

Neue Pflegefinanzierung

Bericht der Arbeitsgruppe

zuhanden der Gesundheitsdirektion

*eingesetzt in Absprache mit der
Konferenz der Sozialvorsteherinnen und Sozialvorsteher
der Zuger Einwohnergemeinden*

Mitglieder der Arbeitsgruppe

Käty Hofer, Hünenberg, Präsidentin Sovoko, Gemeinderätin, Vorsitz
Margrit Hegglin, Menzingen, Mitglied Tarifgruppe, Gemeindepräsidentin
Marianne Weber, Oberägeri, Kantonale Gruppe Langzeitpflege, Sozialvorsteherin
Ruth Beglinger, Zug, Fachstelle Alter und Gesundheit
Christian Bollinger, Hünenberg, Leiter Soziales und Gesundheit
Barbara Hotz, Baar, Fachstelle Gesundheit/Alter
Felix Lienert, Hünenberg, Geschäftsführer Curaviva Zug
Paul Müller, Unterägeri, Delegierter Curaviva Zug, Gesamtleiter Chlösterli

Nadja Iten, Sachbearbeiterin Hünenberg (Protokoll)

Sitzungsdaten

Die Arbeitsgruppe traf sich zu fünf Sitzungen a jeweils ca. 3 Stunden

23.09.2009, 10.00 bis 12.00 / Sitzungszimmer Stadt Zug, Zeughausgasse 9, 6. Stock
21.10.2009, 08.00 bis 11.15 / Sitzungszimmer Stadt Zug, Zeughausgasse 9, Parterre
26.10.2009, 13.30 bis 16.00 / Sitzungszimmer Stadt Zug, Zeughausgasse, Hirschen
06.11.2009, 08.00 bis 11.30 / Sitzungszimmer Stadt Zug, Zeughausgasse 9, 6. Stock
11.11.2009, 08.00 bis 11.00 / Sitzungszimmer Stadt Zug, Zeughausgasse, Hirschen

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	3
2. Prozess, Aufbau des Berichtes	5
3. Ausgangslage generell.....	6
4. Behandelte Themen	8
4.1 Übergangspflege	8
4.2 Finanzierung nach der Mittel-Gegenstand-Liste (MiGel)	9
4.3 Ergänzungsleistungen.....	9
4.4 Hilflosenentschädigung	10
4.5 ambulante Langzeitpflege – Spitex – Abrechnungsformen	11
4.6 Eigenanteil der Leistungsbezüger ambulant	12
4.7 Tages- und Nachtstrukturen	14
4.8 Anrechenbare Kosten Pflege Kanton Zug – stationär	15
4.9 Ausserkantonale Bewohnerinnen und Bewohner	16
4.10 Betreuungstaxe	16
4.11 Eigenanteil der Leistungsbezüger stationär	18
4.12 System der Einstufung und Abrechnung	19
5. Dank.....	21

1. Zusammenfassung

Die Ausgestaltung und Finanzierung der ambulanten und stationären Langzeitpflege ist komplex und von den unterschiedlichsten Abhängigkeiten geprägt. Mit der neuen Pflegefinanzierung wird in dieses System eingegriffen und im Bereich der Finanzierung der Pflegekosten Veränderungen vorgenommen. Die Arbeitsgruppe hat die einzelnen Bereiche diskutiert und aufeinander abgestimmte Umsetzungsempfehlungen formuliert. Die wesentlichsten Änderungen und die damit verbundenen Erwartungen werden in dieser Zusammenfassung genannt.

Die **Übergangspflege** wird als Leistungsform der Krankenpflege durch den Gesetzgeber neu definiert. Übergangspflege wird auf Anordnung des Spitalarztes während 14 Tagen nach Spitalaustritt geleistet. Die Arbeitsgruppe übernimmt den Vorschlag der Gesundheitsdirektion und stimmt der kantonalen Zuständigkeit und Finanzierung zu. Die Gesundheitsdirektion wird aufgefordert, die notwendigen Regelungen mit den ambulanten und stationären Leistungserbringern direkt zu treffen.

Damit die finanziellen Auswirkungen für pflegebedürftige Personen tragbar (sozialverträglich) ausgestaltet werden können, sind die **Ergänzungsleistungen** entsprechend an die neuen Höchstbelastungen anzupassen. Die Arbeitsgruppe fordert, dass Zugerinnen und Zuger mit Ergänzungsleistungen für Kosten infolge Pflegebedürftigkeit und stationären Aufenthalten umfassend abgedeckt sind und keine Sozialhilfeabhängigkeit entsteht. Die Anpassung an die Entwicklung der Teuerung im Gesundheitswesen muss sichergestellt sein. Es wird erwartet, dass die Gesundheitsdirektion in Zusammenarbeit mit der Volkswirtschaftsdirektion die entsprechenden Anpassungen bei den Ergänzungsleistungen rechtzeitig per 1. Juli 2010 umsetzt.

Der **Eigenanteil an den Pflegekosten im ambulanten Bereich** wurde durch die Arbeitsgruppe intensiv und kontrovers diskutiert. Die allgemeine Förderung der Spitex, die analoge Behandlung der Pflegekosten und die hohen Spitexkosten wurden gegenseitig abgewogen. Mit Mehrheitsentscheid schlägt die Arbeitsgruppe vor, Eigenleistungen gesetzlich vorzusehen und den Spitexklientinnen und -klienten 10 Prozent der jeweiligen Krankenkassenbeiträge als Eigenleistungen zu belasten. Die Gemeinden werden dadurch bei den Spitexkosten entlastet.

Der Kanton Zug hat die Mitfinanzierung der Pflegekosten mit der Übernahme der ungedeckten Pflegekosten durch die Einwohnergemeinden weitgehend bereits seit 1999 umgesetzt. Grosse Kostenverschiebungen sind deshalb nicht vorzunehmen. Die **Belastung der Bewohnerinnen und Bewohner in Alters- und Pflegeheimen** ist gesamthaft zu betrachten. Dazu müssen die Kosten der Pension, Betreuung und Pflege zusammengezählt werden, welche nicht von anderen Kostenträgern oder Versicherungen übernommen werden. Die nachfolgenden Ausführungen zur Betreuungstaxe und zum Eigenanteil an den Pflegekosten sind deshalb zusammen zu betrachten.

Ein Eigenanteil an den Pflege- und Betreuungskosten wurde durch die Einführung der Betreuungstaxe per 1. Januar 2005 bereits umgesetzt. In der **Gesamtbetrachtung** ergibt die bisherige, anteilmässige Berechnung der Betreuungstaxe und neu des Eigenanteils an den Pflegekosten einen starken Anstieg der Kosten in den neu zwölf Pflegestufen. Die Arbeitsgruppe schlägt deshalb auch eine Anpassung der Berechnung der Betreuungstaxe vor.

