

Finanzierung der Langzeitpflege

Bericht der Arbeitsgruppe

zuhanden der Einwohnergemeinden und der Gesundheitsdirektion des Kantons Zug

Mitglieder der Arbeitsgruppe

Catherine Wehrli, Steinhausen, Leiterin Soziales und Gesundheit (Vorsitz)

Berty Zeiter, Baar, Sozialvorsteherin

Roland Zerr, Risch, Sozialvorsteher, Präsident Kommission Langzeitpflege

Beatrice Gross, Generalsekretärin Gesundheitsdirektion (in beratender Funktion)

Christoph Perrez, Ausgleichskasse Zug, Rechtsdienst (in beratender Funktion)

Jasmin Blanc, Zug, Leiterin Fachstelle Alter und Gesundheit (Protokoll)

Christian Bollinger, Hünenberg, Leiter Soziales und Gesundheit (Verfasser des Berichtes)

eingesetzt in Rücksprache mit der
Konferenz Langzeitpflege der Zuger Einwohnergemeinden

Die Arbeitsgruppe traf sich zu 13 Sitzungen à jeweils ca. 3,5 Stunden zwischen dem 3. Mai 2018 und dem 6. Mai 2019.

Inhaltsverzeichnis

1	Die Resultate in Kürze	3
1.1	Grundannahmen – Gesamtsystem	3
1.2	Finanzierungsvorschläge der Arbeitsgruppe	4
1.3	Rechtsanpassung	5
1.4	Einflussnahme auf Preise	5
1.5	Zeitplan.....	6
2	Einleitung.....	7
3	Rahmenbedingungen für diesen Bericht.....	8
4	Ausgangslage	9
4.1	Die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen	9
4.2	Grundsätze der Pflegefinanzierung	10
4.3	Grundsätze der bedarfsorientierten Finanzierung	10
5	Bearbeitete Themen.....	12
5.1	Gesamtüberblick Leben und Dienstleistungen im AHV-Rentenalter	12
5.2	Hilflosenentschädigung (Hilo)	18
5.3	Patientenbeteiligungen Pflege – ambulant und stationär	19
5.4	Förderung des Kostenbewusstseins bei staatlich mitfinanzierten Leistungen	22
5.5	Einflussmöglichkeiten der öffentlichen Hand auf die Kosten	23
5.6	Begrenzung der Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten (EL)	25
5.7	Begrenzung der Tagestaxen stationär	26
5.8	Intermediäre Angebote.....	30
5.9	Stationäre Angebote der spezialisierten Langzeitpflege.....	31
5.10	Pflege in Sozialen Einrichtungen nach SEG	32
6	Modellübersicht Finanzierung Langzeitpflege 2020 – Varianten	35
6.1	Anpassungen durch Regierungsrat / Konferenz Langzeitpflege	35
6.2	Rechtsanpassungen	41
6.3	Übergangsregelungen.....	41
7	Kostenfolgen	43
8	Dank	47

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Übersicht Kostenblöcke Leben im Alter	13
Abbildung 2:	Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsregimes und Leistungsarten (Rubriken)	14
Abbildung 3:	Kostenübersicht und Gesamtsumme nach Lebenssituation.....	16
Abbildung 4:	Dienstleistungen im Alter - Finanzierungsvolumen und Verteilung	16
Abbildung 5:	Vergleich Pflegekosten nach KVG ambulant / stationär	21
Abbildung 6:	Auswirkungen Änderung der Beteiligung der Personen an die Pflegekosten	35
Abbildung 7:	Darstellung maximale Tagestaxe 2019 gültige Verordnung	37
Abbildung 8:	Finanzierbarkeit der Einzelzimmer bei Anwendung Ansatz 343% mit heutigen Aufenthaltskosten	39
Abbildung 9:	Krankheits- und Behinderungskosten EG ELG Personen im AHV-Alter	40
Abbildung 10:	Kosten ambulante Krankenpflegeleistungen	43
Abbildung 11:	Kosten Leistungen Hilfen zu Hause	44
Abbildung 12:	Vergleich Belastung Gemeinden bisherige - neue Finanzierung.....	45

