegebedürftigkeit gewechselt. Gleichzeitig wird darauf geachtet, dass die Einrichtungen immer wohnlicher werden. Die Pflege und Betreuung wird vermehrt als selbstverständlich vorausgesetzt und die Betonung liegt auf einer möglichst wohnlichen, individuellen Einrichtung mit vielfältigen Möglichkeiten.

Der Wechsel der hochbetagten Personen in eine betreute Wohnform stellt einen grossen Einschnitt dar. Der Anspruch, in der gewählten Institution nun bis zum Tod bleiben zu können, hat sich verstärkt. Dadurch haben sich die Alters- und Pflegeheime vermehrt auf eine Betreuung und Pflege einzustellen. Die Verlegung in ein Pflegeheim oder ins Spital für die letzten Lebensstage wird von der BewohnerInnen und den Angehörigen nicht befürwortet.

Die Alters- und Pflegeheime müssen zukünftig weiter individualisiert auf die Wünsche der BewohnerInnen eingehen. Kleinere Wohneinheiten werden gegenüber grossen Wohnkomplexen bevorzugt.

2.4 Angehörigenhilfe⁶

„Die Betreuung und Pflege kranker Angehöriger hat schon immer zu den Aufgaben der Familie gehört, die auch durch ethische und religiöse Normen verankert werden. Relativ unproblematisch ist die familiäre und freiwillige Hilfe bei akuten Krankheiten mit kurz dauernder Bettlägrigkeit und geringem Pflegeaufwand; zumal diese Hilfe grundsätzlich auf Gegenseitigkeit beruht: Jeder kann einmal krank werden, also helfe ich, damit im Bedarfsfall auch mir geholfen wird.

Schwieriger, belastender und oft problematisch ist die Langzeitpflege von chronisch Kranken. In der Schweiz gibt es schätzungsweise 250'000 chronisch Pflegebedürftige, die durchschnittlich während sechs Jahren andauernd gepflegt werden müssen.

Mindestens 80% werden privat, von ihren Familienangehörigen gepflegt, überwiegend von der Partnerin bzw. vom Partner, von Töchtern oder von Schwiegertöchtern.

In der Schweiz werden weniger als 10% der pflegebedürftigen, betagten Menschen in Institutionen untergebracht.

Auch die beste Unterstützung und Förderung von Freiwilligenhilfe und Verwandtenpflege wird wegen des sozialen und demografischen Wandels (Individualisierung und Zunahme der Hochbetagten)

⁶ zitiert nach Gesundheitswesen Schweiz, Freiwilligenarbeit und Verwandtenpflege, Peter C. Meyer, Konkordat der schweizerischen Krankenversicherer, 2001

den wachsenden Bedarf nach und die steigenden Kosten von professioneller spitalexterner und stationärer Pflege nicht verhindern können.“

3. Leitideen

3.1 Entwicklung der Leitideen

Die Langzeitpflege tangiert wesentliche Bereiche der Persönlichkeit der Betroffenen und bedarf eines klaren ethischen Fundamentes. Gesundheit, Wohnen, Selbstbestimmung, Sterben etc. sind für die Lebensqualität wichtige Bereiche. Aus diesem Grund wurden für die Langzeitpflege die nachstehenden Leitlinien erarbeitet.

Diese allgemeinen Überlegungen sind die Richtlinien für die weiteren Ausführungen und die Umsetzung in organisatorischer und finanzieller Hinsicht. Sie bilden die Grundlage für die Gestaltung und Steuerung des Angebotes.

Diese Leitideen sollen von den Zuger Gemeinden und dem Kanton Zug bei der Planung und der Ausgestaltung der Langzeitpflege berücksichtigt werden. Für die Dienstleistungserbringer sollen sie einen Teil der Leistungsvereinbarungen mit der öffentlichen Hand darstellen.

3.2 Die Leitideen im Wortlaut

In den Leitideen zur Langzeitpflege legen die Zuger Gemeinden, der Kanton und die Dienstleistungserbringer mit einer Leistungsvereinbarung Rechenschaft darüber ab, welche Grundsätze sie in der Langzeitpflege künftig einhalten wollen. Sie erklären die nachfolgenden Leitsätze für verbindlich:

Unser Menschenbild

Wir achten die Würde und Selbstbestimmung des Menschen in allen Lebenslagen. Wir erhalten und fördern seine Selbständigkeit und Ressourcen. Bei allen Entscheidungen steht der Mensch im Mittelpunkt.

Das Angebot

Alle Menschen haben Zugang zu den geeigneten Angeboten. Diese nehmen Rücksicht auf die Bedürfnisse der Menschen, sind wirksam gestaltet und werden prozessorientiert und wirtschaftlich erbracht.

Die Qualität

Wir schaffen qualitativ gute Angebote zum Wohl und zur Zufriedenheit der Menschen. Bei der Gestaltung der Angebote berücksichtigen wir neue wissenschaftliche Erkenntnisse.

Die Finanzierung

Unsere Angebote zeichnen sich durch ein gutes Preis-/Leistungsverhältnis aus. Sie sind finanzierbar. Der Kostenverteiler berücksichtigt angemessen alle Parteien.

Die Organisation

Alle Beteiligten arbeiten zusammen und koordinieren ihre Leistungen, um diese bedarfsgerecht zu organisieren.

4. Situationsanalyse

4.1 Gesetzliche Grundlagen

In den gesetzlichen Regelungen werden unter anderem folgende Themenkreise geregelt, welche wir in diesem Bericht als Kapitel wieder aufnehmen.

- Zielgruppen
- Organisation
- Angebotssteuerung und Statistik
- Planung
- Finanzierung

Situation heute

Die Betreuung und Pflege der Bevölkerung, deren Organisation, Planung und Finanzierung ist bei Bund, Kanton und Gemeinden in einer Vielzahl von Gesetzen und Erlassen geregelt, wobei die Gesetzgebung des Bundes die Betreuung und Langzeitpflege prägt.

Folgende Gesetze und Verordnungen sind für den Bereich Langzeitpflege massgeblich

Erlass	Inhalt	Gesetzesnummer
Krankenversicherungsgesetz KVG vom 18. März 1994:	a) Zulassung von Leistungserbringern über die Pflegeheimliste (Versorgungsplanung) (Art. 39 KVG) b) Tarife (Art. 50 KVG) c) Qualitätssicherung (Art. 58 KVG)	(SR 832.10)
Verordnung zum KVG (KVV)	a) Versicherungspflicht b) Leistungen c) Leistungserbringer	(SR 832.102)
Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)	Ziele und Rahmenbedingungen für die Kostenrechnung und die Leistungsstatistik	(SR 832.104)
Spitalgesetz (SpG) vom 29. Oktober 1998	a) Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden b) Organisation und Zuständigkeiten c) Vergütungssystem (Rahmentarif)	(BGS 826.11)
KRB betreffend Anerkennung von Pflegeheimen mit regionalem Leistungsprogramm vom 17. Dezember 1998	Anerkennung der Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm	(BGS 826.116)
Verordnung über Investitionsbeiträge an die öffentlich subventionierten Spitäler und die Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm vom 16. August 2000	Beitragsregelung für Investitionen über Fr. 10'000.--	(BGS 826.117)

Fortsetzung

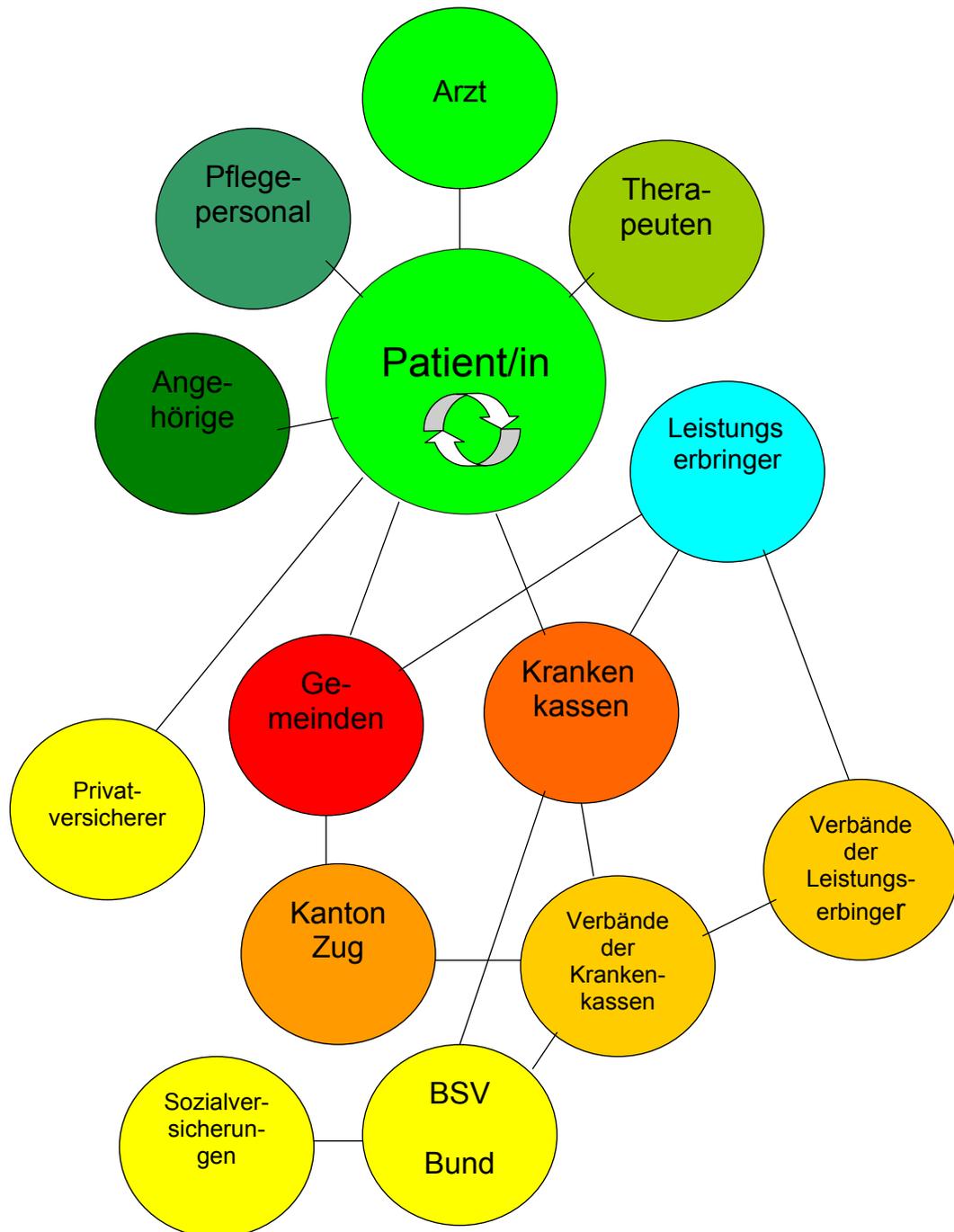
Erlass	Inhalt	Gesetzesnummer
Gesundheitsgesetz vom 21. Mai 1970	a) Bewilligungen für Pflegeheime (§ 35 Abs. 1 Gesundheitsgesetz) b) Aufsicht über Pflegeheime und Institutionen mit Pflegeplätzen (§ 35 Abs. 2 Gesundheitsgesetz) c) Zwangsmassnahmen (§36 ff Gesundheitsgesetz)	(BGS 821.1)
Zivilgesetzbuch ZGB vom 10. Dezember 1907	Wohnsitz in Heilanstalten (Art. 26 ZGB)	(SR 120)
Zuständigkeitsgesetz ZUG vom 24. Juni 1977	Unterstützung Bedürftiger	(SR 851.1)
Alters- und Hinterlassenenversicherung AHV vom 20. Dezember 1946 und Ausführungserlasse dazu	a) Renten b) Hilflosenentschädigung c) Hilfsmittel (Rollstuhl, Hörgerät etc.)	(SR 831.10)
Invalidenversicherung IV 19. Juni 1959 und Ausführungserlasse dazu	a) Rente b) Hilflosenentschädigung c) Hilfsmittel (Rollstuhl, Hörgerät etc.)	(SR 831.20)
Ergänzungsleistung zur Alters- und Hinterlassenen- und Invalidenversicherung ELG vom 19. März 1965 und Ausführungserlasse dazu	Deckung Existenzbedarf	(SR 831.30)
Sozialhilfegesetz vom 16. Dezember 1982	a) Anspruch auf Sozialhilfe § 14 ff b) Beiträge an Heimaufenthalte § 35 c) Heimaufsicht § 40	(BGS 861.4 und 861.41)
Bundesstatistikgesetz BStatG vom 9. Oktober 1982 und 20. Dez. 1983	a) Datenerhebung (Art. 23 BStatG) b) Datenbekanntgabe (Art. 84a BStatG)	(SR 431.01)
Datenschutzgesetz vom 28. September 2000	a) Datenbeschaffung (§4) b) Datenbekanntgabe (§8) c) Daten Aufbewahren (§11)	(BGS 157.1)

Im Gesundheitswesen ist durch das Krankenversicherungsgesetz (KVG) eine starke Veränderung eingetreten. Auf Grund der grossen Kostensteigerung zielte das Gesetz auf die Verstärkung der Marktkräfte, und das Obligatorium brachte einheitliche Leistungen in der Grundversicherung. Da die Kostensteigerung im Gesundheitswesen weiterging, wird zur Zeit die Revision des Gesetzes in den eidgenössischen Räten diskutiert. Auf kantonaler Ebene hatte bei der Langzeitpflege das Spitalgesetz mit dem Wechsel der Zuständigkeit einen grossen Einfluss. Im Spitalgesetz wurden auch die Bedingungen des Krankenversicherungsgesetzes berücksichtigt.

4.2 Organisation der Langzeitpflege

4.2.1 Akteure der Langzeitpflege

Die Organisation ist unterschiedlich geregelt, und es wirken viele Akteure bei der Erstellung einer Dienstleistung mit. Neben den drei Ebenen Gemeinde, Kanton und Bund nehmen auch die Krankenkassen und die Dienstleistungserbringer Funktionen in der Langzeitpflege wahr. Eine wichtige Rolle haben auch die Ärzte. Nicht zu vergessen sind dann die PatientInnen selbst, deren Angehörige und die betreuenden und pflegenden Personen.



4.2.2 Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden

Situation heute

Mit dem Spitalgesetz wurde zwischen Kanton und Gemeinden eine Aufgabenteilung vorgenommen. Der Kanton ist seither alleine für die Akutversorgung und die medizinische Rehabilitation der zugerischen Bevölkerung zuständig. Die ambulante Krankenpflege (Spitex) und die Langzeitpflege wurden der Verantwortung der Gemeinden übertragen.

Die Aufgabenteilung erfolgte jedoch nicht eindeutig. So erhielt der Kanton den Auftrag, durch Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm die Schwerpunktversorgung sicherzustellen. Dementsprechend bestimmt der Kanton den Leistungsumfang der Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm und übernimmt einen Anteil der Investitionen dieser Institutionen.

Die frühere strikte Unterscheidung zwischen der Betreuungsform Altersheim und Pflegeeinrichtung wurde aufgehoben. Im Spitalgesetz wurde auch die Pflege der BewohnerInnen von Altersheimen geregelt.

Durch die gemeindliche Zuständigkeit ist die Gesamtplanung erschwert. Die elf Zuger Gemeinden haben bisher keine eigenen Planungsinstrumente für die Langzeitpflege. Für die Gesamtplanung mit der Spitalliste, in welcher alle stationären Leistungserbringer aufgeführt sein müssen, ist weiterhin der Kanton zuständig.

Bei der Finanzierung wiederum sind die Gemeinden Partnerinnen der Organisationen der Langzeitpflege (Spitex und Heime). Die Tarifverträge zwischen den Leistungserbringern und Krankenkassen wiederum werden durch die Verbände der Leistungserbringer erarbeitet und sind durch den Kanton zu genehmigen.

Handlungsbedarf

Die neuen Schnittstellen zwischen Kanton und Gemeinden haben dazu geführt, dass die Koordination verbessert werden muss. Die Planung der Langzeitpflege hat durch die Gemeinden und den Kanton zu erfolgen. Wie die Planung koordiniert erfolgen kann, ist neu zu definieren.

Die Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm sind Teil der Langzeitpflege, werden aber vom Kanton beauftragt. Diese Situation wird im nachfolgenden Kapitel näher beleuchtet.

THESEN

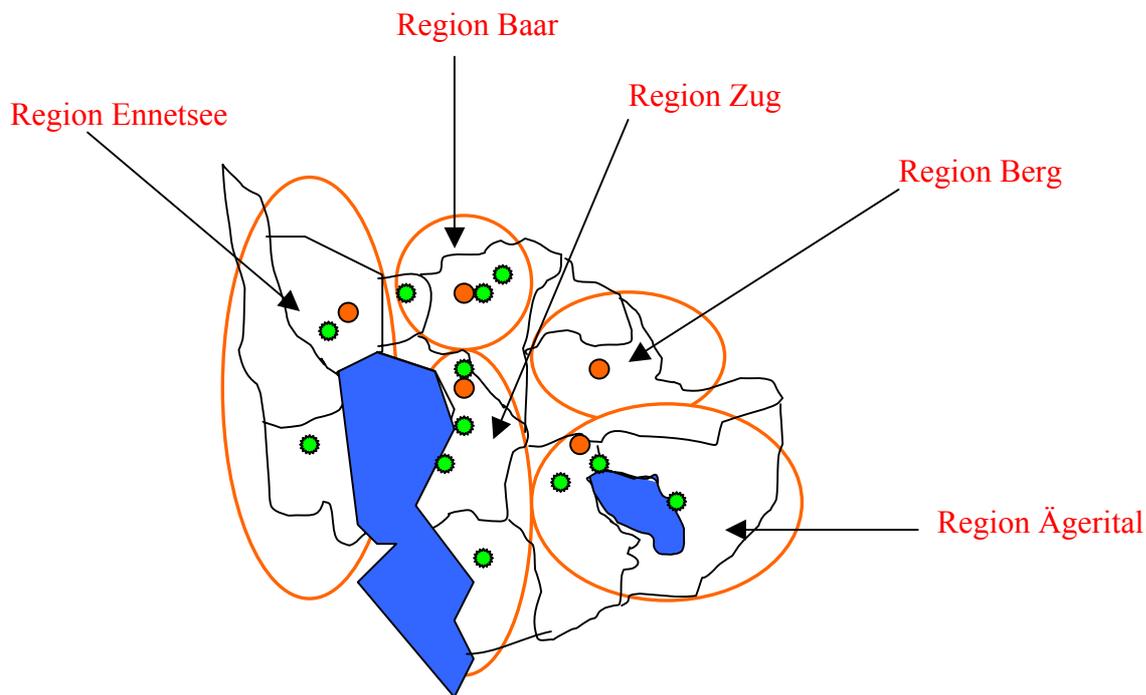
**Die Organisation der Langzeitpflege ist besser zu koordinieren.
Schnittstellen unter den beteiligten Gemeinwesen sind zu definieren, zu minimieren und zu vereinfachen.**

4.2.3 Rolle und Funktion der Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm

Situation heute

Mit dem Geriatriekonzept von 1990 zielte der Kanton Zug auf eine regionale Sicherstellung der benötigten Pflegeplätze für den Kanton Zug. Die Idee war, die schwereren Pflegefälle pro Region zusammenzufassen, so dass in den Altersheimen nur leicht pflegebedürftige Personen eintreten können. In den Altersheimen sollten die BewohnerInnen aber auch bleiben können. Die Planung von regionalen Pflegebetten wurde in der Folge umgesetzt. In den Regionen Baar, Zug, Ennetsee, Berg und Ägerital sollten je die benötigten Pflegebetten entstehen, damit die Schwerpunktversorgung sichergestellt wird.

Regionen und Heime im Kanton Zug



- Alters- und Pflegeheime der Gemeinden
- Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm

Diese Planung fand im Spitalgesetz von 1998 ihren Niederschlag durch die Schaffung der Kategorie Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm.

Pro Region wurde eine Institution dieser Kategorie zugeordnet:

Region Ennetsee	Pflegezentrum Ennetsee Cham
Region Baar	Pflegezentrum Baar
Region Zug	Betagtenzentrum Neustadt, Zug (mit einem Teil der Betten)
Region Berg	Zentrum für Pflege und Betreuung Luegeten, Menzingen
Region Ägerital	Klinik Adelheid, Unterägeri (mit einem Teil der Betten)

Mehrere Entwicklungstendenzen stellen diese Planung in Pflegeregionen heute in Frage.

Die Eintritte in die Alters- und Pflegeheime erfolgen mit immer höherem Alter und bei grösserer Pflegeintensität. Dadurch steigt der Anteil BewohnerInnen mit grossem Pflegeanteil in den Alters- und Pflegeheimen an.

Zwischen einem Alters- und Pflegeheim und einem Pflegeheim bestehen kaum mehr unterschiedliche Leistungsanforderungen.

Der Eintritt in eine lokale Einrichtung wird gegenüber dem Wechsel in eine regionale Institution bevorzugt.

Die Zunahme der älteren Bevölkerung und damit der Anzahl Personen, die Pflege benötigen, ermöglicht die Einrichtung lokaler Institutionen.

Gegenüber vor 15 Jahren wird der Wohncharakter heute stark betont und die Pflege gehört zum Standard, der einfach erfüllt werden muss.

Der Trend zu individualisierten Betreuungsformen in kleinerem überschaubarem Rahmen kann mit Pflegeheimen nur erschwert berücksichtigt werden.

Für die Planung der Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm und die Festlegung der Leistungen ist der Kanton zuständig. Die Finanzierung erfolgt durch die Gemeinden.

Bei den Investitionen wurde ein anderes Modell als bei den Alters- und Pflegeheimen der Gemeinden gewählt. Die Investitionen werden zu 60% durch den Kanton und die restlichen 40% über Beiträge der Gemeinden finanziert.

Handlungsbedarf

Durch die Zunahme der Personen mit hoher Pflegebedürftigkeit, den Ausbau der Spitex und dem späteren Eintritt in Heime etc. hat sich die Ausgangslage wesentlich verändert.

Die betagten Personen wünschen eine lokale, meist gemeindliche Betreuungsmöglichkeit. Mit dem Übertritt in eine stationäre Institution wird der Wunsch nach einem Aufenthalt bis zum Tode verbunden.

Die Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm weisen kaum mehr eine andere Klientel, als die heutigen Alters- und Pflegeheime auf. Durch Weiterentwicklung der Pflegemöglichkeiten in den Altersheimen sind diese in der Lage, auch schwerere Pflegefälle zu betreuen.

Die Finanzierung der Investitionen bei den stationären Langzeitpflegeeinrichtungen ist zu vereinheitlichen.

THESEN

Der Status der Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm wird verändert.

Die Finanzierung der stationären Langzeitpflege wird vereinheitlicht.

4.2.4 Gremium mit Entscheidungskompetenzen für die Koordination und Planung

Situation heute

Die einzelne Gemeinde ist alleine kaum in der Lage, die Langzeitpflege umfassend abzudecken. So gibt es immer wieder Angebote, die sinnvoller gemeinsam realisiert werden oder für welche die Gemeinde schlicht zu klein ist. Andere Angebote sind so attraktiv, dass wiederum jede Gemeinde diese selbst realisieren möchte. Der Kanton muss mittels Spitalliste die gemeindlichen Angebote mit der Gesamtplanung abstimmen.

Bis heute besteht kein Gremium, welches in der Langzeitpflege die Koordination zwischen Gemeinden oder zwischen Gemeinden und Kanton diskutiert und anschliessend verbindliche Entscheide fällen kann. Nicht alle Einzelfälle können auf dem lange dauernden gesetzgeberischen Weg via Kantonsrat oder dem Beschwerdeweg geregelt werden.

Handlungsbedarf

Bei den Drogenproblemen und der Alimenteninkassostelle wurde ein Gremium geschaffen, welches Kompetenzen hinsichtlich der Ausgestaltung und Finanzierung von Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialwesen innehat. Bei der Drogenkonferenz werden die Beschlüsse jeweils durch den Regierungsrat getroffen. Die Fallpauschale bei der Alimenteninkassostelle wird durch die Verwaltungskommission verbindlich für alle Gemeinden festgelegt.