Die Betreuungskosten wurden bisher analog zum steigenden Pflegeaufwand auf die vier BESA-Stufen verteilt. Die Arbeitsgruppe schlägt nun vor, die **Betreuungstaxe** gleichmässig auf alle Bewohnerinnen

und Bewohner zu verteilen. Der Betreuungsanteil an den Pflegepersonalkosten bleibt unverändert, weshalb die Veränderung für die Gemeinden kostenneutral erfolgt. Hingegen ergeben sich grosse Verschiebungen unter den Bewohnerinnen und Bewohnern. Personen ohne oder mit geringer Pflegebedürftigkeit zahlen neu markant mehr. Der Kostenanstieg zwischen keiner Pflegebedürftigkeit und der höchsten Pflegestufe fällt geringer aus und es entsteht ein Steuerungseffekt zu Gunsten der Spitex. Die neu gleichmässig pro Bewohnertag berechnete Betreuungstaxe ist durch den Regierungsrat in die Verordnung Langzeitpflege aufzunehmen.

Der **Eigenanteil an den Pflegekosten im stationären Bereich** ist mit der neuen Pflegefinanzierung vom Bundesrecht her vorgesehen. Bereits heute übernehmen die Gemeinden die ungedeckten Pflegekosten. Mit der Betreuungstaxe trugen die Bewohnerinnen und Bewohner zur Finanzierung der Kosten des Pflegepersonals bei. Aufgrund dieser Überlegungen empfiehlt die Arbeitsgruppe den Eigenanteil der Betagten mit 10 Prozent des jeweiligen Krankenkassenbeitrages festzusetzen. Mit diesem Ansatz werden die geringeren Krankenkassenleistungen ausgeglichen und die Gemeinden werden in kleinem Ausmass entlastet. Der Eigenanteil, die Berechnung pro Krankenkassenbeitrag und der Anteil von 10 Prozent sind durch den Regierungsrat in die Verordnung Langzeitpflege aufzunehmen.

Der Entscheid für die **Wahl eines Einstufungs- und Abrechnungssystems** erfolgt durch die Sozialvorsteherinnen und Sozialvorsteher auf Antrag von CURAVIVA ZUG (ZIGA) bis Mitte Dezember 2009.

Die **Finanzierung der Langzeitpflege im Kanton Zug** hat sich bewährt. Die Veränderungen sind weit weniger tiefgreifend als in anderen Kantonen und die moderaten Umsetzungsempfehlungen der Arbeitsgruppe entsprechen den Möglichkeiten des Kantons Zug und beinhalten eine langjährig erprobte und auf Tragbarkeit ausgerichtete Finanzierung.

2. Prozess, Aufbau des Berichtes

Die neue Pflegefinanzierung wurde durch die eidgenössischen Räte im Sommer 2008 nach langer Uneinigkeit verabschiedet. In der Umsetzung blieben diverse Fragen offen. Diese wurden nach einer Vernehmlassung bis Ende März 2009 erst im zweiten Quartal 2009 durch den Bundesrat mittels Verordnung entschieden. Diese ist nach wie vor interpretationsbedürftig und regelt diverse Fragen nicht befriedigend. Gleichzeitig legte der Bundesrat die Einführung der neuen Pflegefinanzierung auf den 1. Juli 2010 fest.

Im Verlauf des Sommers 2009 fanden Abklärungen der Gesundheitsdirektion bezüglich dem Vorgehen für die Anpassung der rechtlichen Grundlagen im Kanton Zug statt. Dabei wurde das Spitalgesetz vom 29. Oktober 1998 als ausreichend erachtet. Durch diesen Vorentscheid entfiel der Einbezug der kantonalen Legislative und der Prozess zur Umsetzung der Bundesvorgaben konnte zeitlich festgelegt werden.

Die Gesundheitsdirektion informierte am 31. August 2009 die Präsidentin der Sovoko (Käty Hofer) und die Vorsitzende der Kantonalen Gruppe Langzeitpflege (Marianne Weber) über die Eckpunkte der neuen Pflegefinanzierung und die Zuständigkeit der Gemeinden bei der Ausarbeitung. Die Gemeindevertreterinnen erachteten es als korrekt, dass basierend auf dem Auftrag gemäss Spitalgesetz die Gemeinden die Erarbeitung der Umsetzung im Kanton Zug federführend übernehmen.

Die Gesundheitsdirektion hat anschliessend an diese Sitzung umgehend alle Gemeinden schriftlich über die Vorschläge, die Vorgehensweise und den Zeitplan informiert.

Die Präsidentin der Sovoko gelangte an alle für diesen Bereich zuständigen Gemeinderätinnen und Gemeinderäte und bat um Meldungen für die geplante Arbeitsgruppe und Zustimmung zur Zusammensetzung. Von den Sozialvorsteherinnen und Sozialvorstehern erfolgten keine Meldungen.

Die Arbeitsgruppe in der genannten Zusammensetzung traf sich zu fünf Sitzungen und hat sich mit der komplizierten Materie eingehend und umfassend auseinandergesetzt.

Der Bericht wurde durch Christian Bollinger verfasst und umfasst bei jedem Thema jeweils die gesetzliche Ausgangslage, spezifische Gegebenheiten im Kanton Zug, anschliessend die Abklärungen und Überlegungen der Arbeitsgruppe und endet mit einem Rahmen, welcher die Umsetzungsempfehlung zuhanden der Gesundheitsdirektion beinhaltet.

Zur Empfehlung des Einstufungs- und Abrechnungssystems wurde eine separate Vorgehensweise gewählt. Diese ist im entsprechenden Kapitel erwähnt.

3. Ausgangslage generell

Der neuen Pflegefinanzierung ging ein jahrelanges Seilziehen um die Umsetzung des Krankenversicherungsgesetzes und die Finanzierung der Pflegekosten voraus. Mit der nun gewählten Finanzierung werden die Pflegekosten neu auf die Krankenversicherer, die öffentliche Hand und die betroffenen Personen verteilt. Von der alleinigen Finanzierung der gesamten Pflegekosten durch die Krankenversicherungen wurde abgesehen.

Die Regelungen bei der Krankenpflege unterscheiden nicht nach Erbringungsart ambulant/stationär. Ein wichtiger Grundsatz ist demnach, dass die ambulante und stationäre Pflegeerbringung gleichberechtigt ist.

Veränderungen mit der neuen Pflegefinanzierung erfolgen bei den KVG-pflichtigen Pflegeleistungen. Im Kanton Zug werden gemäss Langzeitpflegeverordnung die Pensions-, die Betreuungs-, die Pflorgetaxe sowie private Auslagen unterschieden. Unmittelbar erfahren nur die Pflegekosten eine neue Kostenverteilung. Die im Kanton Zug ausgeschiedenen Betreuungskosten sind direkt von der neuen Gesetzgebung nicht betroffen.

Der Kanton Zug hat mit dem Spitalgesetz vom 29. Oktober 1998 bereits eine Beteiligung der öffentlichen Hand vorgesehen. Die Übernahme der ungedeckten Pflegekosten durch die Einwohnergemeinden entlastet seither die in Alters- und Pflegeheimen betreuten Personen merklich. Damit wurde die mit der Bundesgesetzgebung angestrebte Entlastung der Betroffenen im Kanton Zug bereits umgesetzt. Im Gegensatz zu anderen Kantonen führt deshalb die Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung im Kanton Zug tendenziell zu einer Mehrbelastung der Betroffenen.