1 Die Resultate in Kürze

Der Bedarf von Personen im AHV-Alter an Unterstützung ist sehr unterschiedlich und umfasst beispielsweise Beratung, Pflege, Betreuung, hauswirtschaftliche Leistungen, Mobilität und soziale Kontakte. Ebenso ist die Finanzierung der verschiedenen Angebote komplex: Einerseits kommen die Vorschriften der Krankenversicherung zur Anwendung, andererseits bestimmt die kantonale Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden die Zuständigkeiten und nicht zuletzt werden viele Dienstleistungen von privaten Organisationen erbracht, die ihrerseits wiederum staatlich unterstützt werden.

Dieser Bericht bezieht sich in erster Linie auf die Situation von Personen im AHV-Alter. Die Arbeitsgruppe hat sich intensiv mit den Finanzierungsmechanismen im Kanton Zug auseinandergesetzt und präsentiert in diesem Bericht folgende Resultate:

1.1 Grundannahmen – Gesamtsystem

Die gesetzlichen Grundlagen der Langzeitpflege (insbesondere Vorgaben des Krankenversicherungsgesetzes KVG hinsichtlich der Pflegekosten und die Aufteilung in Pflege, Betreuung und Pension) zur Finanzierung der unterschiedlichen Leistungen werden ohne Ausnahmen angewendet. Dadurch ergeben sich Anpassungen bei der Finanzierung.

Unterstützungsleistungen zugunsten betagter Menschen sind vielfältig und reichen von Information über Fahrdienste bis zur Rundum-Versorgung im Alters- und Pflegeheim. Dieser Bericht konzentriert sich auf die grössten Kostenblöcke, nämlich die stationäre Krankheitspflege, die ambulante Pflege und die Hilfen im Haushalt und schlägt – wo nötig – Massnahmen vor.

Im Folgenden werden die Prämissen vorgestellt, welche die Arbeitsgruppe bei der Erarbeitung von Massnahmen leiteten.

Finanzierungsanteile Gemeinde / Kanton bleiben gleich

Angesichts der demografischen Entwicklung werden die Kosten für die öffentliche Hand weiter ansteigen. Insgesamt sollen durch die gewählte Finanzierung weder der Kanton Zug noch die Zuger Gemeinden zusätzlich belastet werden. Bei den betroffenen Personen ergeben sich je nach Lebenssituation (zu Hause, im Heim, Umfang des Betreuungs- und Pflegebedarfs etc.) Verschiebungen bei der Kostenbelastung.

AKV-Prinzip für die Person bzw. deren Angehörige, Kanton und Gemeinde

Die Übereinstimmung von Aufgabe-Kompetenz-Verantwortung (AKV-Prinzip) ist bei der Finanzierung von entscheidender Bedeutung. Wer Einfluss auf die Konsumation von Leistungen hat, soll auch finanziell davon betroffen sein.

Die Wahlfreiheit der Lebenssituation und der Dienstleistungen durch die betroffene Person bzw. durch die Angehörigen soll weiterhin umfassend möglich sein. Die Gemeinden bleiben für die Finanzierung der ungedeckten Pflegekosten und der Kanton für die Finanzierung der Ergänzungsleistungen zuständig.

Finanzierung stimmt grundsätzlich: teurere Angebote sind für betroffene Person teurer

Die Finanzierung der verschiedenen Lebenssituationen im Alter ist richtig ausgestaltet. Die finanzielle Belastung steigt für die Selbstzahlenden im Verhältnis der beanspruchten Dienstleistungen und berücksichtigt entsprechende Entscheide der betroffenen Person. Auch bei Personen mit Ergänzungsleistungen stimmen die finanziellen Rahmenbedingungen. Sie müssen im Heim einen

grösseren Vermögensverzehr und geringere finanzielle Spielräume in Kauf nehmen. Insgesamt sind die finanziellen Anreize für die betroffenen Personen bei der Wahl der Pflege- und Betreuungsleistungen angemessen gesetzt.