In beiden Situationen werden die Gemeinden verbindlich zu Kostenbeiträgen verpflichtet. Die Gremien sind demnach auch aus Kantons- und Gemeindevertretern zusammengesetzt.

Ein ähnliches Gremium wäre auch bezüglich den Fragen in der Langzeitpflege sinnvoll.

THESEN

Im Kanton Zug wird ein Gremium geschaffen, welches für die Koordination von Angeboten in der Langzeitpflege und deren Finanzierung durch die öffentliche Hand verbindliche Entscheide trifft.

4.2.5 Definition der Beratungsleistung des Kantons

Situation heute

Im Spitalgesetz vom 29. Oktober 1998 wird festgehalten, dass der Kanton im stationären und ambulanten Pflegebereich eine beratende Aufgabe wahrnimmt.

Unklar ist zum heutigen Zeitpunkt, wer auf diese Beratung durch den Kanton Anspruch hat, wie diese aussehen soll und welche Bereiche umfasst werden.

Handlungsbedarf

Die Beratungsaufgaben müssen ausformuliert und aufgelistet werden. Beratung in der Langzeitpflege kann verschiedene Bereiche umfassen. Die folgende Aufzählung ist nicht abschliessend:

- Rechtsfragen (Verträge, übergeordnetes Recht)
- Planungsfragen (Angebotsumfang, Statistik)
- Strukturelle Fragen (Zusammenspiel ambulanter und stationärer Bereich)
- Finanzierungsfragen (Kostenvergleiche, Anteile der öffentlichen Hand, Überprüfung und Förderung von Angeboten)
- Technische Fragen (Zimmergrössen, Abläufe, technische Hilfsmittel)

Für die Gemeinden stehen zur Zeit sicher die Planungs- und Finanzierungsfragen im Vordergrund. In diesem Bereich sind die nötigen statistischen Grundlagen nicht im gewünschten Umfang vorhanden.

THESEN

Der gesetzliche Auftrag des Kantons zur Beratung der Gemeinden in Planungs- und Finanzierungsfragen der Langzeitpflege wird vollzogen.

4.2.6 Zuständigkeiten der Direktionen für Bewilligungen und Aufsicht

Situation heute

Gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) und § 35 des Gesundheitsgesetzes übt die Gesundheitsdirektion die Bewilligungspflicht und Aufsicht über Kranken- und Pflegeanstalten aus. So werden die Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm durch den Gesundheitsrat beaufsichtigt. Die Pflegeheime werden als solche bewilligt.

Die Direktion des Innern ist nach § 40 Sozialhilfegesetz für Betriebsbewilligungen und die Heimaufsicht zuständig. Die Heimaufsicht umfasst auch die Alters- und Pflegeheime der Gemeinden. Die Betriebsbewilligungen der Direktion des Innern lauten auf die jeweilige Leitungsperson.

Die Weiterentwicklung der Altersheime zu Alters- und Pflegeheimen betont die Wichtigkeit der Berücksichtigung der Planungszahlen im Gesundheitsbereich. Die Betonung des Wohncharakters durch

die PatientInnen der Pflegeheime rechtfertigt wiederum die Kontrolle im Sinne der Heimaufsicht, die bei ihren Besuchen auch Fragen der Qualifikation der Leitungspersonen, feuerpolizeiliche Bestimmungen, wirtschaftliche Grundlagen, Organisationsstrukturen, Stimmung im Hause, hauswirtschaftlichen Leistungen, Konfliktgebiete etc. erörtert.

Handlungsbedarf

Eine klare und einfache Regelung ist anzustreben, um Überschneidungen und Doppelspurigkeiten bei den Betriebsbewilligungen und bei der Aufsicht zu vermeiden.

THESEN

Die Bewilligung und Kontrolle der Einrichtungen der stationären Langzeitpflege ist einheitlich zu regeln und gleich zu handhaben.

Die Verfahren für Bewilligung, Heimaufsicht, Spitalliste, Subventionsgesuche, Beschwerden, Regelungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) etc. sind einheitlich.

Die Aufsicht über Heime und stationäre Institutionen ist direktionsübergreifend zusammenzusetzen, so dass gemeinsame Bedingungen im Wohnbereiches und in der Pflege kontrolliert werden können.

4.2.7 Wohnsitzfrage

Situation heute

Der Wohnsitz einer in einem Heim lebenden Person ist von grosser Bedeutung, weil davon die Kostenpflicht des Gemeinwesens abhängt. Im Spitalgesetz gilt der zivilrechtliche Wohnsitz als massgebend für die Ausrichtung von Pflegebeiträgen der Gemeinde.

Die Möglichkeit der Wohnsitznahme in einem Heim ist umstritten. Sie wird jedoch in der Regel anerkannt, wenn sie aus freiem Willen geschieht und neu den Lebensmittelpunkt darstellt. Das Bundesgericht hat im Jahr 2000 entschieden, dass die Wohnsitznahme auch bei grosser Pflegebedürftigkeit möglich ist, sofern die Institution vornehmlich dem Zweck des Wohnens diene. Es spiele dabei keine Rolle, ob das Heim auch in der Lage sei, die schwere Pflege zu erbringen.

Auf Grund dieser Regelung ist es möglich, dass in den Standortgemeinden bei Eintritt ins Heim Wohnsitz genommen wird und diese anschliessend für die ungedeckten Pflegekosten aufkommen muss.

Andere Kantone haben die Leistungen für BewohnerInnen von Alters- und Pflegeheimen an eine Bedürfnisklausel gebunden und leisten nur Beiträge an den Aufenthalt bei ausgewiesener finanzieller Bedürftigkeit. Vorgängig sind die eigenen finanziellen Mittel bis zu festgelegten Vermögens- und Einkommenslimiten aufzubreuchen. Zum Teil wird über die Ergänzungsleistungen finanziert, wo ebenfalls der zivilrechtliche Wohnsitz entscheidend ist. Werden die Beiträge als sozialhilferechtliche Leistung ausgestaltet, so ist in jedem Fall die Gemeinde zahlungspflichtig, wo die Schriften vor Eintritt ins Heim waren.

Innerhalb des Kantons hat sich meist die Übernahme der Kosten durch die Herkunftsgemeinde durchgesetzt.

Handlungsbedarf

Die Bereitschaft zur Übernahme der Kosten durch ein Gemeinwesen beeinflusst die Wahlmöglichkeiten der eintretenden Person stark.

Gleichzeitig beeinflusst der Wohnort die Kostenfolge für die Gemeinden. Es ist zu klären, wie Standortgemeinden davor geschützt werden können, die Kosten für zuziehende Personen aus anderen Gemeinden übernehmen zu müssen.

THESEN

Die Übernahme der ungedeckten Pflegekosten wird an den Wohnsitz vor Heimeintritt gebunden.

Die Wahlmöglichkeit der Institution wird für EinwohnerInnen des Kantons Zug gewährleistet.

4.2.8 Betreuungs- und Pflegemöglichkeiten im eigenen Kanton

Situation heute

Der Kantons Zug kennt verschiedenste stationäre Einrichtungen der Langzeitpflege. Bei den Pflegeheimen mit regionalem Leistungsprogramm besteht eine Aufnahmepflicht von PatientInnen aus dem Kanton Zug im Rahmen ihrer Kapazitäten.

Dennoch bestehen Lücken im Angebot, welche dazu führen, dass einzelne Personen zum Teil ausserkantonale untergebracht werden oder im Kanton Zug in für sie ungeeigneten Betreuungsformen wohnen müssen. Solche Lücken bestehen zum Beispiel für hirnerkrankte Personen, Personen mit Multiple Sklerose (MS), Personen mit Lähmungen schweren Grades, zum Teil auch bei psychischen Leiden.

Handlungsbedarf

Es ist unbefriedigend, dass nicht allen Personen im Kanton Zug ein geeigneter Pflege- und Betreuungsplatz angeboten werden kann.

Sollte der Status der Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm wegfallen, ist die Aufnahmepflicht neu zu regeln. Mindestens eine spezialisierte Institution wäre zu bezeichnen, welche die Aufnahme und geeignete Betreuung und Pflege garantiert.

Als Ergänzung können für kleinere Gruppen von Betroffenen mit ausserkantonalen Institutionen Leistungsvereinbarungen abgeschlossen werden, welche die PatientInnen mit spezifischen Betreuungsbedürfnissen aufnehmen.

Eine Alternative zu einer spezialisierten Institution im Kanton Zug könnte auch im Bereich des AHV-Alters eine Leistungsvereinbarung mit einer ausserkantonalen Institution sein. Diese würde die Aufnahme von komplexen Fällen garantieren.

THESEN

Für Personen mit Betreuungsbedürfnissen werden genügend Plätze gesichert, wenn immer möglich im Kanton Zug.

Mindestens eine Institution untersteht der Aufnahmepflicht für PatientInnen aus dem Kanton Zug.

4.3 Pflege

4.3.1 Entwicklung der Pflege

Situation heute

Die Pflege (resp. Gesundheits- und Krankenpflege) hat sich in den vergangenen Jahrzehnten zu einer eigenen Disziplin des Gesundheitswesens weiterentwickelt. Sie bildet im heutigen Gesundheitswesen mit eigenen alleinigen Funktionen neben der Medizin und den Therapien einen dritten Bereich. Der Zusammenarbeit und dem Zusammenspiel der unterschiedlichen Berufsgruppen des Gesundheitswesens kommt eine grosse Bedeutung zu.

Wichtige Impulse und Weiterentwicklungen hängen mit dem Berufsbild und Berufsverständnis der Pflegenden zusammen. Diese Aspekte werden im nächsten Kapitel beim Pflegepersonal betrachtet.

Der betriebswirtschaftliche Trend aus der Industrie zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsnachweis ist auch in der Pflege übernommen worden. Dies hat sich mit der entsprechenden Bestimmung im Krankenversicherungsgesetz (KVG) noch verstärkt.

Die Pflege wurde im Spitalgesetz des Kantons Zug speziell erwähnt. Die ungedeckten Pflegekosten wurden dabei explizit den Gemeinden zur Kostenübernahme zugewiesen.

Die verschiedenen Aspekte, die der weiteren Regelung bedürfen, werden in den nächsten Kapitel aufgeführt.

4.3.2 Leistungserfassungs-Systeme

Situation heute

In der Pflege wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Leistungserfassungs-Systeme entwickelt und eingeführt, um die Leistungen zu erfassen. Wichtig ist dabei als Basis die Abklärung des Pflegebedarfs, der ausgewiesen werden muss.

So ist es in der Spitex seit dem 1.1.98 Pflicht, mit einer einheitlichen Bedarfsabklärung prospektiv zu planen. Zur Zeit erfolgt auf Beschluss des schweizerischen Spitex-Verbandes zur Standardisierung des Verfahrens der Bedarfsabklärung die Einführung des System RAI-Homecare (RAI=Resident Assessment Instrument). Aus dem Kanton Zug hat die Spitex Ägerital am Pilotprojekt teilgenommen, wobei aus ihrer Sicht noch einige Verbesserungen bis zur Einführung nötig sind.

In den stationären Einrichtungen des Kantons Zug löste am 1.1.98 das BESA-System das Vorgängermodell (BAK) ab. Zur Zeit ist eine neue überarbeitete Version des BESA-Systems in anderen Kantonen in der Einführungsphase.

Mit dem BewohnerInnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem BESA können die Pflege- und Behandlungsmassnahmen in allen Bereichen einer Institution der stationären Langzeitpflege erfasst werden. Da der zeitliche Aufwand für Pflege- und Behandlungsmassnahmen pro BewohnerIn sehr unterschiedlich ist, soll dieser auch für jede Person separat erfasst und verrechnet werden. Diese Einstufung in einen BESA-Grad (nur KVG-pflichtige Leistung) ermöglicht es, auf einfache Art und Weise die Pflorgetaxe in vier Stufen festzulegen. Das System wird in der Schweiz in über 700 Heimen erfolgreich eingesetzt.

Das neue erweiterte BESA-System besteht aus den Modulen Leistungen und Ressourcen (Bedarfsabklärung und Zielvereinbarung). Dadurch haben die BewohnerInnen von Anfang an eine umfassende Gestaltungs- und Mitentscheidungsmöglichkeit bei der Definition der zu erbringenden Pflege- und

Betreuungsleistungen. Im neuen System wird der Pflegebereich umfassend dokumentiert, die Transparenz wird erhöht und die Überprüfung der Pflegewirksamkeit wird ermöglicht.

Andere Kantone haben sich für das aus Amerika übernommene und auf schweizerische Verhältnisse angepasste Modell RAI-RUG entschieden. Resident Assessment Instrument - kurz RAI - ist ein Bewohner-Beurteilungs-Instrument und wurde anfangs der 80er Jahre in den Vereinigten Staaten zur Verbesserung der Qualität in Alters- und Pflegeheimen entwickelt. Das RAI ist ein umfassendes System zur Bewohnerbeurteilung, Pflegeplanung, Qualitätssicherung und Kostensteuerung im stationären Langzeitbereich. Als Ergänzung des RAI wurden Pflegeaufwandgruppen (Resource Utilization Groups, RUGs) entwickelt. Die Pflegeaufwandgruppen sind klinisch relevante Gruppen mit ähnlichem Aufwand für Pflege und Therapie.

Handlungsbedarf

Ein grosser Nachteil der bisherigen unterschiedlichen Systeme besteht darin, dass die Pflegeleistungen des ambulanten und des stationären Bereiches nicht vergleichbar sind.

Auch bestehen Schwierigkeiten im geringen Differenzierungsgrad der einzelnen Stufen, die eine Einteilung wohl vereinfachen, aber bei denen es grosse Kostenunterschiede gibt, die bei einer Umstufung kaum verstanden werden. Beim BESA-System bietet die vierte Pflegestufe mit nach oben offener Punktezahl Probleme.

THESEN

Die Pflegeleistungen im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich der Langzeitpflege sind untereinander vergleichbar.

4.3.3 Entwicklung des Pflegebedarfs

Situation heute

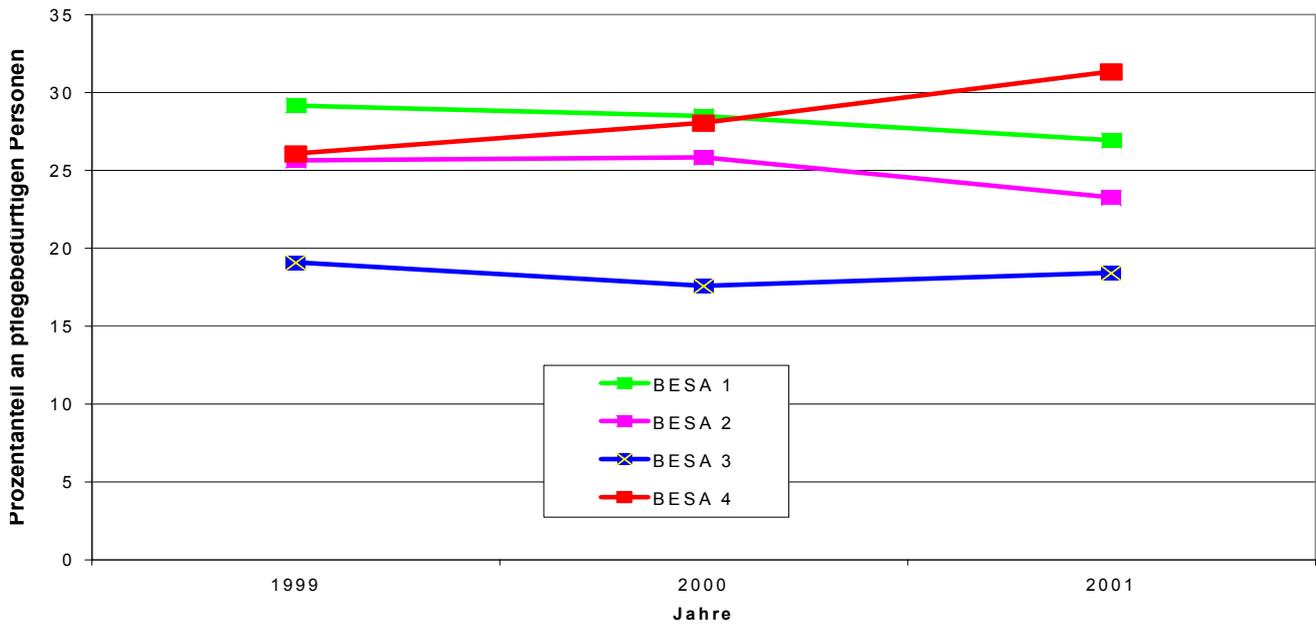
Die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit, die im Zusammenhang mit der Langzeitpflege besonders interessiert, ist nicht klar vorauszusagen. Zwei Hauptthesen⁷ werden zur Zeit diskutiert. Die Planung von Dienstleistungen an Hand von Bevölkerungszahlen wird durch folgende Thesen beeinflusst:

- Die Menschen werden bis ins hohe Alter bei guter Gesundheit leben und rasch sterben. Demzufolge würden die Gesundheits- und Pflegekosten höchstens für die ältesten Altersgruppen ansteigen, wogegen für die anderen Altersgruppen ein relativer Rückgang zu erwarten sei.
- Trotz sinkender Sterblichkeitsraten ist mit mehr chronischen Krankheiten und Behinderungen zu rechnen, was zu einer wachsenden Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und von Pflege führe. Der medizinische Fortschritt vermöge zwar das Leben zu verlängern, aber nicht lang andauernde chronische Krankheiten zu heilen.

Direkt feststellbar ist hingegen die Zunahme der Pflegebedürftigkeit in den Institutionen. Aus der Statistik der ZIGA (Zugerische Interessengemeinschaft für Alterseinrichtungen) sind folgende Werte zu entnehmen.

⁷ Rektangularisierungs- und Medikamentalisierungsthese nach Höpflinger in Altersleitbild Kanton Luzern 2001, Kantonale Kommission für Altersfragen, Luzern 2001

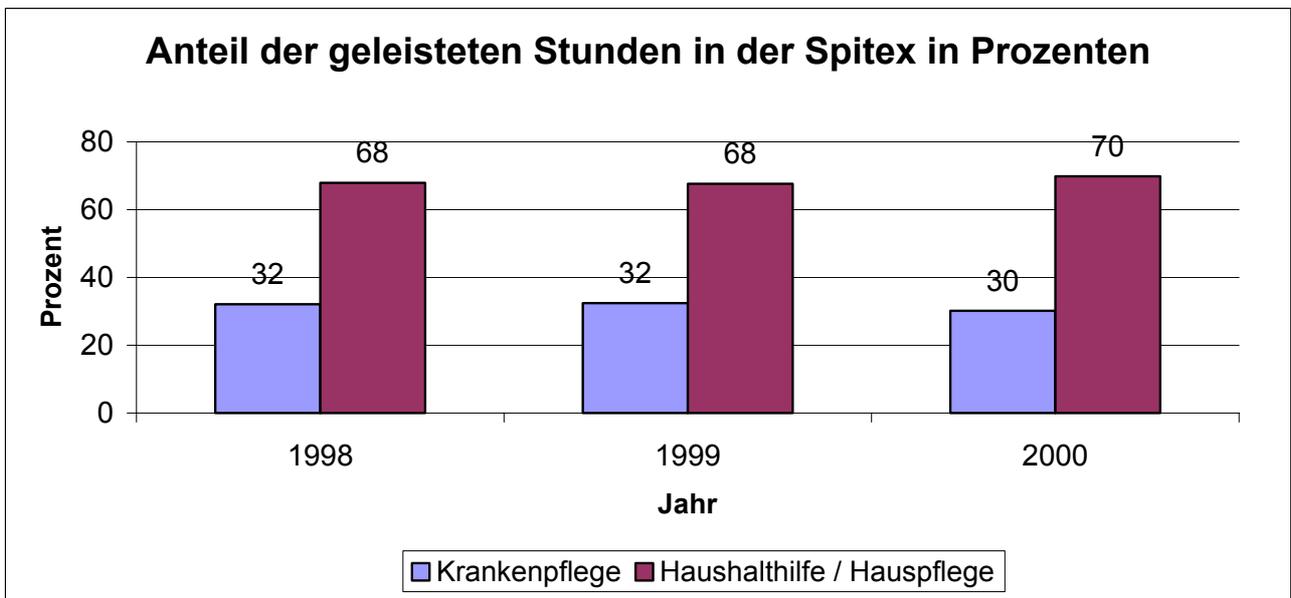
Pflegestufen der Personen in Institutionen



Vergleiche Tabelle 3 im Anhang

Der Anteil der pflegebedürftigen Personen in der höchsten Pflegestufe stieg in den letzten drei Jahren von 26% auf 31%. Die Personen, welche in einer Institution leben sind in der Regel pflegebedürftiger. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die vierte Pflegestufe ca. 10 mal höheren zeitlichen und finanziellen Aufwand bedeutet.

Im ambulanten Bereich stellt sich die Entwicklung folgendermassen dar:



Vergleiche Tabelle 4 im Anhang

Der Anteil der Krankenpflege hat im Verhältnis zu den Stunden an Haushalthilfe und Hauspflege leicht abgenommen. Die Gesamtstunden nahmen im Jahr 1999 um 4% ab und liegen im Jahr 2000 4% höher als 1998⁸.

⁸ Grundlage bildet die Spitex-Statistik des Bundesamtes für Sozialversicherung.

Handlungsbedarf

Die Pflegebedürftigkeit in den stationären Einrichtungen der Langzeitpflege stieg in den vergangenen Jahren kontinuierlich an. Der Umgang mit einem hohen Anteil an schwer pflegebedürftigen Personen ist für das Personal belastender.

4.3.4 Pflegeformen

Situation heute

Die Ansprüche der Personen, um welche sich die Pflegenden heute zu kümmern haben, haben sich verändert. So nimmt zum Beispiel der Anteil an Hochbetagten zu und die Krankheitsbilder werden immer komplexer (Mehrfachdiagnosen, Multimorbide Situationen). Zudem bringt die Forschung in Medizin, Therapie und Pflege neue Möglichkeiten hervor.

„Re-Aktivierende Pflege“⁹

Dies ist eine Pflege- und Betreuungsform, welche die verloren gegangenen Fähigkeiten wieder in Gang bringen soll. Dabei steht nicht der Arztendienst, sondern die therapeutische und pflegerische Unterstützung im Vordergrund. Ziel dieser Pflegeform ist in erster Linie eine physische und psychosoziale Rehabilitation. Reaktivierende Pflege wird vor allem bei der Übergangspflege angewendet.

Aktivierende Pflege

Diese Pflege- und Betreuungsform soll die vorhandenen Fähigkeiten erhalten und brachliegende fördern. Betagte sollen ermutigt werden, aktiv zu bleiben oder wieder zu werden. Es sind ihnen Gelegenheiten zu angemessener aktiver Betätigung zu verschaffen oder zu vermitteln. Die Abgrenzung zur Ergotherapie und zur Beschäftigung ist nicht immer einfach.

Palliative Pflege

Diese Pflegeform soll lindern und begleiten. Die pflegerische Betreuung und das soziale Umfeld wird derart gestaltet, dass der letzte Lebensabschnitt in Würde begangen werden kann. Der Zeitpunkt für diese Art von Pflege ist erreicht, wenn eine eigentliche Heilung nicht mehr möglich ist und der Patient keine lebensverlängernden Massnahmen mehr wünscht. Hier setzt auch die Sterbebegleitung ein.“

Handlungsbedarf

Die Forschung und die neuen Erkenntnisse sind in der Pflege zu berücksichtigen.

THESEN

Mit geeigneten Massnahmen wird sichergestellt, dass neue Erkenntnisse aus Lehre und Forschung in der Pflege angewendet werden.

4.3.5 Qualität in der Pflege

Situation heute

Der Auftrag zum Ausweisen der Qualität findet sich im Krankenversicherungsgesetz.