Gesetzliche Grundlagen:

KVG: Änderungen vom 13. Juni 2008

Art. 25a Abs. 4: Vom Bundesrat nach Pflegebedarf festgesetzte Beiträge für die ganze Schweiz

Art. 25a Abs. 2: Akut- und Übergangspflege während 14 Tagen; Kostenaufteilung nach den Regeln der neuen Spitalfinanzierung

Art. 25 a Abs. 5: Eigenanteil an den Pflegekosten von maximal 20% des vom Bundesrat festgesetzten höchsten Pflegebeitrages

KLV: Verordnung EDI vom 24. Juni 2009 (Krankenpflege-Leistungsverordnung)

Art. 7 a: (fixe Beiträge der Krankenkassen nach Bundesvorgabe – kein Rahmentarif mehr)

Stationär 12 Stufen nach Zeittarif: Frankenbetrag pro Stufe und Tag

Ambulant 3 Leistungsarten: Frankenbetrag pro Stunde

Art. 7 b (Akut- und Übergangspflege)

Nur auf Anordnung des Spitalarztes

Pauschale für die Pflege inklusive Therapie für die ersten 14 Tage (Vereinbarung zwischen santésuisse und Leistungserbringer; Kantonaler Anteil mindestens 55 Prozent)

Spitalgesetz des Kantons Zug vom 29. Oktober 1998

Das Spitalgesetz des Kantons Zug erfährt für die neue Pflegefinanzierung keine Veränderungen.

Die ambulante und stationäre Langzeitpflege ist Aufgabe der Einwohnergemeinden.

Verordnung über die ambulante und stationäre Langzeitpflege vom 1. Juni 2004

Die Verordnung muss an die neuen Gegebenheiten angepasst werden.

Die Gesundheitsdirektion plant zur veränderten Verordnung gemäss Zeitplan eine ordentliche Vernehmlassung ab Januar bis Mai 2010.

4. Behandelte Themen

Die Arbeitsgruppe hat die Themen gemäss Besprechung vom 31. August 2009 zur Diskussion aufgenommen und besprochen. Diese wurden für den Bericht vom allgemeinen zum spezifischen geordnet. Wo dies notwendig ist, wird zwischen den Betreuungsformen (ambulant, teilstationär, stationär) unterschieden.

4.1 Übergangspflege

a) Gesetzliche Grundlagen / Ausgangslage

Neu wird die Übergangspflege eingeführt, die analog zum Finanzierungsschlüssel der Spitäler finanziert wird. Der Kostenanteil des Kantons beträgt mindestens 55 Prozent. Im Gegensatz zum Akutbereich werden die Kosten für Hotellerieleistungen dem Patienten belastet.

Die Beiträge der Krankenkassen an die Übergangspflege werden zwischen den Kassen (santésuisse) und den Leistungserbringern vereinbart. Diese Tarifverträge sind durch den Regierungsrat zu genehmigen.

Die Übergangspflege ist gesetzlich kaum definiert. Sie erfolgt immer nur nach einem Spitalaufenthalt und wird durch den Spitalarzt verordnet. Die Dauer von Übergangspflege wurde durch den Gesetzgeber auf maximal 14 Tage limitiert.

Das Pflegezentrum Baar ist gemäss Pflegeheimliste mit sechs Betten Übergangspflege als stationärer Leistungserbringer anerkannt.

b) Abklärungen / Überlegungen

Die Übergangspflege kann sowohl ambulant als auch stationär erfolgen. Im stationären Bereich verfügt der Kanton Zug mit dem Pflegezentrum Baar über eine Institution, welche bereits über ein Konzept verfügt und mehrere Betten anbietet. Mit dem Kanton ist eine entsprechende Leistungsvereinbarung abzuschliessen.

Die Übergangspflege als Zusammenspiel von medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Dienstleistungen ist im ambulanten Bereich auf unterschiedliche Träger verteilt. Diese arbeiten bereits heute nach einem Spitalaustritt intensiv zusammen. Der ambulante Bereich kennt noch keinen Leistungserbringer von Übergangspflege. Der Verein Spitex Kanton Zug leistet bereits heute vermehrte Krankenpflege nach einem Spitalaustritt. Die Finanzierung erfolgt heute über die Gemeinden. Für den ambulanten Bereich der Übergangspflege werden ein Konzept und eine Leistungsvereinbarung mit dem Kanton nötig.

Die Finanzierung analog zu den Spitälern weist eindeutig darauf hin, dass die Übergangspflege der Akutpflege folgt und Teil dieser medizinischen Versorgung ist. Sie ist deshalb Aufgabe des Kantons, wie dies von der Gesundheitsdirektion auch vorgeschlagen wurde.

In der Praxis wird die Frist von 14 Tagen von verschiedenen Fachpersonen als zu kurz erachtet. Dies ist vom eidgenössischen Gesetzgeber jedoch ausdrücklich so festgelegt worden. Eine Verlängerung der Regelung Übergangspflege zu Lasten der Gemeinden kommt für die Arbeitsgruppe deshalb nicht in Frage.

c) Umsetzungsempfehlung Übergangspflege

Die Finanzierung der Übergangspflege erfolgt durch den Kanton.

Die Gesundheitsdirektion verhandelt mit möglichen Leistungserbringern die entsprechenden Leistungsvereinbarungen, die kantonal abgeschlossen werden.

Im ambulanten Bereich ist der Auftrag zur Übergangspflege dem Verein Spitex Kanton Zug zu übertragen. Dabei stehen die pflegerischen Leistungen im Vordergrund und eine neue Organisationsform, welche auch medizinische und therapeutische Leistungen umfasst, ist zu vermeiden.

Die Dauer der Übergangspflege wird bei 14 Tagen belassen. Ab dem 15. Tag kommen die Regelungen der Langzeitpflege zum Zuge.

4.2 Finanzierung nach der Mittel-Gegenstand-Liste (MiGeL)

a) Gesetzliche Grundlagen / Ausgangslage

Die gesetzliche Grundlage für die Kostenübernahme von Mitteln und Gegenständen als Pflichtleistungen der Krankenversicherer werden in den Verordnungen zum KVG näher ausgeführt. Die Mittel und Gegenstände sind in einer langen Liste abschliessend festgehalten.

Nicht enthalten sind dabei Arbeitsmittel oder nichtpflichtige Hilfsmittel (zum Beispiel Handschuhe oder Slipeinlagen), die weiterhin durch die betroffenen Personen finanziert werden.

b) Abklärungen / Überlegungen

Die neue Pflegefinanzierung hat diesen Bereich nicht tangiert.

Gemäss Abklärungen der Gesundheitsdirektion sind die Beiträge der Krankenkassen gemäss MiGeL nicht in den Pflegepauschalen des Bundesrates enthalten.

c) Umsetzungsempfehlung MiGeL

Es sind keine Anpassungen notwendig.

Im stationären Bereich bleiben die bisherigen MiGeL-Pauschale von Fr. 3.00 pro Pfl egetag vorläufig bestehen. Die Leistungserbringer handeln mit santésuisse für die Folgejahre den Tarifvertrag neu aus.

Im ambulanten Bereich erfolgen keine Veränderungen. Die Leistungen werden der Klientin oder dem Klienten in Rechnung gestellt. Die Rückvergütung der Krankenkasse erfolgt nach MiGeL.