Keine Finanzierungslücken

Bei den Dienstleistungen für das Leben im Alter stellte die Arbeitsgruppe keine eigentlichen Finanzierungslücken fest. Personen, die auf Unterstützung im Alltag angewiesen sind, können bei entsprechendem Bedarf über das System der Ergänzungsleistungen – auch bei intermediären Wohnformen – ausreichend unterstützt werden.

1.2 Finanzierungsvorschläge der Arbeitsgruppe

Gestützt auf die dargelegten Überlegungen werden Änderungen des heutigen Finanzierungssystems vorgeschlagen.

Ambulante Krankenpflege und Hauswirtschaftliche Leistungen

Bei der Finanzierung der ambulanten Krankenpflege gibt es keine Änderung. Die Gemeinden übernehmen weiterhin die ungedeckten Pflegekosten der ambulanten Krankenpflege nach Abzug des Krankenversichereranteils und der Patientenbeteiligung wie bisher von 10%.

Die Unterstützung der Haushalthilfe der Spitex Kanton Zug durch die Gemeinden und der vorhandenen Beratungsstellen werden im bisherigen Umfang weitergeführt.

Teilstationäre Dienstleistungen – intermediäre Wohnangebote

Für intermediäre Wohnangebote wird bei den Ergänzungsleistungen keine neue Kategorie geschaffen. Die Dienstleistungen werden gemäss Bedarf im Sinne von Krankheits- und Behinderungskosten analog Aufenthalt "zu Hause" anerkannt und finanziert. Die Finanzierungsgrenze für alle Krankheits- und Behinderungskosten verbleibt grundsätzlich bei CHF 25'000 pro Jahr.

Die Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen wird dahingehend angepasst, dass für die Finanzierung von vorübergehenden Heimaufhalten eine klare gesetzliche Grundlage besteht (insbesondere im Bereich Akut- und Übergangspflege).

Allgemeine stationäre Langzeitpflege (Heimaufenthalt)

Zur Deckung der Pflegekosten bei einem Aufenthalt im Alters- und Pflegeheim wird nur noch der Krankenversicherungsbeitrag und die (erhöhte) Patientenbeteiligung angerechnet – die restlichen ungedeckten Pflegekosten übernehmen die Gemeinden. Eine allfällige Hilflosenentschädigung steht den Betroffenen neu zur Finanzierung der Patientenbeteiligung und der Betreuungstaxe zur Verfügung. Die veränderte Finanzierung der Pflegekosten bei einem stationären Aufenthalt kann für den einzelnen Bewohner, die einzelne Bewohnerin eine grosse Änderung bedeuten.

Damit für die Gemeinden der Verzicht auf die Anrechnung der Hilflosenentschädigung bei den Pflegekosten kostenneutral erfolgt, ist eine Erhöhung der Patientenbeteiligung notwendig. In der Stufe 1 soll diese die effektiven Pflegerestkosten von ca. CHF 4, in den Stufen 2 bis 4 auf CHF 10.80 und ab Stufe 5 CHF 21.60 betragen. Gleichzeitig können die betroffenen Personen die Hilflosenentschädigung für die Zahlung der Pensions- und Betreuungskosten verwenden.

Bei den Ergänzungsleistungen wird die maximale Tagestaxe neu als Aufenthaltskosten (Pensions- plus Betreuungstaxe) definiert und die effektive Patientenbeteiligung wird zusätzlich anerkannt. Diese Änderung erfolgt kostenneutral für die Ergänzungsleistungen.

Spezialisierte Langzeitpflege stationär

Für die Finanzierung der stationären spezialisierten Langzeitpflege ist eine Erhöhung der maximalen Tagestaxe bei den Ergänzungsleistungen nötig, damit die ermittelten Kosten gedeckt werden können.