Verschiedene Qualitätssicherungssysteme werden eingesetzt, um die Qualität in den Organisationen der Langzeitpflege zu messen. Die Organisationen verfügen über wesentlich mehr Bereiche, die in der Qualitätsbeurteilung erfasst werden, als die hier speziell interessierende Pflegequalität.

⁹ Pflegeformen zitiert nach www.hps.ch/hps/pmpp/mana1981.htm, 13.9.02, A. Ventura, In der Alterspflege etwas bewirken.

Die Qualitätssicherung und der Qualitätsnachweis ist auch in der Pflege in den letzten Jahren verstärkt zum Thema gemacht worden. Ein erster Aspekt der Strukturqualität ist genügendes und geeignetes Personal. Der zweite Aspekt der Prozessqualität umfasst die Abläufe und prüft, ob die geeigneten Massnahmen für die Pflege ergriffen werden. Der dritte Aspekt soll die Beurteilung des Ergebnisses ermöglichen. Die Leistungserfassungs-Systeme können sicher nicht die Gesamtqualität der Arbeit abbilden. Hingegen liefern sie eine Aussage zu den Kosten. Die Wirksamkeit der Pflege gehört ebenso zur Gesamtqualität, wie das rechte Mass an Wirtschaftlichkeit.¹⁰

Im Kanton Zug gelangt in der Spitex das Qualitätshandbuch zur Anwendung. Die stationären Einrichtungen führten Qualitätssicherungssysteme ein. Die Umsetzung der einzelnen Stufen ist unterschiedlich.

Handlungsbedarf

Eine einheitliche Definition der Qualität in der Pflege ist bisher nicht vorhanden.

THESEN

Um die Grundlagen für die Qualitätsüberprüfung zu schaffen, sind einheitliche Qualitätskriterien zu definieren und anzuwenden.

¹⁰ Gestützt auf www.fischer-zim.ch/artikel/Pflege-Leistung-Qualitaet-9802-Nova.htm , 12.9.02, Wolfram Fischer, Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin

4.4 Pflegepersonal

4.4.1 Personalbedarf

Situation heute

In den letzten Jahren hat sich der Personalbestand in der Pflege stark verändert. Dies hängt mit dem gestiegenen Pflegebedarf, der nötigen Einführung von Nachtwachen, den höheren Qualitätsansprüchen und den Erfordernissen im administrativen und planerischen Bereich zusammen.

Die Statistik der letzten drei Jahre zeigt dies deutlich.

Pflegepersonal in Zuger Heimen¹¹

	1999	
	Stellen	%
Diplomiertes Personal	116.76	47
Assistenz und Hilfen	131.18	53
Total Pflegepersonal	247.94	100

2000	
Stellen	%
122.50	46
142.60	54
265.10	100

2001	
Stellen	%
134.29	43
175.69	57
309.98	100

Spitex-Personal im Kanton Zug¹²

	1998	
	Stellen	%
Diplomiertes Personal	30	30
Assistenzpflege	19	19
Pflegekurse	13	13
Andere Ausbildungen	9	9
Hilfen	28	28
Total Pflegepersonal	99	100

1999	
Stellen	%
32	42
10	13
11	14
5	6
19	25
77	100

2000	
Stellen	%
34	43
11	14
14	18
5	6
15	19
79	100

2001	
Stellen	%
34	43
11	14
14	18
5	6
15	19
79	100

Der Personalbestand wird sich vor allem im Bereich Pflege weiter entwickeln, und zwar in qualitativer und quantitativer Hinsicht. Die Anteile von diplomiertem, Assistenz- und Hilfspersonal blieb in etwa gleich, wobei in der Spitex der Anteil diplomierter Personen zu- und in den Heimen abnahm. In Zukunft wird das diplomierte, Assistenz- und Hilfspersonal separat auszuweisen sein, wie dies bei der Spitex bereits üblich ist.

Die Rekrutierung des benötigten Personals, insbesondere von diplomierten Personen, ist nicht einfach. Es hat sich in den letzten Jahren gezeigt, dass die Leistungserbringer grosse Anstrengungen dafür unternehmen müssen.

Handlungsbedarf

Der voraussichtliche Personalbedarf wird weiterhin ansteigen. Es ist mit genügend Ausbildungsplätzen darauf zu achten, dass ausreichend qualifiziertes Personal für die Langzeitpflege zur Verfügung steht. Auf der Basis der prognostizierten Entwicklung des Pflegebedarfs kann auch der Personalbedarf ermittelt werden.

¹¹ ZIGA-Statistik

¹² Spitex-Statistik des Bundesamtes für Sozialversicherung

THESEN

**Die Langzeitpflege wird in den kommenden Jahren zusätzliches Personal benötigen. Die Schaffung von Ausbildungsmöglichkeiten und die Erhaltung von guten Arbeitsbedingungen sind nötig.
Das Personal wird konsequent im Umgang mit der hohen Belastung unterstützt.**

4.4.2 Ausbildung und Arbeitssituation

Situation heute

Im Zuge der Umgestaltung des schweizerischen Bildungswesens hat auch der Pflegeberuf grosse Veränderungen erfahren. So wurden die Spezialausbildungen (Kinderkrankenschwester, Psychiaterkrankenschwester etc.) in Grundausbildungen Diplommiveau I und II zusammengefasst. Aufgrund der revidierten Ausbildungsbestimmungen wurde auch die Berufsbezeichnung der Krankenschwester in diplomierte Pflegefachfrau, respektive diplomierter Pflegefachmann geändert.

Die einzelnen Schulen bieten Schwerpunkte an, müssen jedoch alle Fachrichtungen unterrichten und einen Grundlehrplan einhalten. Die interkantonale Schule für Pflegeberufe, Baar, hat sich auf den Schwerpunkt Langzeitpflege-Geriatrie spezialisiert.

Die Schulen für Pflegeberufe vermögen die Nachfrage nach Fachpersonal nicht zu befriedigen. Aus diesem Grund und weil nicht für alle Tätigkeiten qualifiziertes Pflegepersonal benötigt wird, sind weitere Ausbildungen entstanden oder im Entstehen begriffen. Diese Ausbildungen entstehen vor allem im unteren Bildungssegment.

Die Schule für Pflegeberufe in Baar bietet mit der neuen 3-jährigen Lehre „Fachangestellte Gesundheit“ eine Ausbildung auf Sekundarstufe II an, die bereits jungen Menschen gleich nach der obligatorischen Schulzeit den Einstieg in die Arbeit im Gesundheitswesen ermöglichen, wobei die Berufsausbildung in praktischer Hinsicht in einem Lehrbetrieb erfolgt. Im Beschrieb heisst es: „Die Fachangestellten Gesundheit leisten einen wichtigen Beitrag zur Gesundheits- und Krankenpflege. Sie kümmern sich um das Wohl der Menschen, die in ihrer Gesundheit beeinträchtigt und deshalb auf Unterstützung angewiesen sind.“

Im weiteren besteht eine zweijährige berufsbegleitende Ausbildung zur BetagtenbetreuerIn.

Es wird davon ausgegangen, dass die Pflege und Betreuung in Zukunft kombiniert durch diplomiertes, Assistenten- und Pflegehilfspersonal erbracht wird.

Grosse Anstrengungen sind in der Fort- und Weiterbildung zu erbringen. Dies hängt mit den allgemeinen Neuerungen im Pflegebereich und mit den Qualitätsanforderungen zusammen.

In den letzten Jahren machten die Pflegenden vermehrt auf bestehende Probleme bei der Arbeitssituation aufmerksam. Die Arbeits- und gleichzeitig die psychische Belastung haben zugenommen. Neben der Entlohnung fordern Pflegenden mehr Handlungs- und Entscheidungsspielraum.¹³

Zur Zeit wird vom zürcherischen Verband der stationären Einrichtungen ein Ausbildungsverbund angestrebt. Dieser soll einen qualitativ und quantitativ ausgewogenen Berufsnachwuchs, sowie die berufsorientierte Weiterbildung im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege sicherstellen.

¹³ vgl. Gesundheitswesen Schweiz, Pflege, Urs Weyermann und Monika Brechbühler, Konkordat der schweizerischen Krankenversicherer, 2001

Handlungsbedarf

Im Zuge der Umgestaltung des schweizerischen Bildungswesens wurden die Qualitätsanforderungen in der Regel angehoben. Um genügend und geeignetes Personal rekrutieren zu können, sind weitere Ausbildungsanstrengungen zu unternehmen.

Es ist darauf zu achten, dass neue Ausbildungen die Anforderungen der Langzeitpflege umfassend berücksichtigen und nicht allein Bildungsgänge im unteren Bildungssegment konzipiert werden, auch wenn der Spardruck und der Zwang weiteres Personal zu benötigen dazu verleiten könnten.

Die Leistungserbringer erarbeiten Fort- und Weiterbildungskonzepte. Es ist sinnvoll, eine Anzahl Schulungstage für das Personal zu empfehlen und in den Leistungsvereinbarungen festzuhalten.

Die Arbeitssituationen sind so auszugestalten, dass Pflegende im Beruf verbleiben und genügend Menschen den Pflegeberuf ergreifen.

THESEN

Die Ausbildungen und die Fort- und Weiterbildung richten sich an den Bedürfnissen der fachgerechten Pflege und Betreuung aus.

4.4.3 Personalschlüssel

Situation heute

Um den Personalbedarf errechnen zu können, ist der Pflegebedarf mit den Anzahl Stellen zu verknüpfen. Bisher gibt es keine Personalschlüssel, die in der Langzeitpflege verbindlich sind. Ein eigentlich validiertes System für eine Stellenplanberechnung existiert in der Schweiz nicht. Der erwartete Pflegebedarf aus dem Pflegenachweissystem ist in Stellenprozente des Pflegepersonals umzurechnen. Nur so entsteht eine Verbindung zwischen der Pflegeleistung und dem dafür benötigten Personal.

Ein wesentliches Kriterium in der Langzeitpflege ist die Kombination des Personals mit den unterschiedlichen Qualifikationen. Mit diesem Verhältnis werden die Kosten wesentlich vorbestimmt und die Qualität beeinflusst. Gemäss der Statistik der ZIGA ist das Verhältnis beim Personal im Kanton Zug im Jahr 2001 43% diplomiertes Personal gegenüber 57% Assistenz- und Hilfspersonal. Je nach Institution ist der Personalschlüssel unterschiedlich.

Der Krankenkassenverband wird in Zukunft vermutlich vorschreiben, welche Leistungen von welchem Pflegepersonal mit welcher Qualifikation erbracht werden muss. Andernfalls werden die Leistungen von den Kassen nicht bezahlt. Welchen Personalschlüssel diese Vorgaben im stationären Bereich ergeben werden, ist noch ausstehend. Bei der Spitalexternen Krankenpflege ist dies in der Grundpflege bereits erfolgt. So legen die Mindestanforderungen an das Personal in der Grundpflege von KundInnen zu Hause (MAP) fest, dass je nach Situation, welche den Gesundheitszustand und das soziale Umfeld umfasst, eine Mitarbeiterin mit einem bestimmten Diplom zum Einsatz kommen muss.

Handlungsbedarf

Für die Langzeitpflege muss sichergestellt werden, dass praktikable, sinnvolle und wirtschaftliche Lösungen bezüglich Schlüssel Personal/Pflegebedarf und Zusammensetzung des Personals gefunden werden.

THESEN

Der Stellenschlüssel und die Zusammensetzung des Pflegepersonals bestimmen auch die Kosten. Die erwünschte Pflege im Kanton Zug ist deshalb unter fachlichen, finanziellen und Dienstleistungsaspekten zu diskutieren. Die angestrebte Pflege ist zu definieren.

4.4.4 Personalkosten

Situation heute

Alle Institutionen der Langzeitpflege im Kanton Zug haben individuelle Anstellungsbedingungen und Besoldungsregelungen. Die Einführung des Gesamtarbeitsvertrages durch die Spitalbetriebe Baar-Zug AG hat dazu geführt, dass die Besoldung und die Arbeitsbedingungen auf kantonaler Ebene unter allen Arbeitgebern im Gesundheitswesen grob abgestimmt wurden.

Die Löhne für das Personal sind in den vergangenen Jahren weit über die Teuerung hinaus angehoben worden. Dies hängt mit der Verknappung des Personals und dem gestiegenen Bedarf, dem Nachholbedarf im Vergleich zu anderen Berufen (Lohnklagen) und gesteigerten Anforderungen zusammen.

Handlungsbedarf

Eine ungesunde Kostenspirale - verursacht durch die Konkurrenz zwischen den Anbietern der Langzeitpflege im Kanton Zug - muss verhindert werden. Die Lohnbedingungen, Kostenschlüssel und Nebenleistungen sind deshalb in einer Bandbreite von den subventionierenden Gemeinwesen festzulegen.

THESEN

Die Kostenspirale - verursacht durch Personalverknappung und übermässige Konkurrenz - wird verhindert.

4.4.5 Zusammenarbeit Pflegepersonal – Angehörige

Situation heute

„Verschiedene belastende Faktoren, insbesondere die Abnahme von Urteilkraft, Handlungsfähigkeit und Orientierungssinn des betreuten Menschen, führen oft dazu, dass sich pflegende Angehörige überfordert und isoliert fühlen. Die Verwandtenpflege sollte vermehrt durch Hilfsangebote unterstützt werden. Entlastend und hilfreich sind auch Kurse, geleitete Gruppen und Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige.“¹⁴

Im Kanton Zug werden Angehörige von betreuungsbedürftigen Personen nicht systematisch unterstützt, obwohl sie der Gesellschaft einen grossen Dienst erweisen. Pflegende Angehörige benötigen unterstützende und beratende Gespräche mit Fachpersonen, in denen sie Informationen über die Erkrankung und praktische Hilfestellungen für den Umgang mit pflegebedürftigen PatientInnen erhalten.

¹⁴ zitiert nach Gesundheitswesen Schweiz, Freiwilligenarbeit und Verwandtenpflege, Peter C. Meyer, Konkordat der schweizerischen Krankenversicherer, 2001

ten. Ausserdem brauchen pflegende Angehörige ein breites Entlastungs-Angebot, damit sie ihre eigenen Kräfte wieder aufbauen und von der Pflege nicht überfordert werden.

Der Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Angehörigen kommt deshalb ein grosser Stellenwert zu. Im stationären Bereich gibt es keine Konzepte für den Einbezug der Angehörigen.

Handlungsbedarf

Soll eine geeignete und qualitativ hochstehende Betreuung und Pflege angestrebt werden, ist die Betreuungs- und Pfl egetätigkeit der Angehörigen einzubeziehen. Die Rolle, Rechte und Pflichten der Angehörigen von LangzeitpflegepatientInnen über die finanziellen Belange hinaus sollten geklärt werden.

THESEN

Der Unterstützung, Pflege und Betreuung durch Angehörige ist der richtige Stellenwert zukommen zu lassen.

Die Zusammenarbeit zwischen professionellem Pflegepersonal und den Angehörigen wird in der ganzen Langzeitpflege konzeptionell zu verankert.

4.4.6 Freiwilligenarbeit in der Pflege

Situation heute

Freiwilligenarbeit wird in allen Bereichen geleistet. In der Pflege sind bisher in grossem Ausmass Familienmitglieder an der Betreuung von kranken Angehörigen beteiligt. „Die Stabilität und Tragfähigkeit von Familie und Verwandtschaft haben in den letzten Jahrzehnten durch Individualisierung und Pluralisierung der Lebensformen sowie demografische Veränderungen abgenommen. In Kompensation des familialen Funktionsverlustes entstanden neue solidarische soziale Netze wie Wohngemeinschaften, Nachbarschaftshilfe, Selbsthilfegruppen und andere Formen der Freiwilligenhilfe. Diese nehmen weiterhin zu. Diese neuen, nicht verwandtschaftlichen Hilfen können geeignet sein, Krankheiten ohne vollständige Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit zu bewältigen.“¹⁵

Die Tätigkeit von Freiwilligen entlastet die Pfl egetätigkeit von Professionellen und Angehörigen. Mit Freiwilligen können Leistungen erbracht werden, die über Basisleistungen hinausgehen und die einen wesentlichen Beitrag zu höherer Lebensqualität leisten können.

Bereits heute werden Freiwillige in verschiedenen Bereichen der Krankenbetreuung und Langzeitpflege (z.B. Mahlzeitendienst, Tixi-Taxi, Cafeteria etc.) eingesetzt.

Handlungsbedarf

Die Tätigkeit Freiwilliger in der Langzeitpflege ist in auch in Zukunft nötig und erwünscht. Die Bereitschaft, Freiwilligenarbeit zu leisten, muss noch besser gefördert und unterstützt werden.

Da der Umfang freiwilliger Betreuung und Pflege unterschiedlich ist, müssen abgestufte Lösungen zur Entlastung und Kombination mit der Freiwilligenarbeit geschaffen werden.

THESEN

Für die Förderung der Freiwilligenarbeit werden Konzepte erarbeitet.

¹⁵ zitiert nach Gesundheitswesen Schweiz, Freiwilligenarbeit und Verwandtenpflege, Peter C. Meyer, Konkordat der schweizerischen Krankenversicherer, 2001

4.5 Angebotsplanung

4.5.1 Organisation der Planung

Situation heute

Die Planung der Angebote erfolgt heute wenig organisiert. Die Leistungserbringer nehmen ihre Erfahrungen zum Anlass, Angebote zu verändern oder neue zu installieren. Die Gemeinden haben kaum Grundlagen und Erfahrungen, um auf die Planung Einfluss zu nehmen. Der Kanton baut auf die bisherige Pflegeheimplanung auf, in welcher neue Angebote und die Entwicklung hin zu ambulanten Angeboten wenig berücksichtigt wird.

Handlungsbedarf

Auf Grund der veränderten Zuständigkeit und der sich ändernden Bedürfnisse in der Betreuung und Pflege muss die Planung des Angebotes neu organisiert und koordiniert werden.

Der Kanton sammelt die nötigen Daten und stellt sie den Gemeinden und Leistungserbringern zur Verfügung. Er legt die Spitalliste (inkl. Pflegeheime) fest und berücksichtigt dabei die Anliegen der Gemeinden sowie die Leitsätze des Langzeitpflegekonzeptes. Präventive, ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote werden berücksichtigt und durch das oben genannte Koordinationsgremium aufeinander abgestimmt.

Die Gemeinden übernehmen die Planung der eigenen Versorgung. Sie sprechen sich für regionale Angebote gegenseitig ab und berücksichtigen dabei regionale Gegebenheiten. Die Leistungserbringer arbeiten im Auftrag der Gemeinden. Sie beobachten die Veränderungen, flexibilisieren ihr Angebot und gehen auf Neuerungen im Rahmen der gemeindlichen Vorgaben selbständig ein.

THESEN

Die Planung des Angebotes umfasst neu alle Bereiche der Langzeitpflege und wird neu organisiert.

4.5.2 Angebotssteuerung

Situation heute

Auf eine bewusste Steuerung wurde bisher verzichtet. Durch subventionierte Angebote wurde der Markt in der Regel auf diese hin gelenkt. Bei nicht verfügbaren Betten im stationären Bereich wurde auf Angebote in anderen Gemeinden ausgewichen.

Mit dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) sollten auch marktwirtschaftliche Mechanismen im Gesundheitswesen eingeführt werden. In der Langzeitpflege besteht in den meisten Gemeinden ein Monopol durch subventionierte Leistungserbringer.

Viele Gemeinden sind dazu übergegangen, mittels Leistungsvereinbarungen einen Teil des Betriebsrisikos den Leistungserbringern zu übertragen. Der Bereich der Pensionskosten liegt heute meist in der Verantwortung der Leistungserbringer. Reine Defizitverrechnungen ohne Leistungsanreiz kommen auch bei den Pflegekosten seltener vor.

Das Gesundheitswesen ist ein gelenkter Markt. Immer wieder wird gefordert, auch Marktmechanismen, insbesondere die Kostenbeteiligung der Dienstleistungsbezüger, einzuführen. Grundleistungen seien zu definieren und zusätzliche wünschbare Leistungen seien durch die PatientInnen zu finanzieren.

Handlungsbedarf

Wie weit marktwirtschaftliche Mechanismen im Gesundheitswesen einzuführen sind und welchen Erfolg diese zeigen können, ist unklar. Bei der Koordination der Angebote der Langzeitpflege muss entschieden werden, welche Konkurrenzsituationen, welche Preisbindungen, welche Mengenbeschränkungen und welche Finanzierungsmechanismen sinnvoll sind.

THESEN

Neben der Steuerung des Angebotes der Langzeitpflege durch die Bedarfsplanung sind auch Marktmechanismen einzuführen.

4.5.3 Erarbeitung und Einsatz der Spitalliste

Situation heute

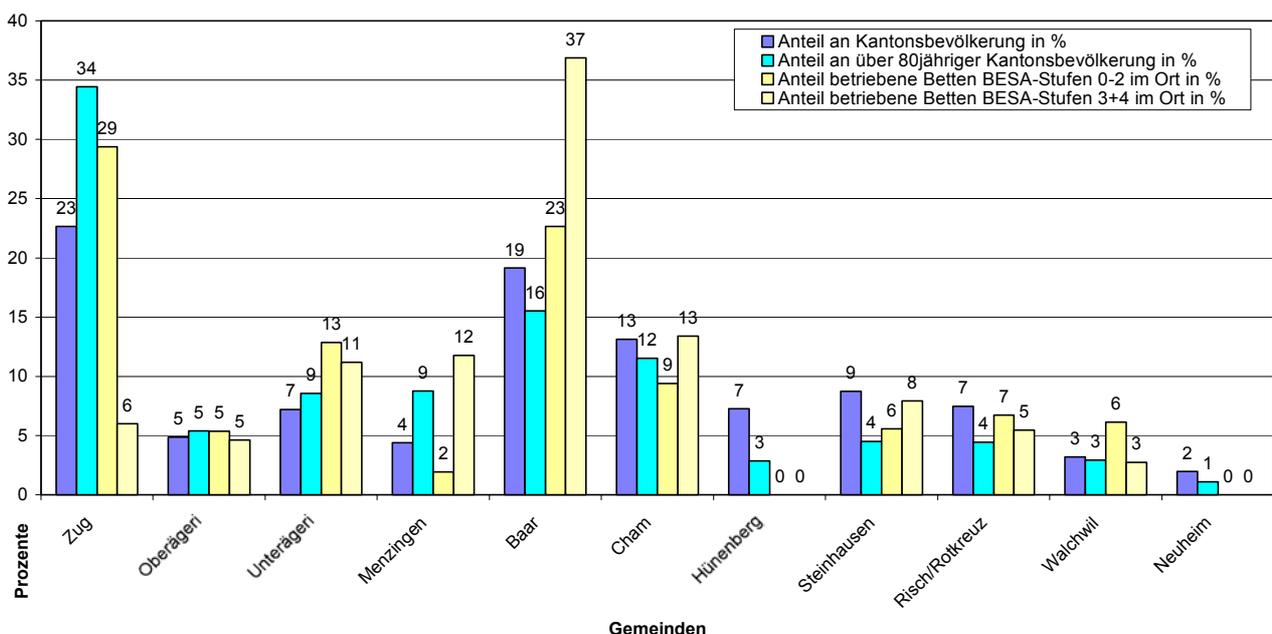
Gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) hat der Kanton die kantonale Planung im Gesundheitswesen vorzunehmen. Ein Mittel ist die sogenannte Spitalliste, die festlegt, welche Leistungserbringer stationäre Leistungen zu Lasten der Grundversicherung mit den Krankenkassen abrechnen können.

Der Regierungsrat hat an der Sitzung vom 24. Juni 1997 die Spitalliste mit den gemeindlichen Alters- und Pflegeeinrichtungen genehmigt. Diese Liste wurde mit Vertretern der ZIGA und den Krankenversicherern erarbeitet. Seither wurde die Spitalliste durch das neu erbaute Betagtenzentrum Neustadt, Zug, ergänzt. Das Seemattli in Oberägeri wurde geschlossen und das Altersheim Neudorf in Menzingen wurde zur Führung dem Zentrum für Pflege und Betreuung Luegeten übertragen.