4.3 Ergänzungsleistungen

a) Gesetzliche Grundlagen / Ausgangslage

Die Ergänzungsleistungen wurden per 1. Januar 2008 gesetzlich gemäss der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung des Bundes (NFA) angepasst. Neu finanziert der Bund nur noch den allgemeinen Existenzbedarf mit. Die Kosten für weitere Leistungen (insbesondere Heimkosten) gehen zu Lasten des Kantons.

Der Kanton Zug hat die Höchstbeträge der Taxen bei den Ergänzungsleistungen limitiert. Diese Limiten führen dazu, dass in einigen stationären Einrichtungen die erbrachten Leistungen nicht mehr mit der AHV-Rente und Ergänzungsleistungen finanziert werden können. Betroffene sind auf Sozialhilfe angewiesen. Entschärft ist die Situation für im Kanton Zug gepflegte Personen der bisherigen Pflegestufen BESA 3 und BESA 4. In diesen Pflegestufen werden kantonale Ergänzungsleistungen ausgerichtet, die höhere kostendeckende Beiträge gewähren.

b) Abklärungen / Überlegungen

Die Veränderungen bei der Finanzierung der Krankenpflege bringen höhere Gesamtbelastungen für die Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen. Die Regelungen bei den Ergänzungsleistungen (insbesondere die Höchstbeträge bei nicht-pflegebedürftigen Personen und tiefen Pflegestufen) müssen den neuen Umständen angepasst werden.

Die Tarife im stationären Bereich werden durch den Regierungsrat im Rahmentarifverfahren beurteilt und die Höchstgrenzen für die Pensions-, Pflege- und Betreuungstaxe wird behördlich genehmigt. Damit verfügt der Kanton Zug über ein effektives und klar geregeltes Steuerungsinstrument bezüglich der Kostenentwicklung im stationären Bereich.

Dass Personen in einem Alters- und Pflegeheim generell in bestimmten Tarifstufen den Aufenthalt mit den Ergänzungsleistungen nicht finanzieren können, erachten die Gemeinden als stossend. Das Ziel der „Deckung des Existenzbedarfs“ gemäss Bundesgesetz wird so nicht erreicht.

Die Beteiligung an den Pflegekosten im ambulanten Bereich kann zu höheren Eigenleistungen führen, als heute durch die Ergänzungsleistungen vergütet werden können. Bei allfälligen Obergrenzen ist diese Veränderung angemessen zu berücksichtigen.

Generell sind die Ergänzungsleistungslimiten so auszugestalten, dass die Rahmentarifentwicklung und damit die Kostenbeteiligung berücksichtigt werden kann.

c) Umsetzungsempfehlung Ergänzungsleistungen

Die Höhe der Ergänzungsleistungen ermöglichen rentenberechtigten Personen mit einer minimalen Vollrente den Aufenthalt in den Alters- und Pflegeheimen des Kantons Zug, ohne dass sie auf Sozialhilfe angewiesen sind.

Die Ergänzungsleistungen ermöglichen die Anpassungen, die bei den Rahmentarifen von der Regierung genehmigt werden. Die Steuerung der Teuerung erfolgt durch die Rahmentarifverfahren und nicht durch Limiten der Ergänzungsleistungen.

Die gesetzlichen Grundlagen der Ergänzungsleistungen werden durch den Kanton rechtzeitig so angepasst, dass die zusätzlichen Belastungen aufgrund der veränderten Pflegefinanzierung bei bezugsberechtigten Personen übernommen werden.

4.4 Hilflosenentschädigung

a) Gesetzliche Grundlagen / Ausgangslage

Altersrentnerinnen und Altersrentner haben zusätzlich zur Rente Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, sofern sie in schwerem oder mittlerem Grad hilflos sind. Hilflos ist, wer für

alltägliche Verrichtungen wie Ankleiden, Toilette benützen, Essen, usw. dauernd auf Hilfe Dritter angewiesen ist. Die Entschädigung wird unabhängig von Einkommen und Vermögen gewährt.

Gemäss Abklärungen der Gesundheitsdirektion gilt die Hilflosenentschädigung als Drittleistung und wird nicht der Eigenleistung angerechnet.

b) Abklärungen / Überlegungen

Die Hilflosenentschädigung ist eine Drittleistung, die für die Kosten der institutionellen Betreuung und Pflege einzusetzen ist, ähnlich dem Beitrag der Krankenkasse bei den Pflegekosten.

Die Ermittlung des Hilflosigkeitsgrades erfolgt nach leicht anderen Überlegungen, als die Bedarfsermittlungssysteme für den Pflegebedarf vorsehen. Aus einer bestimmten Pflegebedürftigkeit kann deshalb nicht direkt auf die Hilflosigkeit geschlossen werden.

Hilflosigkeit kann auch bereits in der Wohnsituation zu Hause entstehen. Ist dies der Fall, so besteht ebenfalls ein Anspruch auf die Hilflosenentschädigung. Wohnen zu Hause ist mit ambulanter Pflege und Betreuung bei bestehender Hilflosigkeit nicht ohne weitere Unterstützung möglich. Diese wird häufig von der Partnerin oder Verwandten geleistet. Die Hilflosenentschädigung dient auch der Teilfinanzierung dieser Leistungen.

c) Umsetzungsempfehlung Hilflosenentschädigung

An der Verwendung der Hilflosenentschädigung zur Finanzierung der Pflegekosten im Sinne einer Drittleistung wird festgehalten.

Die mittlere und schwere Hilflosenentschädigung wird den neuen Stufen als fixer Tagesbeitrag zugeordnet. (Vorschlag: Stufen 5 - 7 = mittlere Hilo, Stufen 8 - 12 = schwere Hilo)

Eine fehlende Hilflosenentschädigung (Hilo-Voraussetzungen noch nicht erfüllt) ist wie bisher dem Bewohner oder der Bewohnerin zu belasten.

Im ambulanten Bereich ist auf die Anrechnung der Hilflosenentschädigung weiterhin zu verzichten, um die Spitex zu fördern und weil die Spitex häufig nur einen Teil der Dienstleistungen erbringt.

4.5 ambulante Langzeitpflege – Spitex – Abrechnungsformen

a) Gesetzliche Grundlagen / Ausgangslage

Die neun gemeindlichen Spitexorganisationen wurden per 1. Januar 2009 in der kantonalen Organisation Spitex Kanton Zug zusammengefasst. Mit der neuen Organisation wurde ein identischer Leistungsvertrag abgeschlossen. Von den Dienstleistungen der Spitex (Krankenpflege, hauswirtschaftliche Leistungen, Mahlzeitendienst) betrifft die neue Pflegefinanzierung lediglich die pflegerischen Leistungen gemäss KVG.

b) Abklärungen / Überlegungen

Das Thema Eigenleistungen an die Pflege wird im nächsten Kapitel behandelt. Die Übergangspflege und die Beiträge der Krankenkassen gemäss MiGeL sind bereits oben erwähnt worden.