1.3 Rechtsanpassung

Die Entscheidungen über die vorgeschlagenen Änderungen in der Finanzierung der Langzeitpflege werden durch verschiedene Instanzen gefällt und beeinflussen sich gegenseitig. Die Festlegung der Patientenbeteiligung durch die Konferenz Langzeitpflege der Zuger Gemeinden muss deshalb mit den Anpassungen in der Verordnung über die maximale Tagestaxe bei den Ergänzungsleistungen durch den Regierungsrat koordiniert werden. Dazu gehören auch Übergangsregelungen der spezialisierten Langzeitpflege stationär.

Im Gesamtsystem spielt die Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (ELKV) eine sehr wichtige Funktion. Die Anpassung dieser Verordnung kann unabhängig von den anderen Regelungen umgesetzt werden.

Einige der vorgeschlagenen Massnahmen bedingen Anpassungen von Gesetzen (EG ELG, Spitalgesetz etc.). Diese sollen in die regelmässig stattfindenden Gesetzesrevisionen einfließen.

1.4 Einflussnahme auf Preise

Bei der Wahl der Dienstleistungen und Lebenssituation zählen für die betroffenen Personen eine Vielzahl von Argumenten. Der Wunsch zu Hause zu bleiben, wie komplex sich die Organisation der notwendigen Dienstleistungen gestaltet, das Bedürfnis nach sozialen Kontakten, Sicherheitsbedürfnisse, die Nähe zum bisherigen Wohnort, die Verfügbarkeit des Angebotes etc. sind bedeutsame Kriterien, denen gegenüber die finanziellen Aspekte öfters in den Hintergrund treten. Die Arbeitsgruppe stellt fest, dass die ökonomischen Anreize und Marktüberlegungen nicht ausreichend steuern, was andere Steuermechanismen notwendig erscheinen lässt.

Insbesondere ist die Position der Gemeinden für die Verhandlungen der Taxen der Alters- und Pflegeheime und gleichzeitig das Kostenbewusstsein der Leistungserbringer zu stärken. Dazu werden folgende Massnahmen vorgeschlagen:

- Die Grundsätze zur Leistungserbringung (Leistungsumfang, notwendige Infrastruktur, Minimalvoraussetzungen etc.) für Pension und Betreuungsangebote gemäss Langzeitpflegeverordnung werden überprüft. Dabei wird auf eine kostengünstige Erbringung der Gesamtleistung geachtet. Zusatzangebote werden als solche bezeichnet.
- Aus dem Taxtool werden innerkantonale Vergleichsgrössen erhoben. Diese werden den Trägerschaften und Gemeinden für die Bestimmung ihrer Taxen zur Verfügung gestellt.
- Es werden gesetzliche Grundlagen für die Ermöglichung eines direkten betrieblichen Benchmarks angestrebt.
- Bei einer Gesetzesanpassung werden verstärkte Einflussmöglichkeiten durch die Gemeinden auf die Taxgestaltung der Leistungserbringer aufgenommen.

1.5 Zeitplan

Ziel ist es, die Regelungen zur Patientenbeteiligung und zur maximalen Tagestaxe bei den Ergänzungsleistungen auf den 1. Januar 2020 umzusetzen. Die weitere gesetzgeberische Tätigkeit folgt in den kommenden Jahren.

Fahrplan

Mo, 3. Juni 2019	Konferenzielle Anhörung 09.30-12.00 Uhr im Gemeindesaal Dreiklang Steinhausen
15. Juni 2019	Rückmeldungen der Gemeinden
19. Juni 2019	Konferenz Langzeitpflege: Besprechen der Stossrichtung
2. September 2019	Konferenz Langzeitpflege: Beschluss zur Patientenbeteiligung 2020 ff. 2019
November 2019	Information in den Alters- und Pflegeheimen durch Gemeinden und Trägerschaft
ab Januar 2020	Geänderte Finanzierung

2 Einleitung

Die Arbeitsgruppe setzte sich mit den Dienstleistungen der Langzeitpflege für Personen im AHV-Alter im Kanton Zug auseinander. Sie beschreibt in diesem Bericht deren Finanzierung. Bei der Analyse der Dienstleistungen sind die verschiedenen gesetzlichen Grundlagen für die Finanzierung zu berücksichtigen. In den ersten vier Kapiteln werden die Grundlagen beschrieben.