Alle zugersischen Gemeinden ausser Hünenberg und Neuheim verfügen über mindestens eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege, die auf der Spitalliste berücksichtigt ist.

Anteile betriebene Betten im Vergleich zu den Einwohnerzahlen in Prozenten

(Eröffnung des Betagtenzentrums Neustadt noch nicht berücksichtigt)



Die Verteilung der betriebenen Betten pro Gemeinde im Vergleich zu den Bevölkerungszahlen zeigt ein recht unterschiedliches Bild. Die Grafik stellt den Standort der Institution in den Mittelpunkt. Die

Herkunft der in den einzelnen Gemeinden untergebrachten Personen kann mit der bisherigen Statistik nicht eruiert werden und bleibt hier unberücksichtigt.

Die Belegung des 2001 eröffneten Betagtenzentrum Neustadt konnte bei dieser Grafik noch nicht berücksichtigt werden, weil die Belegung Ende Jahr nicht auf das ganze Jahr umgerechnet werden konnte. Die Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm nehmen aus allen Gemeinden Personen auf und wirken ausgleichend. Es sind aber auch in den anderen Institutionen Personen aus anderen Gemeinden untergebracht.

Die Spitalliste ist ein Planungsinstrument. Damit soll erreicht werden, dass die Menge an Leistungsmöglichkeiten beschränkt wird. Im stationären Bereich erfolgt diese Beschränkung über eine festgelegte Bettenkapazität. In diesem Sinne wurde auf der Spitalliste pro Institution eine Richtzahl zwischen 25-30% der BewohnerInnen als schwerer pflegebedürftig festgelegt. Die Bedeutung dieser Pflegebettenzahl ist allgemeiner Natur und gilt als Richtgrösse in der kantonalen Planung. Die vorhandenen Betten werden heute zum Teil anders belegt, als in der Planung vorgesehen war.

Institutionen der Langzeitpflege 1999-2001

Vergleichszahlen Planbetten - effektive Belegung

Institutionen	Bestand		Belegung	Durchschnittlich belegte Betten Besa 0-2				Durchschnittlich belegte Betten Besa 3+4			
	Planung	Ist	in %	Plan bis 2005	1999	2000	2001	Plan bis 2005	1999	2000	2001
Zug											
Alterszentrum Herti	75	75	101.3	52	66	69	67	23	8	6	9
Altersheim Waldheim	54	54	90.7	38	49	50	44	16	5	2	5
Altersheim Mülimatt	50	47	102.1	35	41	38	40	15	8	10	8
Betagtenzentrum Neustadt*	72	76	Noch nicht berücksichtigt	36				36			
Total	251	252	98.3	161	155	157	151	90	21	18	22
Oberägeri											
Betagtenheim Breiten	43	45	100.0	30	28	27	28	13	12	19	17
Seemattli	12	0	0.0	8	0	0	0	4	0	0	0
Total	55	45	100.0	38	28	27	28	17	12	19	17
Unterägeri											
Stiftung Chlösterli	74	77	97.4	52	46	41	38	22	25	33	37
Stiftung Annahof Ägeri	40	40	70.0	25	25	27	28	15	6	3	0
Klinik Adelheid*	15	7	71.4	0	0	1	1	15	4	5	4
Total	129	124	87.1	77	71	69	67	52	36	41	41
Menzingen											
Altersheim Neudorf	19		0.0	13	17	15	0	6	1	2	0
Pflegezentrum Luegeten*	52	61	86.9	0	10	8	10	52	51	44	43
Total	71	61	86.9	13	27	23	10	58	52	46	43
Baar											
Martinspark /Bahnmatt	146	160	98.8	102	111	117	111	44	47	45	47
Pflegezentrum Baar*	100	93	102.2	0	7	11	7	100	93	87	88
Total	246	253	100.0	102	119	128	118	144	140	132	135
Cham											
Altersheim Büel	71	70	100.0	50	61	53	47	21	12	14	23
Pflegezentrum Ennetsee*	30	28	100.0	0	2	1	2	30	30	27	26
Total	101	98	100.0	50	63	54	49	51	41	41	49
Hünenberg											
Einrichtung geplant			0.0								
Total			0.0								
Steinhausen											
Sen.zentrum Weiherpark	41	39	105.1	29	31	30	29	12	9	11	12
Behütetes Wohnen	17	20	85.0	0	0	3	0	17	16	19	17
Total	58	59	98.3	29	31	33	29	29	25	30	29
Risch/Rotkreuz											
Alterszentrum Dreilinden	50	56	98.2	35	34	35	35	15	14	16	20
Total	50	56	98.2	35	34	35	35	15	14	16	20
Walchwil											
Alterswohnheim Mütschi	46	42	100.0	33	37	35	32	13	4	10	10
Total	46	42	100.0	33	37	35	32	13	4	10	10
Neuheim											
keine Einrichtung			0.0								
Total			0.0								
Kanton Zug total	1007	990	96.8	538	562	561	519	469	345	353	366

* Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm (Belegung Betagtenzentrum Neustadt konnte für das Jahr 2001 noch nicht berücksichtigt werden)

Leichter pflegebedürftige PatientInnen sind bisher durch die kantonale Planung nicht erfasst. Bei einem stationären Aufenthalt in einer der auf der Spitalliste aufgeführten Institution werden Pflegeleistungen mit den Krankenkassen abgerechnet.

Nicht geregelt sind die Pflegeleistungen in teilstationären Einrichtungen.

Handlungsbedarf

Die nur mit der Richtzahl von Pflegebetten (BESA 3 und 4) geführte Spitalliste ist nicht mehr aktuell und sollte durch weitere Richtzahlen (BESA 0-2) ergänzt werden.

Teilstationäre Einrichtungen müssen in der Planung (allenfalls in der Spitalliste) erfasst und kantonal geregelt werden.

Der Wunsch, trotz benötigter stationärer Langzeitpflege im eigenen Wohnort verbleiben zu können, ist gross. Die Berücksichtigung von Pflegeeinrichtungen in allen Gemeinden sollte ermöglicht werden.

THESEN

Die Planung der Langzeitpflege über den ganzen Kanton wird laufend aktualisiert.
Teilstationäre Einrichtungen werden auf der Spitalliste berücksichtigt.
Allen zugersischen Gemeinden wird bei Bedarf ermöglicht eigene stationäre Langzeitpflegeangebote einzurichten.

4.5.4 Erstellen der Bevölkerungsstatistik

Situation heute

Im Kanton Zug besteht kein statistisches Amt, welches die Bevölkerungsentwicklung pro Gemeinde erfasst und Prognosezahlen veröffentlicht. (vgl. Kapitel demografische Entwicklung).

Bei der Entwicklung dieses Konzeptes wurde der Mangel an längerfristigen Daten erkannt. Die Daten der Einwohnergemeinden sollen in Zukunft elektronisch weiterverarbeitet werden, damit längerfristige Planungen möglich sind.

Handlungsbedarf

Die Entwicklung der Bevölkerung (unter Berücksichtigung von Sterberaten, Wanderungssaldi etc.) dient in vielen Bereichen als Basis für Planungen. Die Organisation dieser wichtigen Statistik ist zu klären.

THESEN

Pro Gemeinde werden auf statistischer Basis Prognosen für die Bevölkerungsentwicklung geführt.

4.5.5 PatientInnenstatistik

Situation heute

Zur Zeit werden durch verschiedene Stellen unterschiedliche Daten erhoben. Zum Teil werden die Daten doppelt verlangt. Das statistische Amt des Kantons Luzern führt für den Kanton Zug die sozialmedizinische Statistik. Der Kantonalverband der Spitex erhebt die Daten der zugersischen Spitexor-

ganisationen. Die Zugerische Interessensgemeinschaft der Alterseinrichtungen (ZIGA) fasst die Leistungs-, Finanz- und Personaldaten der angeschlossenen Institutionen seit 1999 zusammen. Dadurch sind die Daten der stationären Einrichtungen und der Spitex-Organisationen relativ gut erfasst. Leider lässt sich der Pflegebedarf wegen der unterschiedlichen Ermittlung nicht vergleichen. Über den präventiven und den medizinisch-therapeutischen Bereich sind wenig Daten vorhanden. Der teilstationäre Bereich fehlt bisher weitgehend und es können über das Bedürfnis nach solchen Einrichtungen kaum Aussagen gemacht werden.

Die Bereitstellung statistischer Daten über die gesamte Langzeitpflege wird als Aufgabe des Kantons erachtet.

Handlungsbedarf

Die Datenlage bezüglich Ist-Situation der ganzen Langzeitpflege für eine kurz-, mittel- und langfristige Planung der Angebote ist ungenügend.

Für die Erhebung statistischer Daten für den Kanton Zug sind klare Vorgaben zu formulieren, die es ermöglichen, die Daten unter den Gemeinden und soweit möglich mit anderen Kantonen zu vergleichen (Bevölkerungszahl, Bevölkerungsanteile pro Jahrgang, Gesundheitszustand von Personen in Institutionen, Gesundheitszustand von Personen zu Hause, Anforderungen an Spezialbetreuungen etc.).

In der PatientInnenstatistik sollen mindestens folgende Daten erfasst werden:

Alter, Geschlecht, bisheriger Wohnort, soziale Wohnsituation, Gesundheitszustand, Pflegebedarf, geleistete Pflege und durch welche Organisation, Gründe für den Beizug der Pflegeorganisation, Grund für die Beendigung der Pflege, Leistungen durch andere Organisationen, Angehörige und Nachbarn

Mit der Erfassung von Daten ist umgehend zu beginnen, um die Grundlage für die Planung zu verbessern.

THESEN

Es wird umgehend mit einer PatientInnen-Statistik über die ganze Langzeitpflege mit klaren Erfassungsvorgaben begonnen.

4.5.6 Bedarfsprognose/rollende Planung

Situation heute

1997 wurde für die Spitalliste die kantonale Planung überprüft und folgende Kennzahlen für die schwereren Pflegefälle (BESA 3 und 4) festgehalten:

pro 1000 Personen zwischen 0 und 64 Jahren	3 Pflegebetten
pro 1000 Personen zwischen 65 und 79 Jahren	11 Pflegebetten
pro 1000 Personen über 80 Jahren	130 Pflegebetten

Diese Richtwerte konnten mit der effektiven Situation verglichen werden. So lebten im Jahr 2001 3024 Personen über 80 Jahre im Kanton Zug. In den stationären Einrichtungen des Kantons Zug waren Ende Jahr ca. 380 Personen in den Pflegestufen 3+4 eingeteilt. Dies entspricht in etwa dem Anteil von 13%. Bei der Erhebung der Personen pro Pflegestufe fehlen aber die Altersangaben, so dass keine definitive Aussage erfolgen kann. Die Richtwerte machen lediglich Aussagen für den ganzen Kanton Zug und berücksichtigen Abweichungen in einzelnen Gemeinden nicht.

Keine Richtwerte bestehen bei den leichteren PflegepatientInnen in stationären Einrichtungen oder für ambulante und teilstationäre Angebote

Handlungsbedarf

Um die Planung des Kantons und der Gemeinden zu ermöglichen, ist eine Statistik aufzubauen, die es ermöglicht, die bestehenden Richtwerte zu überprüfen, neue Richtwerte für die einzelnen Angebote zu formulieren sowie gegenseitige Abhängigkeiten darzustellen.

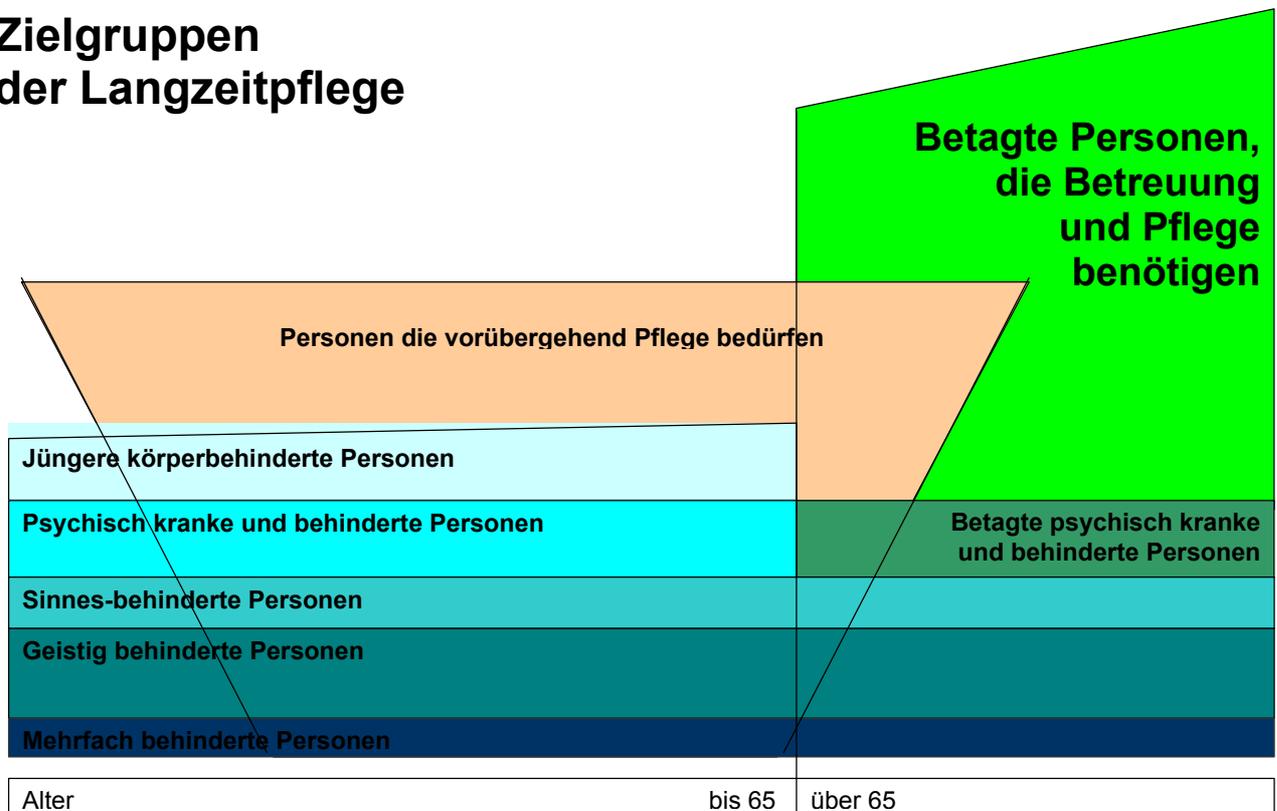
THESEN

Für die einzelnen Angebote der Langzeitpflege werden Richtwerte auf Grund von Bevölkerungszahlen erarbeitet, welche laufend überprüft werden.

4.6 Zielgruppen in der Langzeitpflege

4.6.1 Übersicht über die Zielgruppen der Langzeitpflege

Zielgruppen der Langzeitpflege



4.6.2 Betreuung und Pflege betagter Personen

Situation heute

Infolge der demografischen Entwicklung nimmt die Anzahl der älteren Personen in unserer Gesellschaft laufend zu. Auch bei gleich bleibendem Anteil pflegebedürftiger Personen steigt die Anzahl der zu versorgenden Personen.

In den vergangenen Jahren konnte das Angebot an Spitex und stationärer Langzeitpflege ausgebaut werden. Die Versorgung der älteren Bevölkerung im Kanton Zug darf als gut bezeichnet werden. Im Vergleich zu anderen Kantonen leben im Kanton Zug viele leichter pflegebedürftige Personen in Alters- und Pflegeheimen. Angebote im teilstationären Bereich sind bisher lediglich in geringem Ausmass vorhanden. Im Neubau Pflegezentrum Baar ist auch eine Tageseinrichtung vorgesehen.

Mit der Zunahme älterer Personen steigt auch das Eintrittsalter in Institutionen und die Alterskrankheiten an.

Handlungsbedarf

Die Ansprüche der heutigen und der kommenden Generationen an Wohnraum, Betreuung und Qualität der Pflege sind hoch und werden eher noch zunehmen. Dadurch werden vermehrt individualisierte, massgeschneiderte Lösungen verlangt. Spitex und Alters- und Pflegeheime müssen flexible Angebote bereitstellen. Mit teilstationären Angeboten ist eine Lücke zu schliessen.

Durch die demografische Entwicklung nimmt die Anzahl älterer Personen zu. Auch die Anzahl pflegebedürftiger Personen steigt an. Angebote für Betagte sind in allen Bereichen der Langzeitpflege bereitzustellen.

Die Angebote haben zu berücksichtigen, dass immer mehr Menschen erst in hohem Alter auf solche angewiesen sind. Der Umgang mit Hochbetagten (Verlangsamung, Zunahme der Hörschwierigkeiten, schlechtere Sicht etc.) stellt neue Anforderungen ans Personal.

Die Alterskrankheiten und die Zunahme der Mehrfachproblematiken sind eine besondere Herausforderung.

THESEN

Die Angebote der Langzeitpflege für betagte Mitmenschen werden ergänzt und flexibilisiert.

4.6.3 Betreuung und Pflege für jüngere körperbehinderte Personen

Situation heute

Die Betreuung und Pflege von jüngeren Personen wird allgemein nicht der Langzeitpflege zugerechnet. Sie ist anders organisiert und finanziert als die Betreuung und Pflege von Betagten.

Jüngere körperbehinderte Menschen haben umfassende Bedürfnisse und möchten trotz ihrer Behinderung weitgehend selbstbestimmt leben.

Für jüngere körperbehinderte Menschen gibt es im Kanton Zug zur Zeit noch keine den Bedürfnissen angepasste stationäre Einrichtung. Im ambulanten Bereich bestehen zum Teil Dienstleistungsangebote an Randzeiten, vor allem abends, damit die Betroffenen am sozialen und kulturellen Leben teilhaben können.

Handlungsbedarf

Fehlenden Einrichtungen sind bei ausgewiesenem Bedarf zu schaffen¹⁶. In der Planung des Pflegezentrums Baar wurde das Anliegen nach Plätzen für jüngere körperbehinderte Menschen bereits aufgenommen.

THESEN

Ausreichende und auf die Bedürfnisse jüngerer körperbehinderten Menschen angepasste Einrichtungen und Angebote werden im Kanton Zug neu geschaffen.

4.6.4 Betreuung und Pflege von geistig Behinderten

Situation heute

Die Betreuung und Pflege von geistig behinderten Personen wird allgemein nicht der Langzeitpflege zugerechnet. Sie ist anders organisiert und finanziert als die Betreuung und Pflege von Betagten.

¹⁶ Die Umfrage der Pro Infirmis (in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsdirektion) aus dem Jahre 2000 hat gezeigt, dass der Bedarf für eine Wohngruppe für jüngere körperbehinderte Menschen im Kanton Zug ausgewiesen ist.

Für geistig behinderte und mehrfachbehinderte Personen setzen sich im Kanton Zug mit der ZUWEBE und der Stiftung Maihof zwei grosse Institutionen ein und führen verschiedene Betreuungseinrichtungen.

Handlungsbedarf

Die Planung hat ausserhalb der Langzeitpflege in Zusammenarbeit mit den zuständigen Leistungserbringern zu erfolgen.

Die Koordination mit und Abgrenzung zu den Regelungen der Langzeitpflege ist festzuhalten.

THESEN

Die Planung von Angeboten für die Betreuung von geistig Behinderten hat ausserhalb der Langzeitpflege für Betagte zu erfolgen.

4.6.5 Betreuung und Pflege von psychisch Kranken und Behinderten

Die Betreuung und Pflege von psychisch kranken oder behinderten Personen wird allgemein nicht der Langzeitpflege zugerechnet. Sie ist anders organisiert und finanziert als die Betreuung und Pflege von Betagten.

Laut Spitalgesetz ist der Kanton für die Versorgung und Finanzierung in der Akutmedizin inklusive Psychiatrie zuständig, indem er die Investitionskosten und Betriebsdefizite übernimmt. Die Krankenkassen kennen auch hier den Übergang zur Langzeitbetreuung und drängen darauf, psychisch Kranke nach der Akutphase in anderen Institutionen betreuen zu lassen.

Mit dem Wohnheim Ruffin und den Einrichtungen der Stiftung Phönix (Tagesheim, Übergangswohnheim, begleitetes Wohnen, begleitete Wohngruppen und Wohnheim Euw) stehen verschiedene Betreuungs- und Wohnmöglichkeiten zur Verfügung.

Handlungsbedarf

Der Ermessensspielraum bei der Dauer von Akutaufenthalten in der Psychiatrie ist gross und der Übergang in die Langzeitpflege ist nicht klar geregelt. Die Kostenübernahme erfolgt ausserhalb der Langzeitpflegeregelung bei Betagten.

Die Koordination mit und Abgrenzung zu den Regelungen der Langzeitpflege ist festzuhalten.

THESEN

Die Planung von Angeboten für die Betreuung von psychisch Behinderten hat ausserhalb der Langzeitpflege für Betagte zu erfolgen.

4.6.6 Betreuung und Pflege von psychisch kranken Personen im AHV-Alter

Situation heute

In der psychiatrischen Klinik Oberwil bestehen Plätze zur stationären Behandlung von älteren psychisch kranken Personen. Auch in den Alters- und Pflegeheimen sind PatientInnen mit psychischen Alterskrankheiten untergebracht. Die Alterserkrankungen mit psychischen Auffälligkeiten und Veränderungen (Demenz, Alzheimer, Parkinson, Creutzfeld-Jakob etc.) nehmen zu. Daneben leiden auch ältere Personen an den typischen psychiatrischen Krankheitsbildern (Depression, psychotische und schizophrene Krankheiten etc.).

Die Alters- und Pflegeheime haben auf diese Entwicklung mit der Einrichtung von Wohngruppen für Betagte reagiert. In diesen Gruppen ist die Pflege und Betreuung besser möglich als auf den bisherigen Pflegestationen und in den offenen Gesamteinrichtungen.

Die Psychiatrische Klinik Oberwil führt zwei Stationen mit je 24 Plätzen für gerontopsychiatrische PatientInnen. Auch das Pflegezentrum Baar hat sich in Richtung gerontopsychiatrische Einrichtung spezialisiert.

In der teilstationären Betreuung bietet die Psychiatrische Klinik Oberwil Tagespflegeplätze an. Ebenfalls besteht für AlzheimerpatientInnen ein Entlastungsangebot mit Tagesbetreuung.

Handlungsbedarf

Die Behandlung von psychischen Alters- und Akuterkrankungen sind zwei unterschiedliche Fachrichtungen. In beiden Bereichen ist die nötige Spezialisierung zu gewährleisten.

Bisher fehlt im Kanton Zug ein eigentliches gerontologisches Kompetenzzentrum (Zentrum für Alterserkrankungen somatischer und psychischer Natur), das auch in der Lage ist, Mehrfachproblematiken spezialisiert zu behandeln.

THESEN

Die medizinisch-therapeutische Behandlung betagter PatientInnen mit Alterserkrankungen und Mehrfachproblemen erfolgt in einer spezialisierten Einrichtung im Kanton.

4.6.7 Personen, die vorübergehend der Pflege bedürfen

Situation heute

PatientInnen mit einem zeitlich limitierten stationären Betreuungsbedarf, der weder akuthérapeutischen noch im eigentlichen Sinn rehabilitationsmedizinisch ist, fallen zunehmend aus dem stationären Versorgungsnetz. Vorübergehende Aufenthalte können einige Tage bis hin zu mehreren Wochen dauern.

Davon betroffen sind ältere PatientInnen nach schweren operativen Eingriffen. Oftmals können sie noch nicht ambulant betreut werden, benötigen aber auch keine teure Infrastruktur eines Akutspitals oder einer Rehabilitationsklinik. Diese Übergangspflege im Hinblick auf die Rückkehr in das gewohnte Lebensumfeld ist im Krankenversicherungsgesetz (KVG) nicht vorgesehen.

Hinzu kommen Personen, die von Angehörigen gepflegt werden und vorübergehend einer stationären Betreuung bedürfen.

Handlungsbedarf

Die Finanzierung vorübergehender Aufenthalte in stationären Pflegeeinrichtungen sollen geregelt werden. Bestehende Einrichtungen, die heute solche Funktionen übernehmen, sind in die Planung einzubeziehen.