Eine Fragestellung der Spitex Kanton Zug betrifft die Leistungserbringung ausserkantonale, insbesondere für die Gemeinde Meierskappel LU. Bereits die Basisregelung der Verrechnung ist im Bereich Spitex komplex. Dies soll nicht nochmals verschlimmert werden, indem verschiedene

Abrechnungsformen nebeneinander existieren. Der Verein Spitex Kanton Zug soll nur eine einheitliche Abrechnungsform anwenden müssen.

c) Umsetzungsempfehlung Abrechnungsformen Spitex

Bei der Spitex Kanton Zug gilt eine einheitliche Abrechnungsform für die ganze Organisation.

4.6 Eigenanteil der Leistungsbezüger ambulant

a) Gesetzliche Grundlagen / Ausgangslage

Die ambulante Krankenpflege wird in drei Leistungskategorien unterteilt. Neu legt der Bundesrat die Beiträge der Krankenversicherer pro Stunde schweizweit fest. Die ersten zehn Minuten werden als 10 Minuten abgerechnet, anschliessend gelten Einheiten von fünf Minuten. Bisher wurden in 10 Minuten-Schritten Leistungen verrechnet.

Für die Krankenkassenbeiträge gelten folgende Tarife:

Massnahmen der Abklärung und der Beratung	Fr. 79.80 pro Stunde
Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung	Fr. 65.40 pro Stunde
Massnahmen der Grundpflege	Fr. 54.60 pro Stunde

Als Limite für die Verrechnung von Eigenleistungen wurde vom Gesetzgeber 20 Prozent des höchsten Krankenkassenbeitrages festgelegt. Dies sind im Jahr 2010 Fr. 15.95 (nämlich 20% von 79.80). Erschwert wird die Berechnung von Eigenleistungen dadurch, dass dieser Höchstbetrag pro Behandlungstag (nicht Stunde) lediglich einmal verrechnet werden darf.

Die gesetzliche Regelung unterscheidet dabei nicht zwischen Leistungen für Erwachsene oder Kinder.

Der schweizerische Spitexverband schlägt den Kantonen vor, den Spitexklientinnen und -klienten in der Krankenpflege keine Eigenleistungen zu übertragen. Dies einerseits um die spitalexterne Krankenpflege weiter zu fördern und andererseits, da die Gefahr bestehe, dass zu hohe Eigenleistungen verlangt werden.

b) Abklärungen / Überlegungen

Die Förderung der spitalexternen Krankenpflege ist in der Arbeitsgruppe unbestritten. Unterschiedliche Meinungen bestehen dabei, ob die finanzielle Förderung nicht bereits durch die entstehenden Gesamtkosten in Heimen besteht oder ob eine weitere Förderung der Spitex notwendig ist. Die Kosten für die Betroffenen sind im Alters- und Pflegeheim auf alle Fälle höher.

Die Empfehlung des Schweizerischen Spitexverbandes auf eine Beteiligung der Patientinnen und Patienten zu verzichten, wurde intensiv diskutiert. Eine Mehrheit der Arbeitsgruppe befürwortet einen moderaten Eigenanteil. Unter anderem wird auch auf den Eigenanteil im stationären Bereich verwiesen und die Pflegebeteiligung soll rechtsgleich ausgestaltet werden.

Die Eigenleistungen in der ambulanten Krankenpflege sind vom Gesetzgeber äusserst komplex eingerichtet worden.

Die Arbeitsgruppe schlägt die Berechnung von Eigenleistungen pro rata temporis vor. Dies bedeutet, dass eine Eigenleistung bei einem kürzeren Einsatz als 60 Minuten entsprechend verkleinert wird.

Zudem wird eine prozentuale Beteiligung gemäss geleisteter Stunde pro Krankenkassenbeitrag eindeutig bevorzugt. Dies würde von den Betroffenen auch eher verstanden.

Die Kosten pro Stunde Krankenpflege stiegen mit der Vollkostenrechnung und den erweiterten Dienstleistungen der Spitex Kanton Zug stark an. Sie liegen im Durchschnitt bei ca. Fr. 160.00 wobei Krankenkassenrückvergütungen von zurzeit etwa Fr. 48.00 pro Stunde den Klientinnen und Klienten in Rechnung gestellt werden. Die neuen Ansätze bringen dabei eine gewisse Entlastung der Gemeinden. Auf der anderen Seite befürchtet die Spitex Schweiz mit dem neuen Abrechnungsmodus von 5 Minuten eine Leistungseinbusse durch Rundungsdifferenzen.

Die Steuerung der Spitexnachfrage durch die Klientinnen und Klienten bei der Anwendung von Eigenleistungen soll indirekt durch die Höhe der eigenen Kosten bei einem Alters- und Pflegeheim wesentlich beeinflusst werden. Der Verein Spitex Kanton Zug befürchtet, dass in der Spitex auf notwendige Pflegemassnahmen wegen einer Eigenleistung verzichtet wird und der Gesundheitszustand von einzelnen Personen sich dadurch verschlechtern könnte.

Die neuen Ansätze bei der Vergütung der Leistungen in der Spitex durch die Krankenkassen entlasten die angeschlossenen Gemeinden im Vergleich zu heute. Genaue Berechnungen sind mangels statistischer Daten der Spitex Kanton Zug und der Veränderung des zeitlichen Abrechnungsmodus nicht möglich.

Bei einer Eigenleistung von 10 Prozent ergeben sich eine Entlastung der Gemeinden und eine Belastung für die Klientinnen und Klienten. Bei dem statistisch ausgewiesenen durchschnittlichen Leistungsbezug von 50 Stunden pro Jahr ist mit Kosten für die Klientin bzw. den Klienten von ca. Fr. 300.00 im Jahr zu rechnen. Ist die betroffene Person während einem ganzen Jahr auf täglich eine Stunde Pflege angewiesen, so wird diese mit ca. Fr. 2'000.00 belastet (vgl. Modellrechnung im Anhang).

Die Verrechnung von Eigenleistungen bedingt die Anpassung des Informatiksystems der Spitex Kanton Zug. Diese muss jedoch auch in anderen Spitexorganisationen vorgenommen werden. Anschliessend hat eine Verrechnung von Eigenleistungen kaum Mehraufwand zur Folge. Nach wie vor erfolgt eine Rechnungsstellung.

Unabhängig von der Einführung von Eigenleistungen im Jahr 2010 erachtet es die Arbeitsgruppe als sinnvoll, dass die Verordnung eine mögliche Eigenleistung vorsieht.

Die Kinderspitex Luzern erbringt spezialisierte und erhöhte Leistungen für kranke Kinder zu Hause. Sie arbeitet im Leistungsauftrag der Spitex Kanton Zug und diese verrechnet die Kosten direkt der Wohngemeinde der Kinder. Es liegt ein Antrag vor, auf die Berechnung von Eigenleistungen an die Krankenpflege bei der Kinderspitex zu verzichten. Die Arbeitsgruppe ist der Meinung, dass auf die Regelung des Kantons Luzern abgestützt werden soll.

Wird auf Eigenleistungen bei der Kinderspitex Luzern verzichtet, so stellt sich die Frage, ob auch direkte Krankenpflegeleistungen der Spitex Kanton Zug für Kinder von Eigenleistungen befreit werden sollen.

c) Umsetzungsempfehlung Eigenanteil ambulant (Spitex)

Die Eigenleistung an die Krankenpflege ist in den Ausführungsbestimmungen des Kantons Zug mit einer Kann-Formulierung vorzusehen.