Nach der Ausgangslage und den gesetzlichen Bestimmungen werden in Kapitel 5 die verschiedenen Aspekte bei der Finanzierung der einzelnen Leistungen grundsätzlich bearbeitet und dargestellt. Bei jedem Thema wurden Umsetzungsempfehlungen formuliert.

Das Zusammenspiel der einzelnen Überlegungen folgt in Kapitel 6, in welchem auch die Anpassungen der gültigen Regelungen vorgeschlagen werden. Änderungen sind einerseits durch die Konferenz Langzeitpflege zu beschliessen und andererseits per Verordnung durch den Regierungsrat zu erlassen. Dabei besteht aus Sicht der Arbeitsgruppe eine gegenseitige Abhängigkeit, der in diesem Bericht unterbreiteten Vorschläge, die als Gesamtsystem zu berücksichtigen sind. Veränderungen und Anpassungen bei der Finanzierung einer Leistung haben fast immer Auswirkungen auf andere Kostenträger. Im Verhältnis der Kostentragung zwischen Betroffenen, Gemeinden und Kanton bedeutet eine Erhöhung der Kostenanteile der Betroffenen in der Regel eine Zunahme der Kosten bei den Ergänzungsleistungen. Da im Kanton Zug die Ergänzungsleistungen ohne Beteiligung der Gemeinden durch den Kanton finanziert sind, verändert sich auch die Kostenbilanz zwischen Kanton und Gemeinden. Werden Einzelheiten erheblich in anderer Form umgesetzt, so ist die Wirkung auf das gesamte System und insbesondere auf die Belastung von Gemeinden bzw. des Kantons zu beachten.

Die vorgeschlagenen Änderungen sind durch den Regierungsrat und durch die Konferenz Langzeitpflege umzusetzen und mittels Rechtsanpassungen zu vollziehen. Zudem sind Übergangsregelungen nötig.

Im Kapitel 7 werden aufgrund von Hochrechnungen die finanziellen Auswirkungen der vorgeschlagenen Änderungen abgeschätzt. Die Arbeitsgruppe ist sich bewusst, dass alleine die demografische Entwicklung die Kosten für die Krankenversicherer, die Gemeinden und auch den Kanton ansteigen lassen. Auch Verschiebungen beim Bezug von Leistungen, Einzelfälle und Spezialsituationen können grössere Auswirkungen auf die finanziellen Belastungen einer einzelnen Gemeinde haben. Deshalb können zuverlässige Prognosen zur finanziellen Entwicklung und pro Gemeinde im Rahmen dieses Berichtes nicht erstellt werden.

3 Rahmenbedingungen für diesen Bericht

Die neue Pflegefinanzierung wurde durch die eidgenössischen Räte im Sommer 2008 verabschiedet, wobei betreffend Umsetzung verschiedene Fragen offen blieben. Die Regelungen traten per 1. Januar 2011 in Kraft. Die kantonale Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung erfolgte unter Einbezug der Einwohnergemeinden des Kantons Zug (siehe Schlussbericht zur neuen Pflegefinanzierung 2009). Anpassungen im kantonalen Spitalgesetz wurden zu diesem Zeitpunkt keine vorgenommen, da die wichtigste Änderung auf Bundesebene, die Beteiligung der öffentlichen Hand an den ungedeckten Pflegekosten, im Kanton Zug schon seit 1999 umgesetzt worden war.