THESEN

Vorübergehende Aufenthalte in stationären Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf die Rückkehr nach Hause und aus Entlastungsgründen werden geregelt.

4.7 Finanzierung

4.7.1 Finanzierung der Langzeitpflege

Situation heute

Die Finanzierung der Angebote in der Langzeitpflege erfolgt unterschiedlich. Die nachfolgende Übersicht kann nicht alle Details darstellen, zeigt aber die Komplexität der Finanzierung in verschiedenen Bereichen.

Im Anhang findet sich eine detaillierte Übersicht über die häufige Aufteilung auf Pensions-, medizinische und Pflegekosten.

Angebotsbereich	Grundversicherung (KVG)	Kostenanteil PatientIn	Andere Versicherungen	Beiträge öffentliche Hand
Präventive Angebote	Finanzierung von Projekten über schweizerische Gesundheitsstiftung	Eigene präventive Bemühungen sind selbst zu bezahlen	Zusatzversicherungen bezahlen persönliche Beiträge an eigene Prävention. Mitfinanzierung von Projekten.	Beiträge an Organisationen, die auch Prävention betreiben.
Spitex KVG-pflichtige Leistungen	Übernahme nach festgelegtem Stundensatz bis maximal 90 Stunden pro Quartal.	Selbstbehalt		Übernahme der ungedeckten Betriebskosten der Spitexorganisationen
Spitex Nicht KVG-pflichtige Leistungen		Festgelegter Stundentarif	Zusatzversicherungen können Anteile übernehmen.	Übernahme der ungedeckten Betriebskosten der Spitexorganisationen
Spitex Mahlzeitendienst		Festgelegter Tarif pro Mahlzeit		Übernahme der ungedeckten Betriebskosten der Spitexorganisationen
Ambulante Angebote	Verordnete medizinische und therapeutische Leistungen	Selbstbehalt und allfällige nicht kassenpflichtige Beratung und Therapie.	Zusatzversicherungen können Anteile im Bereich Alternativmedizin übernehmen.	Kostenbeiträge an gemeinnützige Institutionen. Finanzierung eigener Beratungsdienste.
Teilstationäre Einrichtungen	Finanzierung nach Spitextarif. Beiträge pro Aufenthaltstag sind nicht geregelt.	Selbstbehalt und Betreuungskosten. Pensionskosten sind zu übernehmen. Private Auslagen	Zusatzversicherungen können Anteile übernehmen.	Finanzierung ist nicht geregelt.
Alters- und Pflegeheime	Festgelegte Teilpauschale pro BESA-Stufe und Tag inklusive Fr. 3.00 für Mittel und Gegenstände Kosten für medizinische und therapeutische Leistungen, sowie für Medikamente nach den anerkannten Tarifen.	Selbstbehalt. Pensionskosten Private Auslagen	Beiträge der Hilflosenentschädigung sind für die Pflege zu verwenden. Zusatzversicherungen können meist maximal für zwei Jahre einen Beitrag an die Aufenthaltskosten übernehmen.	Übernahme der ungedeckten Pflegekosten durch die Gemeinde. Beiträge der Gemeinden an die Investitionskosten um tragbare Pensionstaxen zu ermöglichen.

Angebotsbereich	Grundversicherung (KVG)	Kostenanteil PatientIn	Andere Versicherungen	Beiträge öffentliche Hand
Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm	Festgelegte Vollpauschale pro BESA-Stufe und Tag. Deckt die Pflege, die medizinischen und therapeutischen Leistungen, sowie Medikamente und Mittel und Gegenstände im Rahmen der Langzeitpflege.	Selbstbehalt. Pensionskosten Private Auslagen	Beiträge der Hilflosenentschädigung sind für die Pflege zu verwenden. Zusatzversicherungen können meist maximal für zwei Jahre einen Beitrag an die Aufenthaltskosten übernehmen.	Übernahme der ungedeckten Pflegekosten durch die Gemeinde. 60% der Investitionskosten werden durch den Kanton übernommen. Die Gemeinden übernehmen die ungedeckten Investitionskosten durch Tagesbeiträge für ihre PatientInnen.
Einrichtungen für Behinderte	Festgelegte Pauschale pro Aufenthaltstag. Die Unterscheidung zwischen medizinischen Kosten und Pensionskosten wird nicht detailliert vorgenommen. Die medizinischen und therapeutischen Leistungen, sowie Medikamente und Mittel und Gegenstände können meist separat verrechnet werden.	Selbstbehalt Anteil der Kosten für Zimmer, Verpflegung und Administration. Private Auslagen	Beiträge der Hilflosenentschädigung sind für den Aufenthalt zu verwenden. Die Invalidenversicherung finanziert die Einrichtungen für Behinderte mit Investitions- und Betriebsbeiträgen substantiell mit. Häufig sind Behinderte auf Ergänzungsleistungen zur Rente angewiesen, um die nötige Betreuung zu finanzieren. Zusatzversicherungen können meist maximal für zwei Jahre einen Beitrag an die Aufenthaltskosten übernehmen.	Übernahme der ungedeckten Kosten über die Ergänzungsleistungen in erheblichem Umfang. Der Kanton finanziert meist einen Teil der Investitionskosten. Ungedeckte Betriebskosten werden den Gemeinden für ihre Behinderte weiterverrechnet.

Handlungsbedarf

Die verschiedenen Regelungen haben dazu geführt, dass die Leistungen nur sehr schwer vergleichbar sind. Durch die vollständige Übernahme der ungedeckten Pflegekosten in den stationären Einrichtungen wird der Eintritt in eine Institution erleichtert. Ob dies aus ökonomischer Sicht der Gemeinden Sinn macht, ist unklar.

Die Art und der Umfang der Finanzierung der Langzeitpflege ist ein effektives Mittel, um Angebote, die auf bestimmte Situationen angepasst sind, zu bevorzugen. Dadurch können Anreize geschaffen werden, um die Pflege und Betreuung für die Gemeinden am effizientesten und in der gewünschten Qualität zu erbringen. Das System ist jedoch kompliziert und wenig transparent.

Die einzelnen Finanzierungsmöglichkeiten sind einander gegenüber zu stellen und auf die erwünschte Wirkung hin zu untersuchen.

THESEN

Die Finanzierung in der Langzeitpflege ist zu vereinfachen, auf die gewünschte Wirkung hin zu untersuchen und umzugestalten.

4.7.2 Kostenentwicklung und Finanzierung in der Zukunft

Situation heute

Die Kostenentwicklung im Langzeitpflegebereich weist, wie im übrigen Gesundheitswesen, grosse Kostensteigerungen auf. Sie richtet sich nach der Gesamtentwicklung im Gesundheitswesen, dem Bedarf, den Bedürfnissen und der aktuellen konjunkturellen Situation. Ein weiterer, nicht unbedeutender Einflussfaktor im Kanton Zug ist die Lohnpolitik der benachbarten Kantone, welche nachvollzogen werden muss, um Personalprobleme zu vermeiden.

Weitere wichtige Gründe für die Kostensteigerung sind:

- Anstieg der älteren Bevölkerung
- Die gestiegenen Ansprüche der Bevölkerung
- die Anzahl der Alters- und Pflegeheimbetten
- die gesamtschweizerische lohnpolitische Entwicklung
- Veränderungen in der Spitextätigkeit
- höhere Standards und Qualität in der Betreuung und Pflege
- neue Betreuungsformen innerhalb und ausserhalb der heutigen Heimstrukturen.

Um reell eine Kostenentwicklung beurteilen zu können, muss sie im Verhältnis einer Leistungseinheit z.B. pro Tag und PatientIn nach Bereichen wie Pflege, Betreuung, Hotellerie etc. dargestellt und mit ähnlichen Bezugsgrössen im Gesundheitswesen wie Spitex oder Spital verglichen werden können. Vergleichbare Einheiten und deren Kosten zu definieren, ist nur mittels eines analytischen Rechnungswesen möglich, was noch vielerorts fehlt.

Höchste Vollpauschalen für Pflege und medizinische Leistungen in den Pflegeheimen mit regionalem Leistungsprogramm (ohne Adelheid, da dieses keine reine Langzeitpflegeeinrichtung und die Tarife rein kalkulatorisch ermittelt wurden.)

Jahr	1999	2000	2001	2002	2003	Anstieg
BESA-Stufe 1	25.00	26.00	33.00	43.00	35.00	40.0 %
BESA-Stufe 2	83.00	76.00	76.00	86.00	90.00	8.4 %
BESA-Stufe 3	140.00	131.00	131.00	150.00	150.00	7.1 %
BESA-Stufe 4	235.00	220.00	222.00	240.00	255.00	8.5 %

Höchste Pflorgetaxe pro Person und Tag in den Alters- und Pflegeheimen

Jahr	1999 ¹	2000 ¹	2001 ²	2002 ²	2003 ^{2/3}	Anstieg
BESA-Stufe 1	25.00	25.00	23.00	36.00	29.00	16.0 %
BESA-Stufe 2	42.00	42.00	63.00	70.00	82.00	95.2 %
BESA-Stufe 3	82.00	83.00	122.00	120.00	136.00	65.8 %
BESA-Stufe 4	164.00	166.00	199.00	204.00	231.00	40.9 %

¹Zahlen nicht von allen Alters- und Pflegeheimen erfasst.

²Inklusive MiGeL-Pauschale von Fr. 3.00

³Mit Betagtenzentrum Neustadt

Die Tabelle mit der Entwicklung der Rahmentarife in den stationären Einrichtungen gibt einen Überblick über die genehmigten Steigerungen in den vergangenen Jahren. Dabei handelt es sich lediglich um die Kostensteigerung pro PatientIn beim Maximalwert. Die Alters- und Pflegeheime mit tieferen Tarifen hatten zum Teil noch höhere Steigerungsraten zu verzeichnen.

Parallel dazu nimmt aber aus den oben beschriebenen Gründen auch die Anzahl der PatientInnen und damit die Anzahl der erbrachten Dienstleistungen zu.

Spitex-Stunden und Defizitübernahme der Gemeinden des Kantons Zug			
Jahr	1998	1999	2000
Krankenpflege	43'615	42'509	42'504
Haushalthilfe / Hauspflege	92'370	88'624	98'370
Total Stunden	135'985	131'133	140'874
Total Kosten der Spitex	8'600'000	8'400'000	8'500'000
Kosten pro Stunde	63	64	60
Kosten pro Vollzeitstelle	88'660	106'329	107'595
Übernommene Defizitbeiträge der Gemeinden	2'596'631	2'892'669	3'264'348
Kosten der Gemeinde pro Stunde	19.09	22.06	23.17

Im ambulanten Bereich werden gemäss genehmigtem Tarifvertrag die Stundenansätze durch die Krankenkassen abgegolten. Die Kostensteigerung anhand der Betriebsdefizitübernahme durch die Gemeinden ist enorm, obwohl die gemäss Bundesstatistik ausgewiesenen Leistungen kaum zugenommen haben. Die Kostensteigerungen für die Gemeinden ist nur unwesentlich auf mehr Stunden zurückzuführen. Sie beinhaltet eine allgemeine Kostensteigerung und Verschiebungen in der Finanzierung der Spitex-Dienstleistungen. So sinkt der Anteil Bundessubventionen Jahr für Jahr deutlich und die Krankenkassen haben die Tarife in geringerem Ausmass als die Kostenentwicklung angepasst.

Die Zahlen, welche vom Spitex-Verband Zug veröffentlicht wurden, weichen von den Daten in der Bundesstatistik erheblich ab. Wir stützen uns hier auf die Daten des Bundesamtes für Sozialversicherung¹⁷.

Handlungsbedarf

Die Kostensteigerung wird auch bei wirtschaftlicher Führung in Zukunft weitergehen. Höhere Qualitätsanforderungen, eine Zunahme der älteren Bevölkerung sowie höhere Lohnkosten sind nur einige Beispiele dazu. Will man der Kostenentwicklung Einhalt gebieten, sind neue Lösungen gefragt.

Die Kosten ergeben sich aus Menge mal Preis. Auch bei einer wirtschaftlichen Führung steigt der Preis, wenn höhere Qualität, Individualität und Lebensstandard im Zentrum stehen und nicht aufzuhalten sind. Die Menge nimmt ebenfalls zu. Sie fällt im Kostenentwicklungsprozess stärker als der Preis ins Gewicht und verursacht eine zusätzliche Wirkung der einzelnen Kostensteigerungskomponenten. Um die Menge zu beeinflussen und etwas zu reduzieren, mögen folgende Gedanken weiter verfolgt werden:

- Finanzielle Anreize sind zu schaffen, um Krankheiten mit Langzeitpflegefolgen zu reduzieren.
- Präventive Massnahmen sind zu entwickeln, um der Verstärkung der Pflegebedürftigkeit entgegen zu wirken.
- Die Therapie- und Medikamentenforschung im Langzeitbereich ist in Zusammenarbeit mit Bund und Kantonen zu vertiefen.
- Die Solidarität zwischen Jung und Alt ist zu fördern.

Im Bereich Prävention im Alter gibt es bereits verschiedene Angebote, die teils kantonsübergreifend genutzt werden. Es gilt zu prüfen, wie finanzielle Anreize zur vermehrten Nutzung präventiver Angebote führen und ob sich dadurch auch grössere Kosteneinsparungen beziffern lassen.

4.7.3 Finanzierungsgrundsätze und Kostenschlüssel

Situation heute

Die Finanzierung der stationären und der ambulanten Angebote sind wie oben dargestellt unterschiedlich:

Um die Kosten vergleichen zu können, sind einerseits Finanzierungsgrundsätze inhaltlicher und allgemeiner Art zu formulieren. Investitionskostenbeiträge, Abschreibungsverfahren, Eigenleistungen der PatientInnen, Gewinnverwendungen, Vermögensstände, Fremdfinanzierungen etc. beeinflussen auch die Kosten. Solche Grundsätze fehlen bis heute weitgehend, und es ist den einzelnen Organisationen überlassen, für sich die Rechnungslegungsgrundsätze im Rahmen der allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen festzulegen.

Die Kostenrechnungsmodelle sowohl im Spitex- als auch im stationären Bereich sind auf nationaler Ebene ausgearbeitet und sollen in den kommenden Jahren bei den Organisationen eingeführt werden. Diese Lösungen sollen die Kostenstruktur transparenter machen und Preise pro Kostenträger ermöglichen. Die Kostenrechnung des Forums stationäre Altersarbeit Schweiz¹⁸ dient als Basis für die Erstellung der Kostenrechnung in Alters- und Pflegeheimen. Entscheidend für die Preise sind die Umlageschlüssel. Diese sind bisher nicht definiert. Festgelegte Kostenschlüssel beeinflussen die Berechnung der Pflegekosten stark.

¹⁷ Spitex-Statistik des jeweiligen Jahres, Bundesamt für Sozialversicherung, Bern

¹⁸ Handbuch Kostenrechnung und Leistungsstatistik für Pflegeheime, Forum stationäre Altersarbeit Schweiz, Basel 2001

Da die Personalkosten bis zu 80% der Gesamtkosten ausmachen, ist der wichtigste Schlüssel der bereits erwähnte Personalschlüssel, mit welchem die Pflege und Betreuung erbracht wird.

Handlungsbedarf

Gemeinsame Finanzierungsgrundsätze sind nötig, um die Preise unter den Einrichtungen zu vergleichen.

Die Kostenrechnungen bilden die Grundlage für viele Überlegungen bei der Finanzierung der Angebote und müssen einheitlich umgesetzt werden.

THESEN

**Bei Mitfinanzierungen durch die öffentliche Hand werden gleiche Finanzierungs- und Rechnungslegungsgrundsätze angewendet.
Die Kostenrechnungen werden im Kanton Zug einheitlich ausgestaltet.**

- Die Leistungen und Kostenträger werden im Kanton einheitlich definiert.
- Investitionen werden einheitlich gehandhabt.
- Die Abschreibungsverfahren sind einheitlich geregelt.
- Die Kostenrechnung wird vergleichbar ausgestaltet.
- Die Umlageschlüssel werden einheitlich angewendet.
- Es werden gleiche Kennzahlen ausgewiesen (z.B. BESA-Punkte pro Stelle, Pflegekosten pro Pflegestelle, Durchschnittspunktwert pro BESA-Stufe)

Die Leistungserbringer führen in ihren Betrieben die Kostenrechnung ein. Die Kostenrechnung wird in den Alters- und Pflegeheimen und bei den Spitexorganisationen kantonal einheitlich geregelt.

4.7.4 Kostenübernahme durch Krankenkassen

Situation heute

Aufgrund der heute noch bestehenden mangelnden Transparenz bei der Zuordnung und Ausscheidung der Kosten zwischen den medizinischen Pflegeleistungen und den anderen bei Pflegebedürftigkeit notwendigen Massnahmen nicht medizinischer Art, kommen gegenwärtig lediglich Rahmentarife zur Anwendung (Art. 9a KLV).

Gemäss dem Wortlaut von Art. 9a Abs. 2 KLV handelt es sich bei diesem zurzeit geltenden Rahmentarifsystem allerdings um eine Übergangsbestimmung, die so lange in Kraft bleibt, bis die Pflegeheime über eine einheitliche Kostenstellenrechnung (Art. 49 Abs. 6 und 50 Krankenversicherungsgesetz (KVG)) verfügen.

Im Gegensatz zum Spital erfolgt keine Finanzierung der Hotelkosten und der sozialen Betreuung durch die obligatorische Krankenversicherung.

Die Krankenkassen verhandeln den Tarif für die abgegoltenen Leistungen mit den Leistungserbringern. Dieser Tarif ist im stationären Pflegebereich nicht kostendeckend. Gemäss den gültigen Ansätzen im Kanton Zug übernehmen die Krankenkassen etwa ein Drittel der Kosten. Bei der Spitex werden Leistungen durch die Gemeinden mitfinanziert, denen keine Leistung der Grundversicherung gegenübersteht. Es ist nicht ersichtlich, ob der KVG-Tarif die Kosten vollumfänglich deckt.

Seit 2002 nehmen neu auch Vertreter der Gemeinden an den Verhandlungen zur Tariffestlegung teil. Dies ist insofern von Bedeutung, als die Gemeinden die ungedeckten Kosten übernehmen müssen. Sie wollen deshalb auf die Ansätze der Krankenkassen Einfluss nehmen.

Die Tarifvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer sind durch den Regierungsrat des Kantons Zug zu genehmigen. Der im Jahr 2002 gültige Tarif legt folgende Kostenanteile fest.

Spitex-Leistung	Tarif der Krankenkassen 2002	Tarif der Krankenkassen 2003
Bedarfsabklärung und Beratung	60.00 / Std.	61.00 / Std.
Massnahmen der Untersuchung und Behandlung	52.00 / Std.	53.00 / Std.
Massnahmen der Grundpflege	44.00 / Std.	45.00 / Std.

Leistung	Tarife der Krankenkassen 2002		Tarife der Krankenkassen 2003	
	Inkl. Arzt und Therapie	Pflege inkl. Mittel und Gegenstände	Inkl. Arzt und Therapie	Pflege inkl. Mittel und Gegenstände
Langzeitpflege stationär				
BESA 1	16.00 / Tag	10.00 / Tag	18.00 / Tag	12.00 / Tag
BESA 2	36.00 / Tag	25.00 / Tag	43.00 / Tag	32.00 / Tag
BESA 3	57.00 / Tag	40.00 / Tag	70.00 / Tag	53.00 / Tag
BESA 4	77.00 / Tag	60.00 / Tag	82.00 / Tag	65.00 / Tag

Der Tarifvertrag im Spitexbereich wird auch noch im nächsten Jahr gültig sein. Für die stationäre Langzeitpflege konnten für die Jahre 2003 und 2004 leicht ansteigende Tarife ausgehandelt werden.

Handlungsbedarf

Ob die Krankenkassen zur vollen Kostenübernahme im Pflegebereich wirklich verpflichtet werden, wird auf politischer Ebene des Bundes entschieden. Es ist anzustreben, dass über die Krankenversicherung alle medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen finanziert werden.

Weiterhin durch den Regierungsrat zu genehmigen sind die Tarifvereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen.

Die Mitwirkung der finanziell betroffenen Gemeinwesen bei der Festlegung von Tarifen ist von Vorteil. Kommt es zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen bei den Verhandlungen über den Anteil der Kassen zu keiner Einigung, muss der Regierungsrat die Kassenanteile festlegen. Die effektiven Kosten für die Pflege sind dabei zu berücksichtigen.

THESEN

Die Verhandlungen mit den Krankenkassen sind geschlossen und in Zusammenarbeit mit anderen Kantonen zu führen, damit grössere Kostenanteile erreicht werden können.

4.7.5 Rahmentarife in der stationären Langzeitpflege

Situation heute

Wie beschrieben, decken die Tarife der Krankenkassen die Kosten in der stationären Langzeitpflege lediglich zu etwa einem Drittel. Gemäss Spitalgesetz genehmigt der Regierungsrat den Rahmentarif in Langzeitpflege.

Der Regierungsrat des Kantons Zug legte deshalb ab 1999 mittels Rahmentarif die Obergrenze der verlangten Tarife in der stationären Langzeitpflege fest. Dabei wurde zwischen einem Höchsttarif für die Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm und einem Höchsttarif für die Alters- und Pflegeheime unterschieden. Es wurden die effektiven Tarife in den Einrichtungen gutgeheissen.

Handlungsbedarf

Die Verwendung von zwei Rahmentarifen ist auf Grund der erbrachten Leistung nicht gerechtfertigt. Die Pflege in den Altersheimen hat den gleichen Ansprüchen zu genügen wie in den Pflegeheimen. Die Höchstansätze für die Pflegeleistungen sollen in allen Einrichtungen gelten. Darin eingeschlossen sind Spezialangebote, welche nach dem von den Krankenkassen anerkannten System (BESA-System) abrechnen.

Die Darstellung der Kostenanteile der Krankenkassen, PatientInnen und Gemeinden bei Vollpauschale respektive Teilpauschale kann dennoch erfolgen.

THESEN

In der stationären Langzeitpflege wird nur ein Maximaltarif pro Pflegestufe festgelegt.

4.7.6 Kostenteilung Kanton und Gemeinden

Situation heute

Die Aufgabenteilung im Gesundheitsbereich wurde vom Kantonsrat mit dem Hinweis auf Kostenneutralität verabschiedet.

Der Vergleich der laufenden Betriebskosten 1998 zu 2001 zeigt die Auswirkungen des neuen Spitalgesetzes vom 29. Oktober 1998 auf. Die Tabelle¹⁹ mit den berücksichtigten gemeindlichen Ausgaben und den kantonalen Aufwendungen befindet sich im Anhang.