Die Berechnung der Eigenleistung erfolgt prozentual gemäss dem effektiven Zeitaufwand pro Tag.

Die Eigenleistung von 10 Prozent wird gemäss Leistungseinheit vom jeweiligen Krankenkassenbeitrag verrechnet. Gemäss den Bundesvorgaben ist die Eigenleistung pro Tag limitiert.

Bei den Spitexleistungen für Kinder schliesst sich der Kanton Zug der Luzerner Regelung für die Kinderspitex Luzern an. Wird auf Eigenleistungen verzichtet, so ist auch bei Kindern, welche durch die Spitex Kanton Zug gepflegt werden, die gleiche Regelung anzuwenden.

4.7 Tages- und Nachtstrukturen

a) Gesetzliche Grundlagen / Ausgangslage

Die neue Pflegefinanzierung bestimmt, dass teilstationäre Einrichtungen analog zum stationären Bereich finanziert werden. In der kantonalen Verordnung sind Tageszentren dem ambulanten Bereich zugeordnet. Die Gesundheitsdirektion schlägt vor, die Tageszentren im ambulanten Teil zu belassen.

Im Kanton Zug besteht mit dem Tagesheim im Pflegezentrum Baar bisher lediglich eine Einrichtung, welche von den neuen Regelungen betroffen ist.

b) Abklärungen / Überlegungen

Die Umsetzung des stationären Tarifs im Tagesheim Baar beinhaltet mehrere ungeklärte Fragen. Vermutlich wäre für jede Person eine Einstufung gemäss dem stationären Beurteilungssystem notwendig. Anschliessend bleibt jedoch unklar, ob der 24-Stunden-Tarif aus dem stationären System dem Tageszentrum für die geleisteten Öffnungszeiten vollumfänglich oder lediglich anteilmässig gewährt wird.

Die Gesundheitsdirektion hat informiert, dass die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) derzeit prüft, bei den Tageszentren eine pauschalisierte Lösung zu finden.

Die Arbeitsgruppe ist der Ansicht, dass noch zu viele offene Fragen bezüglich der neuen Pflegefinanzierung bei Tages- und Nachtstrukturen bestehen. Da im Kanton nur eine Organisation besteht, soll pragmatisch eine Lösung (allenfalls auch mit Übergangsregelung) gefunden werden.

Der Tagesheimgast übernimmt wie bisher Aufwendungen für die Betreuung und die Haushaltungskosten. Diese sind für den Tagesaufenthalt bereits hoch. Von Eigenleistungen an die Pflegekosten soll im Bereich der Tages- und Nachtstrukturen deshalb abgesehen werden (doppelte Aufwendungen mit Kosten zu Hause und in der Tagesstruktur).

c) Umsetzungsempfehlung Tages- und Nachtstrukturen

Die Finanzierung des Tagesheimes im Pflegezentrum Baar erfolgt analog anderer Finanzierungsmodelle in der Zentralschweiz. Tagespensions- und Betreuungskosten werden durch den Tagesheimgast übernommen.

Auf einen Eigenanteil an den Kosten der Krankenpflege wird im Bereich der Tages- und Nachtstrukturen verzichtet.

4.8 Anrechenbare Kosten Pflege Kanton Zug – stationär

a) Gesetzliche Grundlagen / Ausgangslage

Die Pflegekosten werden im Kanton Zug aufgrund der direkten Kosten für die Pflegeleistungen gemäss KLV Art. 7 ermittelt. Nach Abzug der Drittleistungen verbleiben die ungedeckten Pflegekosten, welche durch die Gemeinden zu finanzieren sind.

Die Luzerner Altersheimleiterkonferenz (LAK) errechnet die Pflegekosten betriebswirtschaftlich gemäss Kostenrechnung und zählt dazu auch Verwaltungs- und Pflegeinfrastrukturkosten hinzu.

b) Abklärungen / Überlegungen

Bei der Frage nach den anrechenbaren Kosten der Pflege handelt es sich schlussendlich um eine Finanzierungsfrage zwischen Bewohnerin bzw. Bewohner und der Gemeinde. Für die Institution ist die Antwort weniger von Bedeutung.

Mit der neuen Pflegefinanzierung erfolgt gesamtschweizerisch eine durch den Gesetzgeber gewollte Verschiebung hin zur öffentlichen Hand. Im Kanton Zug ist dies bereits seit 1999 mit der Übernahme der ungedeckten Pflegekosten durch die Gemeinden vollzogen. Damit die Pflege ihre Leistungen erbringen kann, müssen diverse Voraussetzungen (Pflegebetten, Stationszimmer, weitere Infrastruktur, Abrechnungswesen, Verwaltung etc.) erfüllt sein. Betriebswirtschaftlich können diese Kosten der Kostenstelle Pflege zugeordnet werden. In anderen Kantonen ist dies auch der Fall und die Pflegekosten steigen bei gleichzeitiger Entlastung der Pensionstaxe.

Im Kanton Zug werden die Pflegekosten aufgrund der direkten Pflegepersonalkosten ermittelt. Diese bewährte und gesetzlich abgestützte Definition der Pflegekosten soll fortgeführt werden. Ein Wechsel zu einer auf der Kostenrechnung basierenden Berechnung würde zu höheren Pflegekosten führen und eine höhere Beteiligung der öffentlichen Hand erfordern. Dies wird abgelehnt. Sollte die Vergleichbarkeit mit anderen Kantonen zu einem späteren Zeitpunkt eine Umrechnung erfordern, so wäre diese kantonal einheitlich und ohne Kostenverschiebung zu den Gemeinden vorzunehmen.

c) Umsetzungsempfehlung anrechenbare Kosten Pflege Kanton Zug – stationär

Die Pflegekosten werden im Kanton Zug weiterhin gemäss den direkten Pflegekosten mit dem bereits eingeführten auf zwölf Stufen anzupassenden Formular ermittelt.

4.9 Ausserkantonale Bewohnerinnen und Bewohner

a) Gesetzliche Grundlagen / Ausgangslage

Mit der neuen Pflegefinanzierung erfolgt schweizweit eine Beteiligung der öffentlichen Hand an den Pflegekosten. Die Bedeutung des Wohnortes vor Heimeintritt nimmt deshalb ab.

Im Kanton Zug ist die Wohngemeinde vor Heimeintritt für die Finanzierung der ungedeckten Pflegekosten zuständig.

Eine Sonderstellung nehmen Einwohnerinnen und Einwohner der Gemeinde Meierskappel LU ein, für welche 8 Pflegebetten in der zugerischen Pflegeheimliste reserviert sind.

b) Abklärungen / Überlegungen

Die Standortgemeinden müssen sich nicht um Finanzierungsfragen für ausserkantonale Personen kümmern. Die Institution soll demnach einer Bewohnerin bzw. einem Bewohner die Rechnung inklusive ungedeckten Pflegekosten stellen. Die Abklärungen zur Mitfinanzierung ist Sache der Bewohnerin bzw. des Bewohners.

c) Umsetzungsempfehlung ausserkantonale Bewohnerinnen und Bewohner

Die Rechnungsstellung für die ungedeckten Pflegekosten erfolgt bei ausserkantonalen Bewohnerinnen und Bewohnern direkt.

Die Konsequenzen der neuen Pflegefinanzierung für Personen aus Meierskappel LU im Alterszentrum Dreilinden in Rotkreuz sind durch diese Gemeinden separat zu regeln.

4.10 Betreuungstaxe

a) Gesetzliche Grundlagen / Ausgangslage

Die neue Pflegefinanzierung regelt die KVG-pflichtigen Leistungen. Unbestritten erbringt das Pflegepersonal weitere Leistungen, die nicht-KVG-pflichtig sind. Neben der Pflege gehören zum Dienstleistungsangebot von Alters- und Pflegeheimen auch die Betreuungsleistungen.

Im Kanton Zug wurde diesem Umstand mit der Einführung der Betreuungstaxe Rechnung getragen. Diese wurde ab 1. Januar 2005 schrittweise eingeführt und berechnet sich heute mit 15 Prozent der Aufwendungen für das Pflegepersonal.

b) Abklärungen / Überlegungen

Die Arbeitsgruppe hat in ihren Überlegungen zwei verschiedene Berechnungsweisen der Betreuung geprüft und schlägt einen Systemwechsel vor.

Die bisherige Verteilung der Betreuungskosten aufgrund der Pflegebedürftigkeit führt, zusammen mit dem neuen stufenabhängigen Eigenanteil an die Pflegekosten, zu hohen Kosten bei stark pflegebedürftigen Personen. Gleichzeitig sind Betreuungsleistungen des Pflegepersonals nicht direkt vom ermittelten Pflegebedarf abhängig.

Es ist relativ häufig der Fall, dass Personen mit keinem oder tieferem Pflegebedarf intensiver Betreuung bedürfen. Auch die Begleitung zu sozialen Aktivitäten im Alters- und Pflegeheim erfolgt häufiger bei diesen Personen. Die Betreuung wird meistens durch das Pflegepersonal erbracht.

In der folgenden Tabelle werden die prozentuale Berechnungsweise und die gleichmässige Verteilung auf alle Bewohnerinnen und Bewohner einander gegenüber gestellt. Dabei ergeben sich folgende Überlegungen:

1. Betreuungstaxe prozentual der Pflege- und Betreuungskosten mit 15 % wie bisher	2. Betreuungstaxe 15 % der Kosten des Pflegepersonals fix verteilt auf alle Bewohnertage
<p>Positiv</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Betreuungstaxe wird wie bisher berechnet und es erfolgt keine Systemänderung. • schwerer pflegebedürftige Personen zahlen mehr. • der Pflegekostenansatz ist noch nicht voll verrechnet (Spielraum). • die Planung des Pflegepersonals ist einfacher. • die Verteilung der Kosten erfolgt eher nach dem Bedarfsprinzip der Pflege. 	<p>Positiv</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die neue Regelung der Pflegekostenbeteiligung kann umgesetzt werden. • die Kosten der Betreuung werden gleichmässig verteilt. • auch die Bewohnerinnen und Bewohner ohne Pflege beteiligen sich an den Kosten des Pflegepersonals. • der Höchsttarif fällt geringer aus; das Risiko für den Betrieb bei der Planung ist kleiner. • die Verteilung der Betreuungskosten erfolgt solidarisch über alle Stufen.
<p>Negativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es besteht eine starke Progression bei den Tarifen, welche bei 12 Stufen stärker ins Gewicht fällt. • Der Höchsttarif ist wesentlich höher. 	<p>Negativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei keiner oder geringer Pflege kostet der Platz markant mehr. • Es handelt sich um eine grössere Systemänderung.

Unter Berücksichtigung der oben erwähnten Vorteile haben folgende Argumente dazu geführt, dass sich die Arbeitsgruppe klar für die gleichmässige Verteilung der Betreuungskosten auf alle Bewohnertage ausgesprochen hat:

- Die gleichmässige Verteilung entspricht der Lösung vieler anderer Kantone (zum Teil direkt als Bestandteil der Pensionskosten)
- Es entsteht ein Steuerungselement zu Gunsten höherer Pflegestufen in den Alters- und Pflegeheimen

c) Umsetzungsempfehlung Betreuungstaxe

Die Betreuungstaxe berechnet sich nach dem Zuger Modell mit 15 Prozent der Pflege- und Betreuungskosten verteilt auf alle Bewohnertage.

Die Kostenverschiebung unter den Bewohnerinnen und Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen ist rechtzeitig und umfassend zu kommunizieren.

4.11 Eigenanteil der Leistungsbezüger stationär

a) Gesetzliche Grundlagen / Ausgangslage

Die neue Pflegefinanzierung legt fest, dass den Bewohnerinnen und Bewohnern von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen maximal 20 Prozent des höchsten Krankenkassenbeitrages an die Pflege übertragen werden können. Die restlichen ungedeckten Pflegekosten sind durch die öffentliche Hand zu finanzieren. Mit der Bestimmung wollte der Gesetzgeber einerseits die Belastung der pflegebedürftigen Personen begrenzen und die Kostenübernahme durch die Krankenversicherer dennoch nicht erhöhen.

Die Kostenbeteiligung der Krankenkassen wurde insgesamt kostenneutral ausgestaltet. Neu besteht ein Zeittarif mit zwölf Stufen à 20 Minuten. Die bisherigen BESA-Punkte und RAI-Stufen können in die neuen Zeitwerte gemäss den Tabellen von santésuisse bis zum 1.1.2011 umgerechnet werden.

Der höchste Pflegekostenbeitrag in der Stufe 12 ab 240 Minuten Pflege pro Tag wurde für die Krankenkassen vom Bundesrat auf Fr. 108.00 pro Tag festgelegt. Davon darf der Anteil von 20 Prozent, respektive Fr. 21.60 pro Tag, als Maximalanteil von den Bewohnerinnen und Bewohnern verlangt werden.

Im Kanton Zug übernehmen bereits heute die Gemeinden die ungedeckten Pflegekosten gemäss KLV Art. 7. Die Beteiligung der Leistungsbezüger und -bezügerinnen mit einem Eigenanteil führt deshalb im Kanton Zug zu einer Mehrbelastung der Personen in den Alters- und Pflegeheimen. Dies im Gegensatz zu anderen Kantonen, in welchen die Bewohnerinnen und Bewohner klar entlastet werden.

b) Abklärungen / Überlegungen

Die Bestimmung des Eigenanteils an den Pflegekosten im stationären Bereich kann, wie im vorhergehenden Abschnitt bereits erläutert, nicht isoliert betrachtet werden. Die Arbeitsgruppe ist der Ansicht, dass eine Gesamtsicht der Finanzierung der stationären Langzeitpflege erfolgen muss.

Die Vergleichsrechnung der Krankenkassenbeiträge im System BESA oder in der neuen 12-stufigen Skala zeigt auf, dass die vom Gesetzgeber angestrebte Kostenneutralität im stationären Bereich vermutlich nicht in allen Pflegeinstitutionen erreicht wird und eher weniger Krankenkassenbeiträge zu erwarten sind.