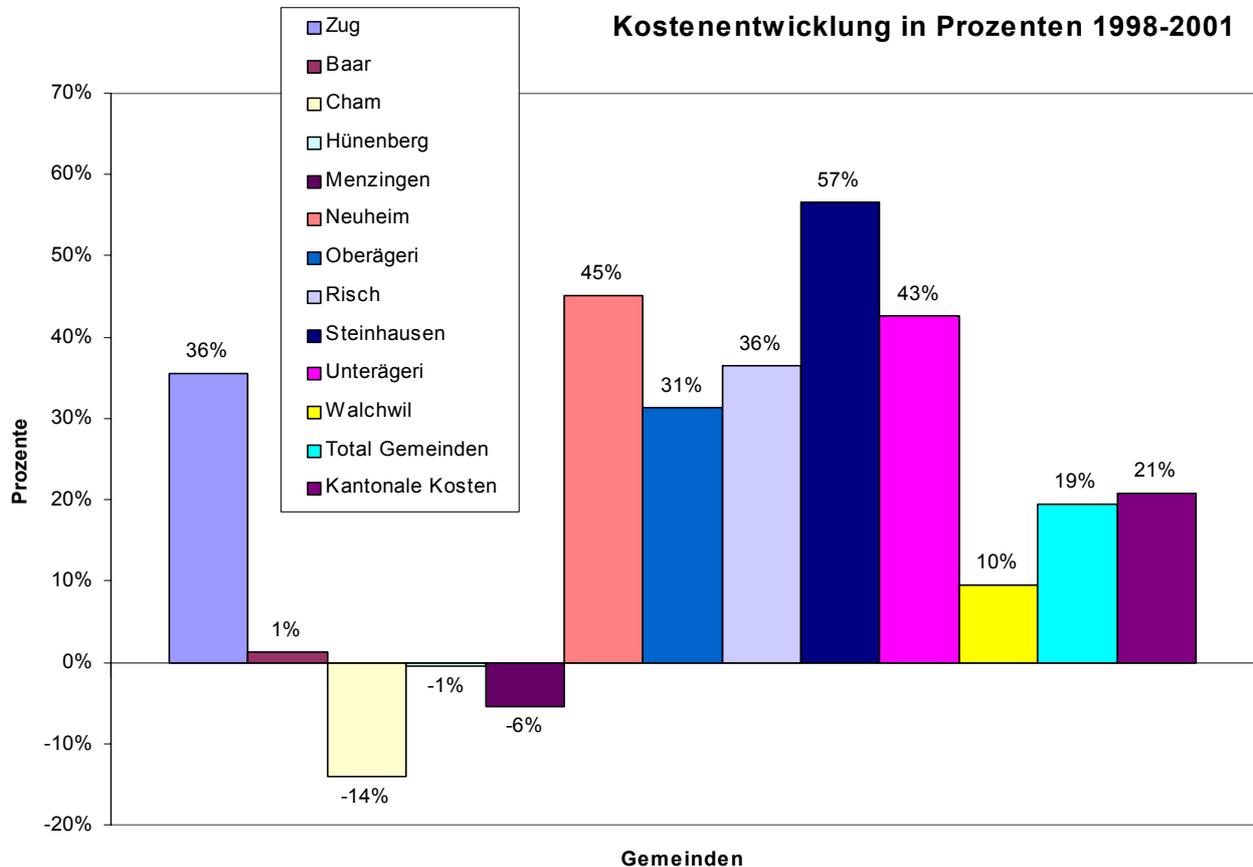
Dieser Vergleich der Betriebsbeiträge zeigt auf, dass die prozentuale Steigerung der Kosten aller Gemeinden und die des Kantons in etwa gleich ist. Die Beitragssumme steigerte sich von 1998 bis 2001 bei den Gemeindebeiträgen um 2.6 Mio. auf 16.2 Mio. bei den Beiträgen des Kantons um 5.9 Mio auf 34.2 Mio. Franken.

Bei den kantonalen Ausgaben wurden die Beiträge für ausserkantonale Hospitalsationen im Vergleich nicht berücksichtigt, mussten doch 1998 und 1999 hohe Nachzahlungen für frühere Jahre geleistet werden.

Die Daten sind wegen verschiedenen Abgeltungssystemen und Leistungsveränderungen nicht zweifelsfrei gesichert. Deshalb kann keine abschliessende Aussage bezüglich der Kostenteilung zwischen Kanton und Gemeinden gemacht werden.

¹⁹ vergleiche Tabelle 6 im Anhang Betriebsbeiträge der Gemeinden und Kantonsbeiträge im Gesundheitswesen, Karl Widmer, Controller, Gesundheitsdirektion 2002

Die Gemeindebeiträge wurden bei allen Gemeinden nachgefragt und anschliessend nochmals bestätigt. Sie weichen jedoch von den Angaben in der Staatsbuchhaltung ab (unterschiedliche Verbuchung).

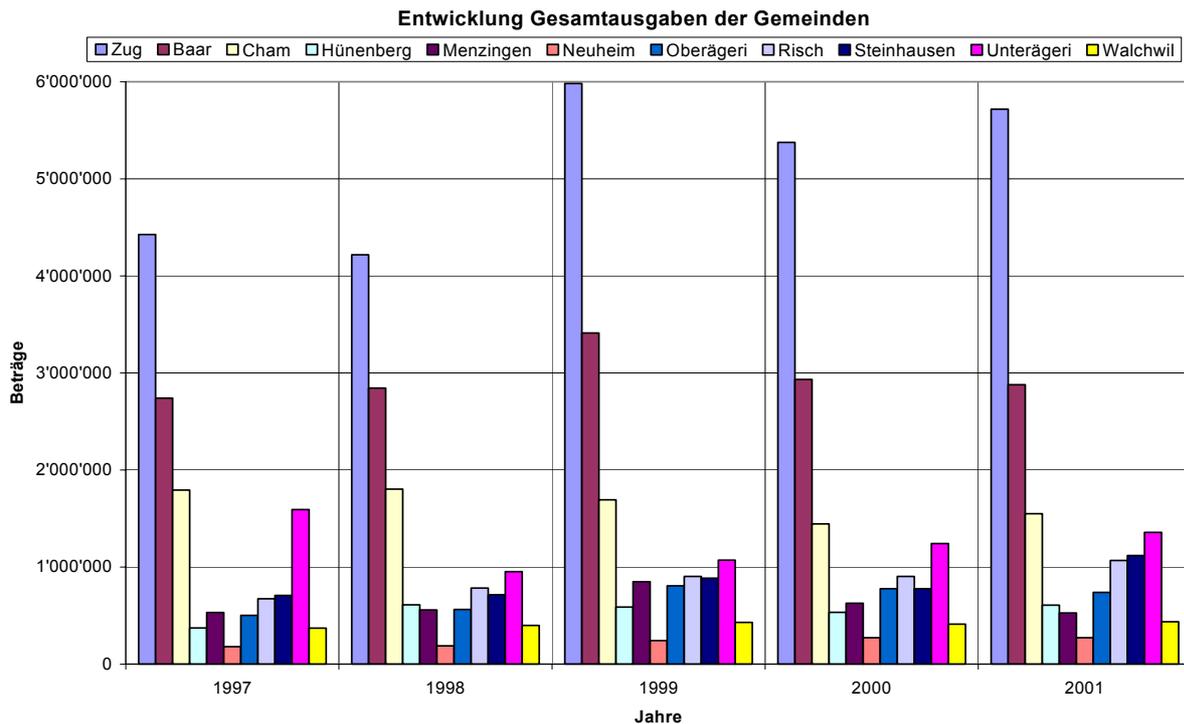


vergleiche Tabelle 6 im Anhang.

Die Kostenentwicklung erfolgte in den Gemeinden jedoch nicht einheitlich, wie die Übersicht darstellt. Sechs von elf Gemeinden bezahlen deutlich mehr laufende Beiträge als vor dem neuen Spitalgesetz. Für fünf Gemeinden brachte es unter Berücksichtigung der allgemeinen Kostensteigerung eher eine Reduzierung der Ausgaben.

Der Kanton weist für Defizitabgeltung im Akut- und Langzeitbereich eine Ausgabensteigerung von 20,79 %, und die Gemeinden leisten insgesamt um 19,50 % höhere Beiträge.

Die folgende Grafik gibt die Entwicklung der Gesamtausgaben der Gemeinden seit 1997 wieder.



vergleiche Tabelle 6 im Anhang.

Im Vergleich nicht separat ersichtlich sind allfällige Leistungserweiterungen, Leistungsanpassungen oder Qualitätsveränderungen, die mit dem neuen Spitalgesetzes nichts zu tun haben, aber als Mehrausgaben erscheinen können.

Das neue Spitalgesetz ändert auch die Finanzierung der Neu- und Umbauinvestitionen. Ein Vergleich der Investitionen ist kaum möglich. Neu- und Umbauinvestitionen fallen unterschiedlich an und verursachen wechselnde Amortisationsbelastungen. Bei einem genaueren Vergleich müssten alle Investitionsvorhaben im Bereich Langzeitpflege detailliert miteinander verglichen werden und die Investitionsrechnungen über Jahrzehnte zurück aufgearbeitet werden.

Handlungsbedarf

Die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden führte zu massiven Verschiebungen für die einzelnen Gemeinden. In der Summe der Gemeinden gleichen sich die Mehrbelastungen der Gemeinden der prozentualen Mehrbelastung des Kantons an.

Verschiebungen bei den Investitionen lassen sich zur Zeit nicht abschliessend beurteilen. Kanton und Gemeinden haben zu prüfen, inwieweit die Belastung durch die Langzeitpflege nochmals zu diskutieren ist, insbesondere wenn weitere Aufgabenteilungen erfolgen.

Bei regionalen und bei Spezialangeboten ist eine Kostenbeteiligung des Kantons zu prüfen.

THESEN

Bei der Ausgestaltung der weiteren Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden ist auch die weitere Entwicklung der Kosten des Gesundheitswesens zu berücksichtigen.

Der Vergleich der Investitionskosten des Kantons und der Gemeinden wird separat erarbeitet.

4.7.7 Ergänzungsleistungen

Situation heute

Die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV helfen dort, wo die Renten und das Einkommen nicht die minimalen Lebenskosten decken. Sie sind ein rechtlicher Anspruch und keine Fürsorge oder Sozialhilfe. Einen Anspruch auf Ergänzungsleistungen haben AHV- und IV-RentnerInnen, deren Existenzbedarf nicht gedeckt ist. Es handelt sich also im Gegensatz zur Übernahme der ungedeckten Pflegekosten um einkommens- und vermögensabhängige Leistungen. Die Ergänzungsleistungen sind zur Deckung des Lebensunterhaltes und der Finanzierung von Krankheits- und Behinderungskosten vorgesehen.

Ergänzungsleistungen werden durch den Kanton ausgerichtet. Die Gemeinden übernehmen 50% der Kosten auf Grund des Steuerertrages. Im Kanton Zug wurden im Jahre 2000 für 11'000 AltersrentnerInnen 860 Ergänzungsleistungen zur AHV von insgesamt 7 Mio. Franken ausbezahlt. Der Kanton Zug hat gesamtschweizerisch die geringsten Pro-Kopf-Ausgaben für Ergänzungsleistungen.

Die Ergänzungsleistungen kennen eine maximale Jahresleistung und bei Aufhalten in Heimen eine Höchstgrenze bei der Übernahme der Pensionstaxen (BESA 0). Diese Grenze ist bei Personen im AHV-Alter tiefer angesetzt als bei Personen unter 65 Jahren.

Die ausserordentlichen Ergänzungsleistungen ermöglichen eine Erweiterung der Leistungen über die Leistungen nach Bundesrecht hinaus.

Handlungsbedarf

Heimeintritte erfolgen in der Regel aus sozialen, psychischen und physischen Gründen. Die soziale Komponente, welche keine Pflegebedürftigkeit auslöst, wird bei der bestehenden Regelung zuwenig berücksichtigt. Die Beschränkung der Übernahme der Pensionstaxe kennt einen Ansatz für AHV-BezügerInnen und einen für IV-Einrichtungen, wobei letzterer wesentlich höher liegt.

THESEN

Bei den Ergänzungsleistungen wird auf eine Höchstgrenze bei der Übernahme der Pensionstaxe verzichtet und es soll lediglich eine Jahreshöchstgrenze definiert werden.

4.7.8 Investitionskosten Langzeitbereich

Situation heute

Bei Pflegeheimen mit regionalem Leistungsprogramm übernimmt der Kanton 60% der Investitionskosten. Die Gemeinden werden verpflichtet, neben den ungedeckten Pflegekosten auch die in der Pensionstaxe enthaltenen Finanzierungs- und Abschreibungskosten der Investitionen zu übernehmen.

Bei den gemeindlichen Institutionen beteiligt sich die Standortgemeinde in der Regel an den Investitionen. Bei der Spitex erfolgt die Beteiligung über zusätzliche Beiträge und Übernahme der Defizite. Bei den Alters- und Pflegeheimen werden an grössere Um- und Neubauten Beiträge, meist à fond perdu, ausgerichtet. Die BewohnerInnen der stationären Einrichtungen übernehmen, in der Pensionstaxe inbegriffen, einen Teil der Infrastrukturkosten. Dieser Anteil ist unterschiedlich. In den vergangenen Jahrzehnten wurden die Beiträge der öffentlichen Hand in der Regel kaum auf die BewohnerInnen überwält und dadurch auch kaum Reserven für die Erneuerungen der Heime angelegt.

Handlungsbedarf

Heutige HeimbewohnerInnen müssen einen Beitrag an die Wohnkosten bezahlen, damit in Zukunft wieder Mittel verfügbar sind für die Erneuerungen des Heims oder für einen Neubau. Die vollen Kosten bilden die Basis für die Berechnung der Kostenanteile. Vergleichbare Kostenanteile sind: bei alten Gebäuden Betrag für Rückstellungen, bei neuen Gebäuden Zins- und Amortisationskosten. In 20 bis 30 Jahren muss ein wesentlicher Anteil der heutigen Erstellungskosten für einen Neubau beziehungsweise eine Sanierung verfügbar sein.

In allen Heimen muss die Pensionstaxe einen Anteil für Finanzierung, Rückstellungen oder Amortisation enthalten. Empfehlungen über deren Ausgestaltung sind erstrebenswert. Erst wenn dies der Fall ist, sind die Kosten wieder vergleichbar. Es muss vermieden werden, dass neue Heime gegenüber älteren viel höhere Taxen verrechnen müssen.

Vergleichbare Angebote in der Langzeitpflege sollen gleich finanziert werden. Ähnliche Gruppen sind identisch zu finanzieren.

THESEN

Die Beteiligung der öffentlichen Hand an den Investitionskosten wird einheitlich geregelt.

4.7.9 Tragbare Pensionstaxe

Situation heute

Das Spitalgesetz hält fest, dass die Pensionstaxen für die BewohnerInnen tragbar sein müssen.

Auf Grund der Bestimmung des Spitalgesetzes, dass die Pensionstaxen einen tragbaren Kostenanteil für die BewohnerInnen darstellen müssen, werden auch diese Taxen auf Antrag der Leistungserbringer durch den Regierungsrat als Rahmentarif festgelegt.

Die Pensionstaxen umfassen auch Leistungen, die einen unterschiedlichen Komfort darstellen. Zusätzlicher Komfort ist für viele der BewohnerInnen durchaus finanziell tragbar und auch wünschbar. Diese Leistungen sollen von der öffentlichen Hand nicht generell verbilligt werden.

Welche Standardleistungen angeboten werden sollen und wann sie nicht mehr tragbar sind, ist bisher nicht festgelegt.

Handlungsbedarf

Bei den Pensionstaxen ist durch die Gemeinde zu gewährleisten, dass die Kostenanteile für die BewohnerInnen tragbar bleiben. Dieser Grundsatz ist zu präzisieren. Die anerkannten Leistungserbringer haben aber das Wohnangebot zu definieren, welches ohne Sozialhilfeleistungen finanzierbar ist. Dieses umfasst geeignete Wohnverhältnisse mit der Möglichkeit zur persönlichen Gestaltung, gesunde, ausreichende Verpflegung mit Wahlmöglichkeiten, Verwaltungs- und Infrastrukturkosten.

Verlangen KundInnen mehr Angebot (z.B. zusätzliche Wohnfläche) und können sich dies auch leisten, haben sie die Kosten direkt zu finanzieren. Es ist deshalb davon abzusehen, einen Maximaltarif für die Pensionstaxen in den Heimen festzulegen.

Auf der anderen Seite muss vermieden werden, dass BewohnerInnen auf Sozialhilfe angewiesen sind, um in einer Einrichtung der Langzeitpflege leben zu können. Das System der Ergänzungsleistungen mit ihrem Rechtsanspruch löst dies heute in angemessener Weise. Die Ergänzungsleistungen

sind so auszugestalten, dass auf einfache Art und Weise die Pensionstaxen mit den Zuschüssen zur AHV gedeckt sind.

Zu prüfen ist letztendlich die Gesamtbelastung der BewohnerInnen. Sollten bei der Pflege (über die Anrechnung der Hilflosenentschädigung hinaus) Kostenanteile verlangt werden, sind diese bei den Überlegungen über die tragbaren Kosten einzubeziehen.

THESEN

Der Grundsatz der tragbaren Pensionstaxe wird präzisiert und auf die Festlegung von maximalen Pensionstaxen wird verzichtet.

4.7.10 Gesamtbelastung der BewohnerInnen

Situation heute

Die BewohnerInnen trägt heute die Pensionstaxe (Hotelkosten) selbst oder erhält Beiträge im Rahmen der Ergänzungsleistungen. Würde dies nicht ausreichen käme die Unterstützungspflicht / Sozialhilfe zum Tragen, was zur Zeit im Kanton Zug kaum der Fall ist.

Für die Finanzierung der Pflege besteht lediglich durch die Anrechnung der Hilflosenentschädigung und die Übernahme des Selbstbehaltes der Krankenkasse eine gewisse Eigenleistung. Mit der Umsetzung des neuen Spitalgesetzes und der Übernahme der ungedeckten Pflegekosten durch die Gemeinden bezahlen die BewohnerInnen heute in der Regel keine Kosten für die Pflege und Betreuung.

Diese Situation ist gesamtschweizerisch einmalig. Die anderen Kantone kennen bei Beiträgen an Einzelpersonen (Subjekthilfe) in der Regel einkommens- und vermögensabhängige Leistungen.

Handlungsbedarf

Die Zunahme der Pflegebedürftigkeit in den Einrichtungen, der Anzahl von pflegebedürftigen Personen im allgemeinen, die faktische Einführung der ergänzenden Kostenübernahme durch die öffentliche Hand und die Zunahme der Kosten im Pflegesektor bedeuten eine grosse Kostensteigerung in den nächsten Jahren.

Es ist zu prüfen, inwieweit die Betroffenen einen Teil der Pflege- und Betreuungskosten übernehmen und wie die Beteiligung nach der finanziellen Situation abgestuft werden kann. Von der heutigen Regelung der generellen Übernahme der ungedeckten Pflegekosten sollte abgewichen werden. Eine abgestufte Beteiligung wäre der fixen Grenze der Ergänzungsleistungen vorzuziehen.

Sowohl durch eine bessere Beteiligung an den Infrastrukturkosten als durch eine Kostenbeteiligung an den Pflegekosten ist eine Verschiebung der Kosten zu den DienstleistungsbezügerInnen vorzunehmen.

Inwieweit ausreichende rechtliche Grundlagen vorhanden sind, um Eigenleistungen an die Pflegekosten zu verlangen, ist juristisch nicht definitiv geklärt.

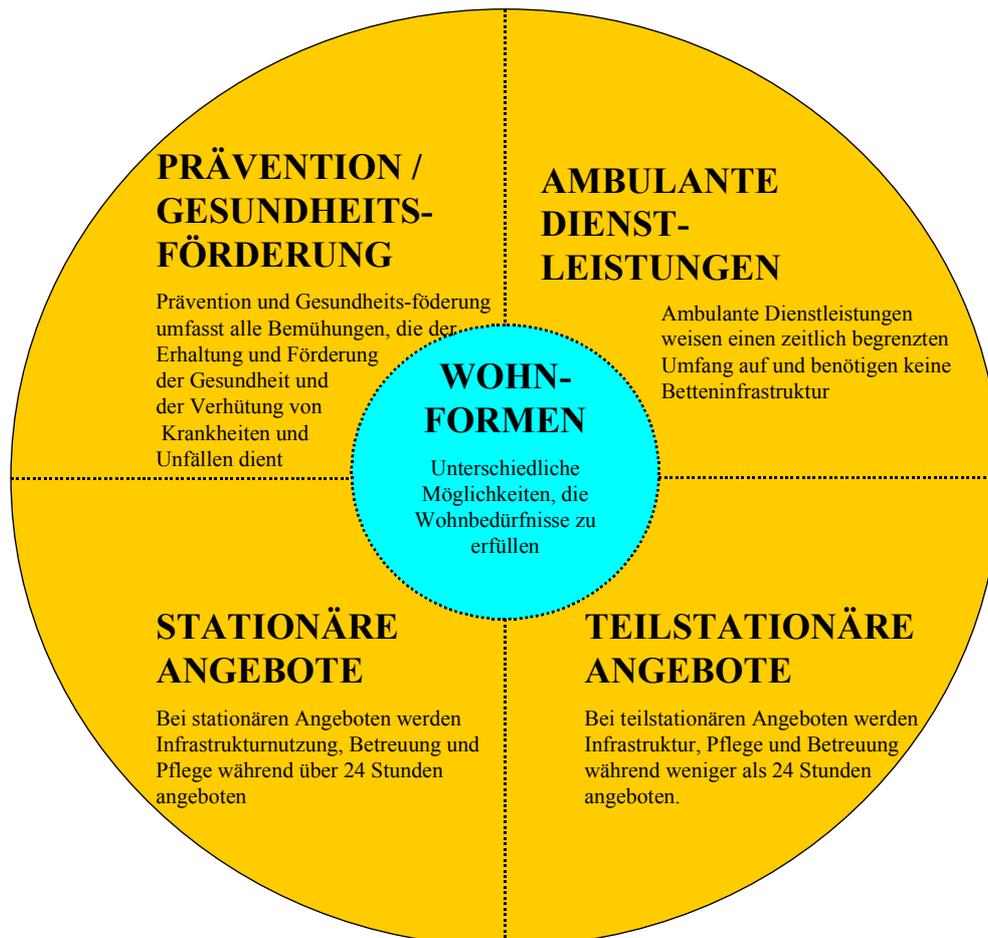
THESEN

Die Dienstleistungsbezüger übernehmen einen ihrer finanziellen Situation angemessenen Teil der Langzeitpflegekosten.

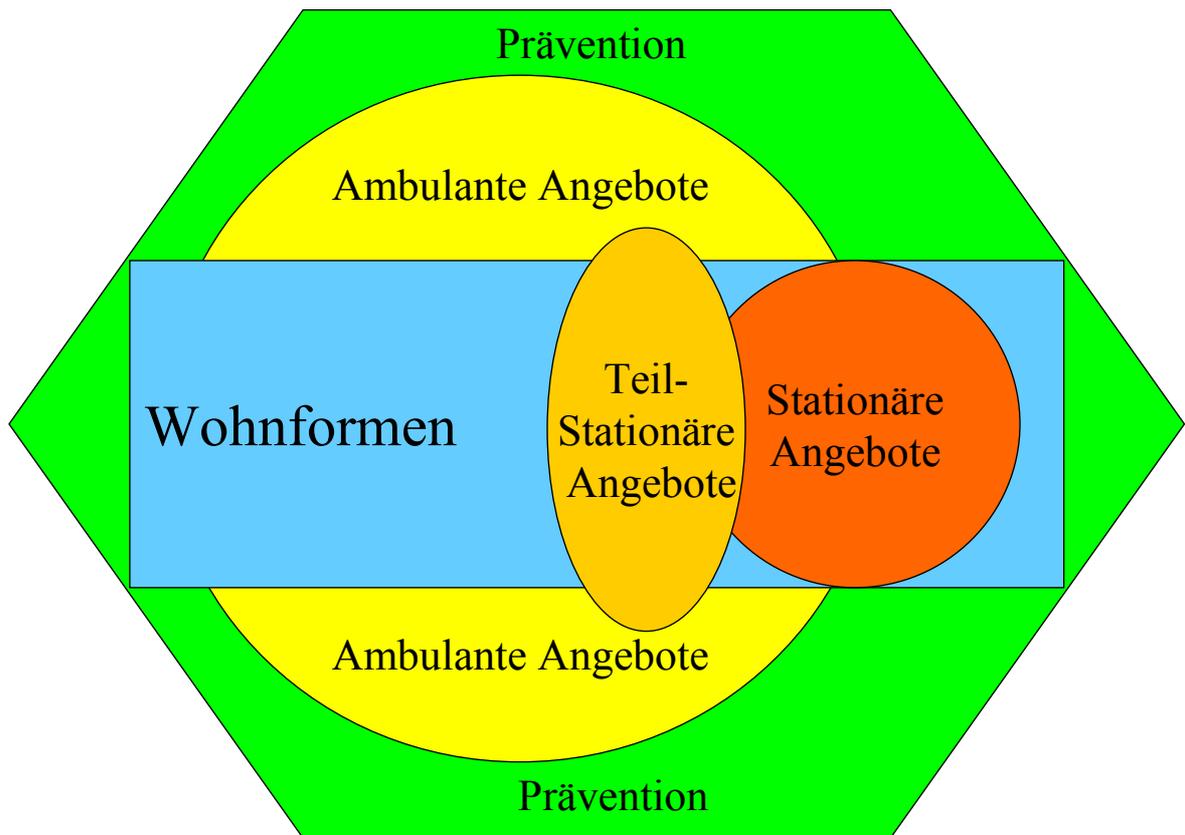
5. Angebote

5.1 Angebotsübersicht

Langzeitpflege, wie sie in diesem Bericht verstanden wird, umfasst die Prävention, ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote. Diese können häufig unabhängig von der Wohnform genutzt werden und verstehen sich als Leistungskreis. Präventive Bemühungen finden auch in der stationären Langzeitpflege statt, und zusätzlich zu ambulanten Dienstleistungen kann eine teilstationäre Einrichtung genutzt werden etc.