Die bisherigen Tarifgruppen Pflege-, Betreuungs- und Pensionstaxe haben sich bewährt und sollen beibehalten werden. Einig ist sich die Arbeitsgruppe hinsichtlich der Berechnung des Eigenanteils, welcher als Prozentsatz des jeweiligen Krankenkassenbeitrages pro Stufe erfolgen soll.

Die Festlegung des Prozentsatzes beim Eigenanteil der Patientinnen und Patienten beeinflusst direkt die ungedeckten Pflegekosten der Gemeinden. Eine wesentliche Mehr- oder Minderbelastung der Gemeinden erachtet die Arbeitsgruppe für nicht notwendig. Das bisherige System hat sich bewährt und die Kosten eines Alters- und Pflegeheimplatzes im Kanton Zug sind noch finanzierbar. Die bereits bestehende Beteiligung der Gemeinden an den Pflegekosten hat den Willen des Bundesgesetzgebers bereits heute umgesetzt.

Die Kostenäquivalenz ist bei unserer Modellrechnung (siehe Anhang) bei einem Eigenanteil von 5 % an die Pflegekosten gegeben. Ein höherer Ansatz führt zu einer Entlastung der Gemeinden und einer Belastung der Bewohnerinnen und Bewohner. Die Arbeitsgruppe schlägt vor, den Eigenanteil auf

10 Prozent festzulegen, was im Vergleich zum heutigen System eine zusätzliche Belastung der Pensionärinnen und Pensionäre um ca. 5 % bedeutet.

Bei der Festlegung des Eigenanteils für die Bewohnerin und den Bewohner ist sowohl die Betreuungstaxe als auch der Eigenanteil an die Pflege zu berücksichtigen. Für die Gemeinden ist die Gesamtbelastung durch die ungedeckten Pflegekosten relevant.

Mit einem Eigenanteil von 10% wird die Beteiligung an den Pflegekosten auch im Kanton Zug eingeführt und sozialverträglich ausgestaltet. Zudem wird sichergestellt, dass Schwankungen beim Anteil der Krankenkassen nicht zu einer Mehrbelastung der Gemeinden führen.

c) Umsetzungsempfehlung Eigenanteil stationär

Die bisherigen Tarifgruppen Pflege-, Betreuungs- und Pensionstaxe haben sich bewährt und werden beibehalten.

Der Eigenanteil berechnet sich prozentual vom Krankenkassenbeitrag der jeweiligen Pflegestufe.

Die Arbeitsgruppe schlägt vor, diesen Prozentsatz bei 10 Prozent festzulegen.

4.12 System der Einstufung und Abrechnung

a) Gesetzliche Grundlagen / Ausgangslage

Die Bundesregelung ermöglicht weiterhin die Ermittlung des Pflegebedarfs mit einem von den Krankenkassen anerkannten System. Neu wird jedoch dem Pflegebedarf ein Zeitbedarf pro 24-Stunden zugeordnet. Die Abrechnung mit den Krankenkassen erfolgt einheitlich nach diesen Zeitstufen.

Die Gesundheitsdirektion hat die Gemeinden aufgefordert, im Kanton Zug nur ein Einstufungs- und Abrechnungssystem zuzulassen und sich für eine Variante zu entscheiden.

Für eine Übergangsfrist hat santésuisse eine Umrechnungstabelle der bisher verwendeten Pflegebedarfsermittlungssysteme akzeptiert. Eine Anpassung hat auf den 1.1.2011 zu erfolgen.

b) Abklärungen / Überlegungen

Mit der Anwendung nur eines anerkannten Systems im Kanton Zug entstehen unbestritten Vorteile in der Vergleichbarkeit, der Schulung von Personal und hinsichtlich möglicher Entwicklungen zur Synergiennutzung im Verwaltungsbereich der Pflegeinstitutionen. Der Kanton Zug bietet beim Vergleich von Institutionen keine ausreichende Anzahl, um für mehrere Systeme Vergleichsdaten zu generieren.

Beim Entscheid für ein System zur Bedarfsermittlung und Abrechnung wird folgendes Vorgehen gewählt:

11. November 2009	Entscheid über das Vorgehen in der Arbeitsgruppe
24. November 2009	Veranstaltung, an welcher die beiden in Frage kommenden Systeme RAI-Nursing Home (RAI-NH) und BESA (Version Leistungskatalog 2010) vorgestellt werden, organisiert durch Curaviva Zug
30. November 2009	Sitzung der Konferenz der Sozialvorsteherinnen und Sozialvorsteher Besprechung der Erwartungen an Curaviva, der Eindrücke aus der Veranstaltung vom 24. November und eines Kriterienkatalogs. Verabschieden des Auftrages an die Versammlung von Curaviva Zug.
2. Dezember 2009	Vorstandssitzung Curaviva Zug
14. Dezember 2009	Versammlung Curaviva Zug (Abstimmung gemäss Statuten) Stellungnahme zuhanden der Gemeinden und Empfehlung eines Systems
Mitte Dez. 2009	Systementscheid der Sovoko zuhanden des Regierungsrates
31. Dezember 2009	Mitteilung des Regierungsrates an die Institutionen und die Gemeinden des zukünftig zu verwendenden Systems.

Der Systementscheid muss wesentliche Erfahrungen und fachliche Überlegungen berücksichtigen. Aus diesem Grund erachtet es die Arbeitsgruppe für wichtig, dass die Empfehlung des Fachverbandes Curaviva Zug berücksichtigt wird.

c) Umsetzungsempfehlung System der Bedarfsermittlung und der Abrechnung

Die Systemumsetzung wird von Seiten santésuisse per 1. Juli 2010 akzeptiert. Eine generelle Umstellung ist durch den Kanton zwölf Monate im Voraus zu beschliessen und anzukündigen. Der Beschluss hat sofort zu erfolgen, wenn die Umstellung gemäss Zeitplan von santésuisse per 1. Januar 2011 erfolgt sein muss.

Die Konferenz der Sozialvorsteherinnen und Sozialvorsteher reicht den Entscheid bezüglich System für die Bedarfsermittlung und die Abrechnung bis Mitte Dezember 2009 dem Regierungsrat ein.

5. Dank

Die Veränderungen in der Langzeitpflege durch die Einführung der neuen Pflegefinanzierung sind anspruchsvoll. Es war für die Arbeitsgruppe durch die Komplexität und den enormen Zeitdruck eine grosse Herausforderung, die Einführung der neuen Finanzierung für den Kanton Zug vorzubereiten. Die Arbeitsgruppenmitglieder haben mit grosser Fachkompetenz und Engagement zum beachtenswerten Resultat beigetragen. Die Auseinandersetzung und Zusammenarbeit erfolgte offen, sachlich und lösungsorientiert. Für diesen grossen Einsatz wird herzlich gedankt.

Ebenso geht der Dank an die Gesundheitsdirektion für die konstruktive Zusammenarbeit und Hilfestellung.

Hünenberg, 18. November 2009

Für den Bericht

Käty Hofer
Präsidentin Arbeitsgruppe Pflegefinanzierung

Christian Bollinger
Verfasser

Beilagen

- Modellrechnung Spitex Kanton Zug
- Umrechnung Pflegebeiträge der Krankenkassen
- Modellrechnung Alters- und Pflegeheim