An den Anfang eines jeden Bereiches stellen wir eine Übersicht der Angebote, die von uns zugeordnet und definiert wurden. Im Anhang finden sich in Tabellenform die detaillierten Definitionen der Angebote und die dazugehörigen Zielgruppen. Auch die Angebote im Kanton Zug wurden, soweit bekannt, zugeordnet.



Die Beziehung der Angebote der Langzeitpflege zueinander, lassen sich gemäss obenstehender Grafik darstellen.

THESEN

Die Angebote der Langzeitpflege werden so koordiniert, dass sie sich ergänzen.

5.2 Präventive Angebote



Situation heute

Bei der Prävention existieren schon viele Angebote, die von unterschiedlichen Organisationen, häufig auch von gemeinnützigen Vereinen, durchgeführt werden. Die Koordination ist noch ungenügend. Namhafte präventive Angebote in der Langzeitpflege oder für Betagte bestehen zur Zeit im Kanton Zug jedoch keine.

Über die Prävention bestehen kaum Daten. Der Leistungs- und Erfolgsnachweis erfolgt nicht systematisiert.

Der Kanton Zug hat mit dem Beauftragten für Gesundheitsförderung im Jahr 2001 eine Stelle geschaffen, welche die Bemühungen in der Gesundheitsförderung und Prävention koordinieren soll. Zur Zeit wird ein kantonales Konzept für Gesundheitsförderung erarbeitet. Gemäss der Umfrage bei Fachpersonen im Jahr 2001 stehen die Betagten nicht im Zentrum der Bemühungen.²⁰

Namhaften Persönlichkeiten, die sich mit Geriatrie und Sozialmedizin befassen, erachten Präventivmassnahmen für ältere Personen jedoch für dringend wünschbar. Dabei sind sich diese Fachleute weitgehend einig, dass es dabei nicht nur um eine Verzögerung des Eintritts in ein Pflegeheim geht, sondern dass die alten Menschen länger und mit besserer Lebensqualität autonom bleiben.

²⁰ Gesundheitsförderung & Prävention im Kanton Zug, Thomas Pfister, Beauftragter für Gesundheitsförderungen, Gesundheitsdirektion des Kantons Zug, 2002

Das Projekt "Eiger" (Erforschung innovativer geriatrischer Hausbesuche)²¹ wurde in der Region Bern durchgeführt. Nach einem ersten Besuch wurde eine multidimensionale geriatrische Beurteilung vorgenommen, die dabei erkannten Probleme ausgewertet und für diese Person eine individuelle präventive und gesundheitsfördernde Empfehlung erarbeitet. Im Dreimonatsrhythmus erhielten dann die älteren Menschen während zwei Jahren Besuch ihrer Betreuerin (Gesundheitsschwester). Bei diesen Besuchen wurden die präventiven Empfehlungen überprüft und laufend angepasst. Die präventiven Hausbesuche zeigten eine starke Wirksamkeit. Aus den Schlussfolgerungen der Projekt-Verantwortlichen geht hervor, dass präventive Hausbesuche (durch kompetente Hausbesucherinnen und -Besucher) die bessere Erhaltung der Autonomie und Selbständigkeit von älteren Menschen fördern und damit zu einer Verbesserung der Lebensqualität beitragen. Ökonomische Analysen zeigen zudem, dass eine solche Prävention zu Beginn zwar Investition erfordert²², mittelfristig jedoch Einsparungen bei den Gesundheitskosten durchaus möglich sind. Die grosse Bedeutung, die diesem Thema beigemessen wird, manifestiert sich darin, dass Nachfolgeprojekte durchgeführt werden.

Handlungsbedarf

Die präventiven Bemühungen fördern die Lebensqualität und können zu Kostenersparnissen führen und müssen deshalb verstärkt werden. Dabei ist der Koordination und der Partizipation der betroffenen SeniorInnen grosse Aufmerksamkeit zukommen zu lassen.

Die Prävention im Hinblick auf die Langzeitpflege ist jedoch nicht nur für Betagte zu planen. Die Gesundheitsförderung und Prävention muss bei allen Altersgruppen ansetzen.

THESEN

Die Präventionsbemühungen werden verstärkt. Die Koordination und Auswertung von präventiven Massnahmen wird verbessert.
Die Einführung geriatrischer Hausbesuche im Kanton Zug wird abgeklärt.

²¹ Schweiz. Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP No.62, Verfasser Heidi Schmocker, Willy Oggier und Andreas Stuck (Hg)

²² Beim vorliegenden Projekt bezifferte man die jährlichen pauschalen Kosten auf ca. 500 Franken pro Jahr und Person

5.3 Ambulante Angebote



Situation heute

Bei der Aufzählung der Angebote im ambulanten Bereich wurde auf die Darstellung der ärztlichen, medizinischen, therapeutischen und paramedizinischen Untersuchungen und Behandlungen verzichtet. Es wird davon ausgegangen, dass diese vor allem der Behandlung von Krankheiten dienen. Sie haben auch in der Behandlung von Krankheiten und Beschwerden bei PatientInnen der Langzeitpflege eine wichtige Funktion, sind jedoch durch die Krankenversicherung (KVG) gutzuheissen und zu finanzieren.

Eine starke Entwicklung erfolgte in den letzten 15 Jahren in den Angeboten der Spitex. Im Kanton Zug wurden die früheren Vereine aufgelöst und die professionellen Spitexvereine überführt. Die Angebote wurden kontinuierlich auf- und ausgebaut.

Der Zugang zu den vorhandenen freiwilligen Dienstleistungen ist für ältere Personen manchmal nicht einfach. So bestehen verschiedene Stellen nebeneinander und die Zuständigkeit ist nicht immer offensichtlich. Institutionen, die spezifische Beratung anbieten, sind zum Teil wenig bekannt.

Handlungsbedarf

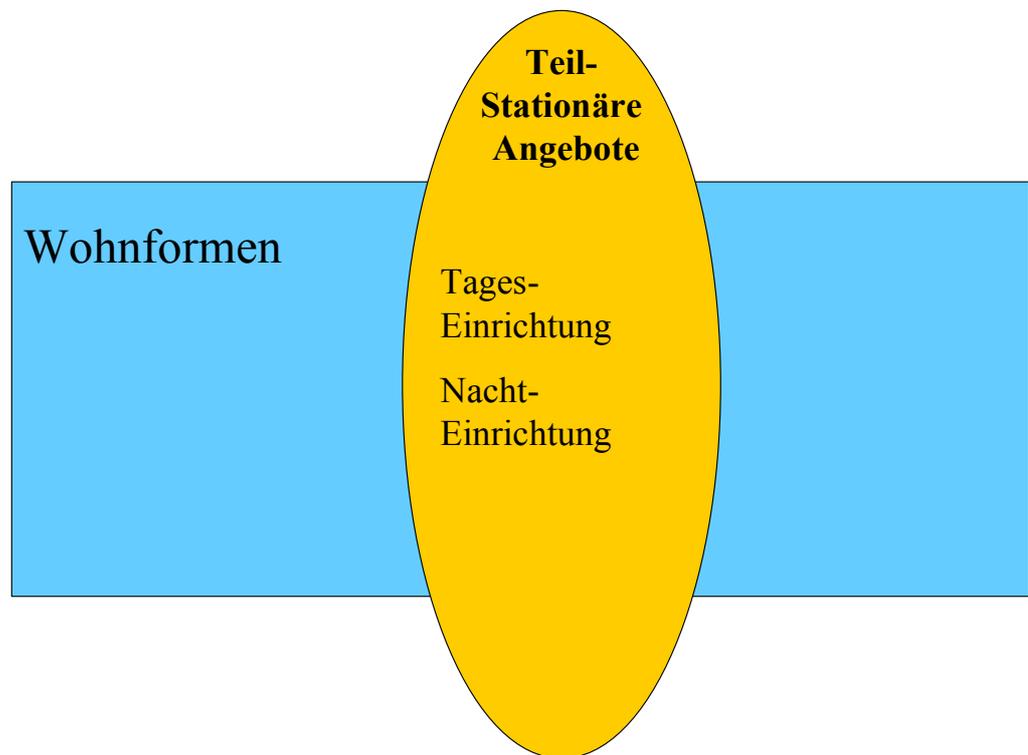
Die Koordination und Zugänglichkeit zu den ambulanten Angeboten muss weiter verbessert werden.

Es ist zu prüfen, ob die Angebote den Bedürfnisse und Anforderungen der Langzeitpflege entsprechen.

THESEN

Die ambulanten Angebote werden überprüft und bedürfnisgerecht weiterentwickelt.

5.4 Teilstationäre Angebote



Situation heute

Teilstationäre Angebote sind im Kanton Zug bisher keine in grösserem Ausmass entstanden. Da die Finanzierung und Zugehörigkeit zur Langzeitpflege durch die Gesetzgebung nicht geklärt ist, sind der Initiative von Leistungserbringern enge Grenzen gesetzt.

Eine Tageseinrichtung ist im Leistungsprogramm des Neubaus Pflegezentrum Baar vorgesehen.

Handlungsbedarf

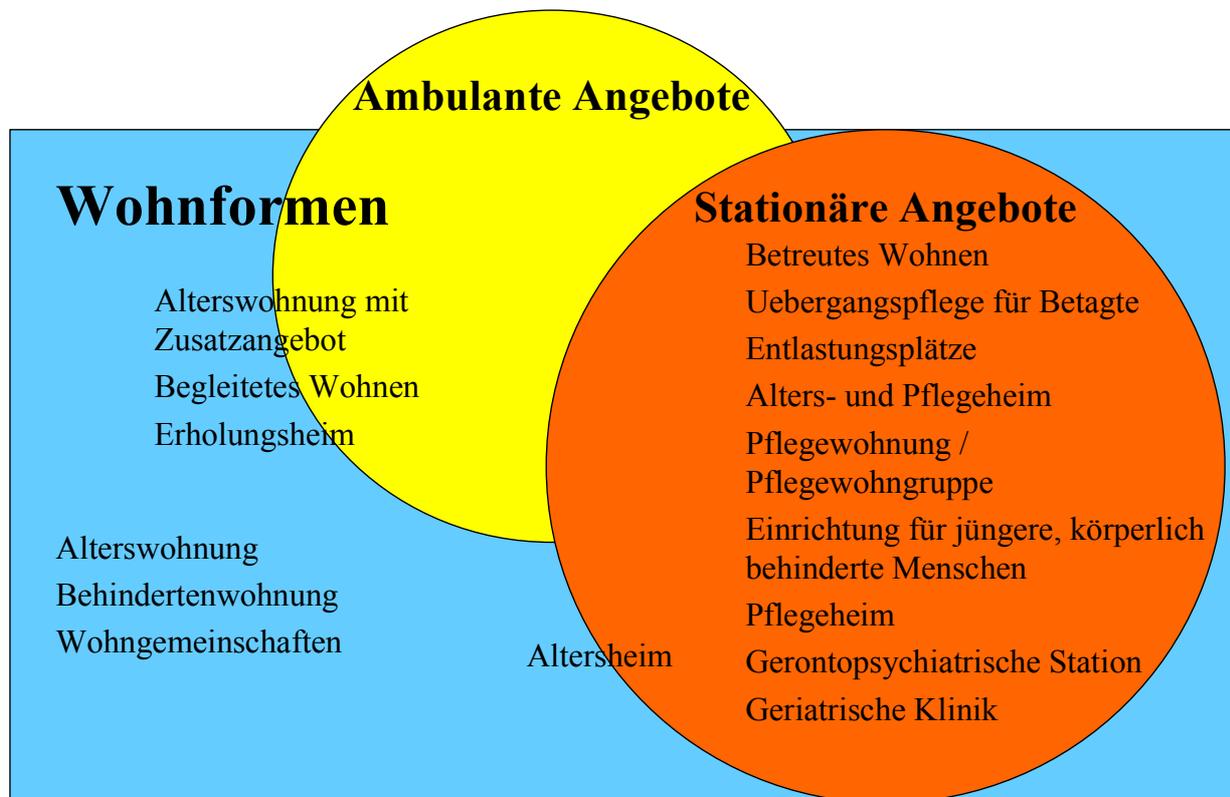
Aus anderen Kantonen sind Tageskliniken, Tagesheime und Nachteinrichtungen bekannt. Der Bedarf und die Ausgestaltung des Angebotes sind für den Kanton Zug nicht detailliert abgeklärt. Teilstationäre Angebote bilden jedoch eine Brücke zwischen den ambulanten und stationären Angeboten. Sie können einen wichtigen Beitrag zur Unterstützung der Pflege durch Angehörige leisten und sind deshalb auch im Kanton Zug einzuführen.

Die Finanzierung ist so zu regeln, dass das Angebot die Spitem und stationären Angebote ergänzt und entlastet.

THESEN

Die Finanzierung und Ausgestaltung teilstationärer Angebote wird geregelt.

5.5 Stationäre Angebote und Wohnformen



Situation heute

Im Kanton Zug verfügt praktisch jede Gemeinde über ein Alters- und Pflegeheim. Zum Teil sind in diesen Institutionen die Infrastrukturen für eine zeitgemässe Pflege noch anzupassen. Mehrere Projekte in dieser Hinsicht sind bereits in Angriff genommen. Die Altersheime als stationäre, kollektive Wohnform sind nicht mehr erwünscht. Die Erbringung genügender Pflegeleistungen ist zentral.

Die gesamte Kapazität an stationären Pflegemöglichkeiten ist in den nächsten Jahren ausreichend. Die Plätze in den stationären Einrichtungen sind ausgelastet. Dabei sind im Vergleich viele BewohnerInnen erst leicht pflegebedürftig. Die Alters- und Pflegeheime sind in der Lage, mit genügendem Pflegepersonal weitere Pflegeleistungen zu erbringen. Der Trend zu individuelleren Leistungen und spezifischen Angeboten wurde von den Leistungserbringern aufgenommen, und es entstanden verschiedene Pflegegruppen mit unterschiedlicher Ausprägung.

Die Pflege gilt für die BewohnerInnen heute als Standard. Differenzierungen bei Wohncharakter und bei wählbaren Betreuungsleistungen sind noch wenige vorhanden.

Das Durchschnittsalter der BewohnerInnen in den Alters- und Pflegeheimen hat in den vergangenen Jahren immer mehr zugenommen. So liegt das durchschnittliche Eintrittsalter heute je nach Institution zwischen 84 und 87 Jahren.

Lücken bestehen bei Übergangsangeboten. Die intensive Pflege und Therapie in Rehabilitationskliniken im Hinblick auf die Rückkehr ins gewohnte Umfeld ist seitens der Krankenkassen zeitlich stark limitiert und wird den Anforderungen der Rehabilitation bei betagten PatientInnen nicht ge-

recht. Alterswohnungen weisen nicht immer ausreichende Zusatzangebote auf. Entlastungsplätze in stationären Institutionen sind häufig mit ständigen BewohnerInnen besetzt etc.

Die Funktion eines geriatrischen Kompetenzzentrums wird teilweise durch das Pflegezentrum Baar wahrgenommen.

Handlungsbedarf

Die Bedürfnisse an den Aufenthalt in den stationären Einrichtungen nehmen weiterhin zu. Wohnen und Leben stehen im Vordergrund. Die Pflege gilt zunehmend selbstverständlich als Basisdienstleistung. Die Alters- und Pflegeheime haben sich diesen Erfordernissen anzupassen.

Spezifischen Betreuungs- und Pflegebedürfnissen ist Rechnung zu tragen. Das Kollektiv des Heimes wird durch die Gruppe abgelöst.

Es ist anzunehmen, dass geriatrische und gerontologische Fragestellungen weiter zunehmen werden. Der Auf- und Ausbau eines geriatrischen Kompetenzzentrums, welche die Behandlung und Betreuung von Personen mit komplexen geriatrischen Problemen sicherstellt ist anzustreben.

THESEN

Im Kanton Zug bestehen genügend Plätze für die stationäre Pflege und Betreuung von betagten PatientInnen. Lücken in einzelnen Gemeinden sollen koordiniert geschlossen werden.

Mit der medizinisch-therapeutischen Behandlung, Pflege und Betreuung betagter PatientInnen mit Alterserkrankungen und Mehrfachproblemen sowie der geriatrischen und gerontologischen Forschung wird eine Institution im Kanton Zug beauftragt.

7. Literatur und Quellenverzeichnis

Titel	Herausgeber / Autor	Jahr
Alter / Anziani / Vieillesse Hauptergebnisse und Folgerungen aus dem Nationalen Forschungsprogramm NFP 32	François Höpflinger und Astrid Stuckelberger, Bern	1999
Alter geht uns alle an – Altersleitbild Luzern (inkl. Materialmappe)	Kantonale Kommission für Altersfragen, Dr. Marcel Sonderegger, Luzern	2001
Ältere Menschen in der Schweiz	Bundesamt für Statistik, Neuchâtel	2000
Alterspolitik des Kantons Basel-Stadt Teil 1 Leitlinien der Alterspolitik Teil 2 Systemverbesserungen im Pflegeheimbereich	Sanitätsdepartement Basel-Stadt, Basel	2001
Bedarfsprognose Langzeitbetten Besa 3+4 im Kanton Zug	Gesundheitsdirektion des Kantons Zug, Zug	1998
Finanzierung Akut- und Langzeitpflegebehandlungen im Kanton Zug 1995-2001	Gesundheitsdirektion des Kantons Zug, Karl Widmer, Zug	2002
Generationenbeziehungen und Altersbilder	Nationales Forschungsprogramm 32 Alter/Vieillesse, Lausanne / Zürich	1996
Gesundheitswesen Schweiz 2001 / 2002 Ein aktueller Überblick	Konkordat der schweizerischen Krankenversicherer, Gerhard Kocher, Willy Oggier, Muri / Zürich	2001
Leitbild Altersarbeit Gemeinde Cham	Gemeinderat Cham, Cham	2002
Lineare Planungsüberprüfung Bedarfsprognose Langzeitpflegebetten Besa 3+4 im Kanton Zug	Gesundheitsdirektion des Kantons Zug, Karl Widmer, Zug	2002
Pilotprojekt RAI-HC – Zusammenfassender Kurzbericht	Q-Sys AG, G. Bartelt et al., St. Gallen	2002
Präventive geriatrische Hausbesuche in Demografische Alterung und individuelles Altern	François Höpflinger und Astrid Stuckelberger, Bern	1999
Rettet die Altersheime, Konkurrent Altersheim – Spitex	Jakob Landolt, Eschenz	1991
Spitex-Statistik 1998	Bundesamt für Sozialversicherung, Bern	1999
Spitex-Statistik 1999	Bundesamt für Sozialversicherung, Bern	2000
Spitex-Statistik 1999 Kanton Zug	Spitex Verband Kanton Zug, Unterägeri	2000
Spitex-Statistik 2000	Bundesamt für Sozialversicherung, Bern	2001
Spitex-Statistik 2000 Kanton Zug	Spitex Verband Kanton Zug, Unterägeri	2001
Statistik 1997 der gemeinnützigen Spitex-Organisationen des Kantons Zug	Gesundheitsdirektion des Kantons Zug, Zug	1998
Statistik 1998 der gemeinnützigen Spitex-Organisationen des Kantons Zug	Gesundheitsdirektion des Kantons Zug, Zug	1999
Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 1999/2000	Amt für Statistik Luzern, Luzern	2001

Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP) 2001	Bundesamt für Statistik, Neuchâtel	2002
Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens, Detailkonzept 1997	Bundesamt für Statistik, Neuchâtel	2001
Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz 2000-2060	Bundesamt für Statistik, Neuchâtel	2001
Uerner Pflegeheimplanung 2002 bis 2007	Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion des Kantons Uri, Altdorf	2002
Von der Arbeitsgesellschaft zur Tätigkeitsgesellschaft (Artikel)	Hans Ruh, Zürich	1998
ZIGA-Statistik der stationären Alterseinrichtungen des Kantons Zug 1999	Zugerische Interessensgemeinschaft für Alterseinrichtungen des Kantons Zug, Rotkreuz	2000
ZIGA-Statistik der stationären Alterseinrichtungen des Kantons Zug 2000	Zugerische Interessensgemeinschaft für Alterseinrichtungen des Kantons Zug, Rotkreuz	2001
ZIGA-Statistik der stationären Alterseinrichtungen des Kantons Zug 2001	Zugerische Interessensgemeinschaft für Alterseinrichtungen des Kantons Zug, Rotkreuz	2002

Tabelle 1

Bevölkerung und Wachstum																		
Entwicklung der Gemeinden 1991 - 1997								Entwicklung der Gemeinden 1998 - 2001										
	1991	1997	Wachstum real		Durchschnitt pro Jahr		1998	2001	Wachstum real 1997 bis 2001		Durchschnitt pro Jahr		1991	2001	Wachstum real 1991 bis 2001		Durchschnitt pro Jahr	
Zug	22'578	22'730	152	0.67 %	25	0.11%	22'632	23'187	457	2.01%	114	0.50%	22'578	23'187	609	2.70%	61	0.27%
Oberägeri	4'245	4'664	419	9.87 %	70	1.65%	4'813	4'981	317	6.80%	79	1.70%	4'245	4'981	736	17.34%	74	1.73%
Unterägeri	6'271	6'966	695	11.08 %	116	1.85%	6'976	7'353	387	5.56%	97	1.39%	6'271	7'353	1'082	17.25%	108	1.73%
Menzingen	4'216	4'361	145	3.44 %	24	0.57%	4'442	4'519	158	3.62%	40	0.91%	4'216	4'519	303	7.19%	30	0.72%
Baar	16'448	18'313	1'865	11.34 %	311	1.89%	18'693	19'611	1'298	7.09%	325	1.77%	16'448	19'611	3'163	19.23%	316	1.92%
Cham	11'427	12'764	1'337	11.70 %	223	1.95%	12'933	13'456	692	5.42%	173	1.36%	11'427	13'456	2'029	17.76%	203	1.78%
Hünenberg	5'994	6'943	949	15.83 %	158	2.64%	6'969	7'441	498	7.17%	125	1.79%	5'994	7'441	1'447	24.14%	145	2.41%
Steinhausen	7'383	8'375	992	13.44 %	165	2.24%	8'765	8'948	573	6.84%	143	1.71%	7'383	8'948	1'565	21.20%	157	2.12%
Risch	5'649	6'656	1'007	17.83 %	168	2.97%	6'952	7'637	981	14.74%	245	3.68%	5'649	7'637	1'988	35.19%	199	3.52%
Walchwil	2'762	3'095	333	12.06 %	56	2.01%	3'166	3'272	177	5.72%	44	1.43%	2'762	3'272	510	18.46%	51	1.85%
Neuheim	1'618	1'876	258	15.95 %	43	2.66%	1'915	2'020	144	7.68%	36	1.92%	1'618	2'020	402	24.85%	40	2.48%
Kanton Zug	88'591	96'743	8'152	9.20 %	1'359	1.53%	98'256	102'425	5'682	5.87%	1'421	1.47%	88'591	102'425	13'834	15.62%	1'383	1.56%

Tabelle 2

	65-79 jährige 2000 Prognose	65-79 jährige 2000	Unterschied	65-79 jährige Abweichung der effektiven Anzahl in Prozenten	über 80 jährige 2000 Prognose	über 80 jährige 2000	Unterschied	über 80 jährige Abweichung der effektiven Anzahl in Prozenten
Zug	2805	2909	104	3.7	935	1013	78	8.3
Oberägeri	500	546	46	9.2	157	151	-6	-3.8
Unterägeri	662	701	39	5.9	236	241	5	2.1
Menzingen	452	474	22	4.9	133	273	140	105.3
Baar	1743	1735	-8	-0.5	484	435	-49	-10.1
Cham	1217	1093	-124	-10.2	406	339	-67	-16.5
Hünenberg	413	450	37	9.0	225	81	-144	-64.0
Steinhausen	627	640	13	2.1	152	139	-13	-8.6
Risch	421	422	1	0.2	167	133	-34	-20.4
Walchwil	296	300	4	1.4	105	87	-18	-17.1
Neuheim	112	92	-20	-17.9	35	30	-5	-14.3
Kanton Zug	9248	9362	114	1.2	3035	2922	-113	-3.7

Tabelle 3

Pflegetage in den stationären Institutionen des Kantons Zug

Anteil Tage	1999		2000		2001	
Keine Pflege	k.Angaben	Prozentanteile	k. Angaben	Prozentanteile	44908	Prozentanteile
BESA 1	72374	29	74201	28	71398	27
BESA 2	63657	26	67290	26	61694	23
BESA 3	47390	19	45814	18	48855	18
BESA 4	64736	26	73066	28	83114	31
Pflegetage	248157	100	260371	100	265061	100

Tabelle 4

Anteil geleistete Spitexstunden

	1998	Prozentanteile	1999	Prozentanteile	2000	Prozentanteile
Stunden Pflege	43615	32	42509	32	40558	31
Stunden Haushalt	92370	68	88624	68	91050	69
Weitere Leistungen					436	
Total Stunden	135985	100	131133	100	132044	100

Tabelle 5

Übersichtstabelle EinwohnerInnenanteile und Bettenanteile pro Ort

Ortschaft	Ein- wohnerInnen 31.12.02	Anteil an Kan- tonsbevölkerung in %	EinwohnerInnen über 80 Jahren 31.12.01	Anteil an über 80jähriger Kantonsbevölkerung in %	Anteil betriebene Bet- ten BESA-Stufen 0-2 im Ort in %	Anteil betriebene Betten BESA-Stufen 3+4 im Ort in %
Zug	23187	22.64	1041	34.42	29.09	6.01
Oberägeri	4981	4.86	163	5.39	5.39	4.64
Unterägeri	7353	7.18	259	8.56	12.91	11.20
Menzingen	4519	4.41	265	8.76	1.93	11.75
Baar	19611	19.15	469	15.51	22.74	36.89
Cham	13456	13.14	348	11.51	9.44	13.39
Hünenberg	7441	7.26	87	2.88	0.00	0.00
Steinhausen	8948	8.74	136	4.50	5.59	7.92
Risch/Rotkreuz	7637	7.46	134	4.43	6.74	5.46
Walchwil	3272	3.19	89	2.94	6.17	2.73
Neuheim	2020	1.97	33	1.09	0.00	0.00
Kanton Zug	102425	100.00	3024	100.00	100.00	100.00

Tabelle 6

Gemeinden Betriebsbeiträge ohne Neu- und Umbauinvestitionen									
Bezeichnung	Rechnung	% - Erhöhung 1998-2001							
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1998-2001	
Zug	4'243'222.95	3'716'811.40	4'425'286.35	4'216'460.70	5'981'897.30	5'374'093.60	5'718'055.35	1'501'594.65	35.61%
Baar	2'461'331.00	2'762'820.00	2'739'817.00	2'842'792.00	3'410'319.00	2'932'157.00	2'878'602.00	35'810.00	1.26%
Cham	1'500'823.25	1'503'130.50	1'792'435.25	1'801'616.00	1'692'686.00	1'444'614.00	1'549'049.00	-252'567.00	-14.02%
Hünenberg	558'873.00	505'115.90	372'102.25	609'857.20	586'680.80	532'981.00	606'743.00	-3'114.20	-0.51%
Menzingen	380'893.95	478'918.20	531'664.60	557'444.75	848'008.45	626'508.70	526'537.70	-30'907.05	-5.54%
Neuheim	187'306.90	169'197.40	179'126.00	186'772.00	241'830.50	270'327.10	270'881.45	84'109.45	45.03%
Oberägeri	541'824.50	557'877.70	501'023.80	562'535.80	805'193.30	776'099.80	738'587.00	176'051.20	31.30%
Risch	692'517.00	603'396.00	672'593.00	781'990.00	901'664.00	902'364.00	1'066'979.00	284'989.00	36.44%
Steinhausen	684'651.00	834'971.00	706'174.00	713'552.00	883'990.00	775'551.00	1'117'563.00	404'011.00	56.62%
Unterägeri	941'982.00	1'082'988.35	1'591'633.75	951'664.50	1'071'178.90	1'240'967.00	1'356'416.25	404'751.75	42.53%
Walchwil	190'128.65	282'180.30	370'689.25	397'028.00	429'090.25	410'606.00	435'044.00	38'016.00	9.58%
Total Gemeinden	12'383'554.20	12'497'406.75	13'882'545.25	13'621'712.95	16'852'538.50	15'286'269.20	16'264'457.75	2'642'744.80	19.40%
Total Deifizitanteile Kanton	26'902'348.18	25'310'841.01	29'398'426.54	28'395'061.61	38'652'461.37	26'963'063.08	34'297'874.45	5'902'812.84	20.79%

Kantonsbeiträge Akut- und Langzeitbehandlungen ohne Neu- und Umbauinvestitionen									
Bezeichnung	Rechnung	Veränderung	Veränderung in %						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001		
Kliniken, Pflegeheime	22'731'619.95	22'079'857.63	25'830'286.51	24'963'324.75	36'025'620.20	25'395'347.23	32'537'371.65	7'574'046.90	30.34%
Pflegekosten Altersheime	1'082'422.80	1'185'309.55	1'423'762.95	1'264'191.55	636'444.30	0	0	-1'264'191.55	-100.00%
Pflegewohnungen	0	0	86'740.00	398'492.00	121'106.40	55'403.70	0	-398'492.00	-100.00%
Gemeindl. Anstalten	1'627'959.66	834'497.33	559'780.01	498'757.45	391'132.57	0	0	-498'757.45	-100.00%
Rettungsdienst	450'505.02	175'973.90	372'630.52	383'573.06	1'026'516.50	1'489'215.75	1'743'556.40	1'359'983.34	354.56%
Hebammenentschädigung	56'491.80	63'694.80	54'394.80	59'562.60	22'785.60	23'096.40	16'946.40	-42'616.20	-71.55%
Spitex-Organisationen	953'348.95	971'507.80	1'070'831.75	827'160.20	428'855.80	0	0	-827'160.20	-100.00%
Total Deifizitanteile Kanton	26'902'348.18	25'310'841.01	29'398'426.54	28'395'061.61	38'652'461.37	26'963'063.08	34'297'874.45	5'902'812.84	20.79%
Ausserkantonale Hospit.	2'049'617.15	5'582'917.30	8'600'387.00	13'010'950.90	11'347'715.10	10'919'598.78	11'925'982.05	-1'084'968.85	-8.34%

Übersicht über eine häufige Zuteilung der Kostenteile in der Langzeitpflege

Die **Pensionskosten** umfassen in der Regel folgende Aufwendungen:

- Unterkunft mit Bett und Mobiliar
- Bett- und Frottierwäsche
- Heizung, Strom und Wasser
- Zimmerreinigung
- Reinigen der vom Heim zur Verfügung gestellten Wäsche
- Verpflegung
- Ärztlich verordnete Schon- und Diätkost
- Amortisationen

Zu den **medizinischen Kosten** gehören:

- Ärztliche Leistungen (Untersuchungen und Betreuung durch den Arzt, Laborkosten)
- Therapeutischen Leistungen (Ergo-, Physio-, Psycho- Aktivierungstherapie etc.)
- Arzneimittel

Bei einer Vollpauschale der Krankenkassen sind diese Kosten durch die Krankenkassen vollumfänglich gedeckt. Bei einer Teilpauschale werden diese Kosten nach Aufwand mit den Krankenkassen separat abgerechnet.

Mittel und Gegenstände gemäss Liste (MiGeL)

Dazu gehört das Inkontinenz- und Verbandsmaterial, Geräte für Untersuchungen etc. Die Mittel und Gegenstände, die durch die Krankenversicherung bezahlt werden, sind auf einer Liste abschliessend festgehalten.

Im stationären Bereich wurden diese Leistungen pauschalisiert. Jede pflegebedürftige Person erhält von den Krankenkasse Fr. 3.00 pro Aufenthaltstag.

Pflege und Betreuung

Die Kosten, die sich aus der Pflegebedürftigkeit der Person ergeben, gehören zu diesem Bereich.

Die Krankenkassen haben gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) die Kosten für die Pflege zu übernehmen. Davon unterschieden wird die Betreuung. Diese wird durch die Krankenversicherung nicht übernommen. Welcher Anteil der Tätigkeit des Pflegepersonals zur Betreuung gehört und ob weitere Leistungen in diesem Bereich (Aktivitäten, Ausflüge etc.), soll durch die Kostenrechnung bestimmt werden.

Auslagen für persönliche Bedürfnisse

Diese sind immer durch die betreute Person zu übernehmen. Dazu gehören meistens:

Telefon, Fernseher, Getränke, Spezielle Wünsche betreffend Verpflegung, Spezielle Wünsche betreffend Unterkunft, Reinigung der Privatwäsche, Coiffeur und Pedicure, Zahnärztliche Leistungen, Transportkosten, Krankenkassenprämien, Steuern, Zimmerservice etc.

PRÄVENTIVE ANGEBOTE	Zielgruppen	Bestehende Angebote gemäss Bestandesaufnahme Juni 2001	Angebotsumfang	Bemerkungen und Tendenzen
Freizeitangebote Kurse, Turnen, Sport, Kulturveranstaltungen etc.	Interessierte	Diverse Anbieter		Zunehmend
Prävention Gezielte Informationen und Veranstaltungen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen.	Risikogruppen und Interessierte	Diverse öffentliche und private Stellen		Die meisten Betroffenenorganisationen arbeiten auch in der Prävention (siehe auch spezifische Beratung). Zunehmend
Präventive Hausbesuche im Alter Regelmässige, strukturierte Besuche durch spezifisch ausgebildete Fachpersonen mit dem Ziel der Förderung und Erhaltung von Ressourcen. Dadurch soll das Risiko eines stationären Heimaufenthalts vermindert werden.	Zuhause lebende Personen, die noch keine schwerwiegenden altersbedingten Behinderungen haben.	Bisher keines		Erfolgsversprechende Pilotprojekte sind bekannt.
Ernährungsberatung Ernährungsinformationen für Interessierte aller Altersgruppen und Beratung von Institutionen durch Vorträge, Seminare, Dozententätigkeit, Einzel- und Gruppenberatung. Die Beratung zeigt auf, wie man sich gesund und ausgewogen ernähren kann und dient so der Erhaltung der Gesundheit bzw. der Vorbeugung von Krankheiten.	Betreuungspersonen und Interessierte	Ernährungsberatung an Spitälern und private Angebote		Gewinnt zunehmend an Bedeutung
Interessenvertretung Politische und soziale Interessenvertretung für behinderte, betagte und pflegebedürftige Personen mit dem Ziel, die Gesamtbevölkerung und die Politik in die gewünschte Richtung zu sensibilisieren und zu beeinflussen.	Gesamtbevölkerung	Senioren- und Rentnerverband (SSRV) Pro Infirmis Pro Senectute Pro Mente Sana Altersrat Ägerital		Wird an Bedeutung gewinnen

AMBULANTE ANGEBOTE	Zielgruppen	Bestehende Angebote	Angebots- umfang	Bemerkungen und Tenden- zen
<p>Spitex Hilfe und Pflege zu Hause Pflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen zu Hause mit dem Ziel, ein Leben in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen und stationäre Einrichtungen zu entlasten.</p>	<p>Personen, die in zeitlich begrenztem Umfang auf pflegerische und/oder hauswirtschaftliche Leistungen angewiesen sind.</p>	<p>Flächendeckende Versorgung in allen Gemeinden, zum Teil durch gemeindeübergreifende Organisationen</p>		<p>Die Entwicklung ist abhängig vom Zusammenspiel der präventiven, ambulanten und stationären Angebote.</p>
<p>Allgemeine Beratung und finanzielle Hilfe Sozial- und Finanzberatung durch professionelles Personal mit dem Ziel, soziale Probleme zu lösen.</p>	<p>Menschen mit sozialen Problemen und deren Angehörige, die Beratung und Begleitung sowie allenfalls finanzielle Unterstützung benötigen.</p>	<p>Gemeindliche Sozialdienste Kantonale Beratungsstellen Pro Senectute Pro Infimis Fachstelle Alter u. Gesundheit Stadt Zug und andere</p>		<p>Der Bedarf wird aufgrund komplexer Problemstellungen zunehmen.</p>
<p>Transportdienste Sie übernehmen den Transport von Kranken und Behinderten mit dem Ziel, die Mobilitätsbedürfnisse dieser Personen abzudecken.</p>	<p>Personen, die ihre Mobilitätsbedürfnisse nicht mit privaten oder öffentlichen Verkehrsmitteln befriedigen können.</p>	<p>Tixi-Taxi Rotkreuzfahrdienst Heimbusse</p>		<p>Grosse Nachfrage</p>
<p>Spezifische Beratung Beratung durch Organisationen, die sich auf bestimmte Behinderungs- und Krankheitsformen spezialisiert haben. Dadurch werden Betroffene und Angehörige unterstützt, spezifisches Fachwissen wird generiert und weitervermittelt.</p>	<p>Von der jeweiligen Krankheit bez. Behinderung betroffene Personen, deren Angehörige und Betreuungspersonen</p>	<p>Zum Beispiel: Aidshilfe Alzheimer Verein Diabetes-Gesellschaft Hörbehinderten Verein Krebsliga Lungenliga Multiplesklerose Gesellschaft Parkinson-Vereinigung Pro mente sana Rheumaliga Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Aphasie (SAA)</p>		

<p>Selbsthilfegruppen Zusammenkünfte und Begleitung durch Direktbetroffene der gleichen Erkrankung oder Behinderung. Der Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen soll das Leben erleichtern.</p>	<p>Von der jeweiligen Erkrankung oder Behinderung Betroffene</p>	<p>Angebotsliste, bei der Kontaktstelle Selbsthilfegruppen abfragbar</p>		
<p>Mobiler gerontopsychiatrischer Dienst Besuche von psychiatrischem Fachpersonal bei PatientInnen zur Behandlung seiner Krankheit, Verhinderung einer Einweisung, Unterstützung von Heimen</p>	<p>Psychisch Kranke, die nicht in der Lage sind, eine ambulante psychiatrische Behandlung zu besuchen, sowie deren Betreuungspersonen.</p>	<p>Bisher keines</p>		
<p>Begleitung Schwerkranker und Sterbender Ausgebildete Freiwillige begleiten in Ergänzung des Pflegepersonals und der Angehörigen Schwerkranker und Sterbende und helfen damit, eine schwierige Lebensphase zu erleichtern.</p>	<p>Schwerkranker und sterbende Personen sowie deren Angehörige</p>	<p>Hospiz Zug Wegbegleitung in schwerer Zeit</p>		<p>Der Bedarf wird zunehmen.</p>

TEILSTATIONÄRE ANGEBOTE	Zielgruppen	Bestehende Angebote	Angebots- umfang	Bemerkungen und Tenden- zen
Tageseinrichtung Einrichtungen, in denen Personen am Tag betreut werden. Die Angehörigen sollen entlastet werden. Den Betroffenen wird eine Tagesstruktur vermittelt, der Vereinsamung wird vorgebeugt.	Personen, die auf eine umfassende Betreuung an einzelnen Tagen angewiesen sind.	Privates Tagesheim in Baar Tagesbetreuung der Alzheimervereinigung		Zunehmend
Nachteinrichtung Darunter ist die stationäre Betreuung nachts zur Entlastung pflegender Angehöriger zu verstehen.	Personen, die einer externen Nachtbetreuung bedürfen.	keines		

WOHN- UND STATIONÄRE ANGEBOTE	Zielgruppen	Bestehende Angebote	Angebotsumfang	Bemerkungen und Tendenzen
Alterswohnung/ Behindertenwohnung Alters- und behindertengerechte Wohnungen entsprechen den spezifischen Bedürfnissen älterer oder behinderter Menschen, damit diese selbstbestimmt leben können.	Personen, die in einer ihren Bedürfnissen entsprechenden Wohnung leben möchten.	Diverse Angebote in den Gemeinden		Eigenständiges Wohnen wird immer wichtiger. Die Alters- bzw. Behindertenwohnungen gehören ohne Zusatzangebot nicht zu den Angeboten der Langzeitpflege.
Alterswohnung mit Zusatzangebot Meist Wohnungen, die einem Zentrum mit seinen Dienstleistungen angegliedert sind. Die BewohnerInnen bewahren ihre Autonomie und können auf das Dienstleistungsangebot des Heims zurückgreifen. Der Heimeintritt soll dadurch verhindert werden.	Für Menschen, die bereit sind, ihre eigene Umgebung zu verlassen und eine Wohnung in der Nähe eines Alters- oder Spitex-Zentrums zu beziehen.	Herti, Zug Mühlematt, Zug St. Anna, Unterägeri Zentrum Dreilinden, Risch-Rotkreuz Bahnmatt, Baar Seniorenzentrum Weiherpark, Steinhausen		Das Altersheim wird zunehmend durch diese Wohnform abgelöst.
Begleitetes Wohnen/ Wohngemeinschaften Die Personen werden von einer Betreuungsperson regelmässig besucht, die hilft, den Alltag zu bewältigen. Bei Wohngemeinschaften wird die gegenseitige Hilfe gefördert.	Personen, die eine regelmässige Unterstützung benötigen.	Kein Angebot für betagte Personen bekannt Pro Infirmis Stiftung Phönix		
Betreutes Wohnen Die Personen werden ständig betreut, damit sie den Alltag bewältigen können.	Personen, die eine umfassende Betreuung benötigen, in der Regel aber keine Pflege.	Wohnheim Euw Wohnheime Zuwebe Wohnheim Eichholz Wohnheim Ruffin Übergangswohnheim Phönix		

<p>Übergangspflege für Betagte Stationäre Pflege und weitere Massnahmen, die eine Rückkehr ins bisherige Lebensumfeld ermöglichen.</p>	<p>Personen, bei denen die Aussicht besteht, dass sie wieder in ihr Zuhause zurückkehren können.</p>	<p>Keine als solche definiert</p>		<p>Die Definition der Rehabilitationsdauer durch die Krankenkassen ist für ältere PatientInnen zu kurz. Eine Übergangsinstitution wäre eine Zwischenstufe zwischen einer Rehabilitationsklinik und einem Erholungsheim. Die Übergangspflege ist nicht im KVG geregelt.</p>
<p>Erholungsheim Bietet vor allem Hotelbetrieb an</p>	<p>Personen, die vorübergehend einen Aufenthalt mit Hotelbetrieb benötigen oder wünschen. Der notwendige Pflegebedarf ist gering.</p>	<p>Zum Teil Annahof</p>		
<p>Entlastungsplätze Zeitlich begrenzte stationäre Betreuung und Pflege zur Entlastung der pflegenden Angehörigen</p>	<p>Personen, die vorübergehend stationäre Betreuung und Pflege benötigen.</p>	<p>Zum Teil in Alters- und Pflegeheimen</p>		<p>Bedarf zunehmend Vorhandene Plätze werden häufig durch DauerpatientInnen belegt.</p>
<p>Altersheim Das Altersheim in seiner klassischen Form bietet vor allem den «Hotelbetrieb» an. Die BewohnerInnen können die Dienstleistungen des Heims in Anspruch nehmen und in der Gemeinschaft leben. Sie werden bis zu einem gewissen Bedarf betreut und gepflegt.</p>	<p>Personen, die noch weitgehend selbständig leben können, die aber ihr Zuhause verlassen und den geschützten Rahmen eines Heims suchen.</p>	<p>Es gibt im Kanton Zug keine Altersheime ohne Pflegeanteile mehr.</p>		<p>Das klassische Altersheim entspricht dem heutigen Bedürfnis nicht mehr.</p>

<p>Alters- und Pflegeheim Einrichtungen, die in der Lage sind, die Leistungen für jede Pflegestufe anzubieten und die PatientInnen bis zum Tod zu begleiten.</p>	<p>Personen, die nicht mehr in ihrer häuslichen Umgebung leben können oder wollen und auf Dauer eine umfassende Betreuung und Pflege brauchen.</p>	<p>Neustadt, Zug Herti, Zug Waldheim, Zug Bahnmatt, Baar Mühlematt, Zug Breiten, Oberägeri Chlösterli, Unterägeri Luegeten, Menzingen Dreilinden, Rotkreuz Altersheim Büel, Cham Pflegezentrum, Cham Seniorenzentrum Weiherpark, Steinhausen Martinspark, Baar Mütschi, Walchwil</p>		<p>Die Infrastruktur entspricht weitgehend den aktuellen Bedürfnissen. Die Spitalliste muss entsprechend angepasst werden.</p>
<p>Pflegewohnung/Pflegewohngruppe Die Betreuung und Pflege findet in kleineren Wohneinheiten mit ca. sechs betreuten Personen statt. Es wird grossen Wert auf eine häusliche Atmosphäre gelegt, in der die BewohnerInnen eine «Familie» bilden. Geborgenheit und der Erhalt gewisser Fertigkeiten sind wichtige Zielsetzungen.</p>	<p>Personengruppen, die vorzugsweise an ähnlichen gesundheitlichen Problemen leiden, die einer intensiven Betreuung und einer überschaubaren, geschützten Wohnsituation bedürfen.</p>	<p>Behütetes Wohnen, Steinhausen Chlösterli, Unterägeri</p>		<p>Zunehmend</p>
<p>Einrichtung für jüngere, körperlich behinderte Menschen Einrichtung, in der jüngere, körperlich Behinderte wohnen, wo sie auch betreut und nötigenfalls gepflegt werden. Die Behinderten können dort bedürfnisgerecht und möglichst selbstbestimmt leben.</p>	<p>Für jüngere, körperlich Behinderte, die langfristig auf eine bedürfnisgerechte Wohnmöglichkeit, auf Betreuung und Pflege angewiesen sind.</p>	<p>Servicewohnungen Herti, Zug</p>		<p>Bedarf gemäss Abklärungen Pro Infirmis ausgewiesen</p>

<p>Gerontopsychiatrische Station Einrichtung unter ärztlicher Leitung, in der ältere Personen mit psychiatrischen Problemen betreut und gepflegt werden.</p>	<p>Ältere Personen mit psychiatrischen Problemen, die eine stationäre Behandlung benötigen.</p>	<p>Klinik Oberwil</p>	
<p>Pflegeheim Betreuung und Pflege von Personen mit schwerwiegenden Krankheiten und Behinderungen</p>	<p>Personen, die aufgrund ihrer Krankheit oder Behinderung auf eine spitalähnliche Betreuung dauernd angewiesen sind.</p>	<p>Pflegezentrum Baar</p>	<p>Die Pflege als regionale Aufgabe verliert an Bedeutung; sie wird zunehmend in den Gemeinden gewährleistet. Die Spitalliste muss bezüglich der Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm angepasst werden.</p>
<p>Geriatrische Klinik Kompetenzzentrum für die spezialisierte medizinische Abklärung, Behandlung und Betreuung von Personen mit komplexen geriatrischen Problemen. Die Klinik steht unter ärztlicher Leitung und hat einen Forschungsauftrag.</p>	<p>Ältere Personen mit Alterskrankheiten und Mehrfachproblemen</p>	<p>Zum Teil Pflegezentrum Baar</p>	<p>Kann mit wegweisendem Konzept wertvollen Beitrag in der Betreuung und Forschung ausüben. Sie sollte verpflichtet sein, alle Personen mit geriatrischen Problemen aus dem Kanton Zug aufzunehmen.</p>