Per 1. Januar 2012 erfolgte im Rahmen der Einführung der neuen Spitalfinanzierung die Revision des Spitalgesetzes, welche auch betreffend Pflegefinanzierung einige Neuerungen einführte:

- Es wurden die Bereiche definiert, in welchen die Gemeinden zur Zusammenarbeit verpflichtet sind.
- Die “Akut- und Übergangspflege” wurde den Gemeinden zugeordnet.
- Die Verantwortung für die spezialisierte Langzeitpflege wurde vom Kanton auf die Gemeinden übertragen.

Anlass für die Tätigkeit der Arbeitsgruppe bildeten

- die Kostenentwicklung bei den Beiträgen der öffentlichen Hand an die Langzeitpflege sowohl für die ungedeckten Pflegekosten als auch bei den Ergänzungsleistungen;
- die Finanzierung von spezialisierten stationären Langzeitpflegeangeboten, für welche die heutigen Maximalansätze bei den Ergänzungsleistungen nicht ausreichen;
- die juristisch umstrittene Verwendung der Hilflosenentschädigung des Bewohners oder der Bewohnerin zur Finanzierung der Pflege;
- die Finanzierung der KVG-pflichtigen Pflege in sozialen Einrichtungen;
- Überprüfung der Anreize im Finanzierungssystem.

Der erstellte Projektauftrag befindet sich im Anhang.

Der Bericht gliedert sich bei jedem Thema jeweils in

- a) gesetzliche Bestimmungen und Ausgangslage mit den spezifischen Gegebenheiten im Kanton Zug;
- b) die Abklärungen und Überlegungen der Arbeitsgruppe;
- c) Empfehlungen der Arbeitsgruppe zum Handlungsbedarf.

Wo sinnvoll, werden Varianten für die Umsetzung aufgezeigt. Im Verlaufe der Umsetzung können inhaltlich Schwerpunkte gebildet werden und zeitlich wird ein gestaffeltes Vorgehen vorgeschlagen. Die Arbeitsgruppe hat jeweils die empfohlene Variante klar herausgehoben.

4 Ausgangslage

Die Bedürfnisse für das Leben im Alter, mit oder ohne Pflege- und Betreuungsbedarf, entwickeln sich sehr dynamisch; Prognosen und Planungen müssen in rascher Folge angepasst und erneuert werden. Ambulante Leistungen werden heute viel stärker und Pflegebetten in Alters- und Pflegeheimen weniger häufig nachgefragt, als dies noch vor wenigen Jahren erwartet wurde. Individuell angepasste Lebens- und Versorgungssituationen nehmen gegenüber standardisierten Settings exponentiell zu. Diesem Trend zur Individualisierung auch im Alter kann mit den bestehenden Standardsituationen immer weniger begegnet werden.

Das Leben im Alter, mit Pflege- und/oder Betreuungsbedarf – dies im Sinne des vorliegenden Berichtes zur Finanzierung der Langzeitpflege – kennt verschiedene Finanzierungsregelungen. Eine grosse Bedeutung kommt dabei der neuen Pflegefinanzierung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) zu. Bei den bedarfsabhängigen Leistungen spielt zudem die Finanzierung durch die Ergänzungsleistungen eine wesentliche Rolle.

Für eine Beurteilung der Kostenentwicklung und des Finanzierungssystems ist dabei eine Gesamtsicht auf die Lebenssituation «stationärer Aufenthalt im Heim» bzw. «Leben zu Hause mit Unterstützung» einzunehmen. Dies ist im Kanton Zug bisher noch nicht in ausreichendem Ausmass erfolgt.

4.1 Die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen

Folgende Grundlagen regeln heute die Finanzierung der Langzeitpflege und die bedarfsabhängigen Leistungen der Ergänzungsleistungen.

KVG: Bundesgesetz zur Krankenversicherung (SR 832.10 Krankenversicherungsgesetz)

- Art. 25a Abs. 4: Vom Bundesrat nach Pflegebedarf festgesetzte Beiträge für die ganze Schweiz
- Art. 25a Abs. 5: Eigenanteil an den von den Sozialversicherungen nicht gedeckten Pflegekosten von maximal 20% des vom Bundesrat festgesetzten höchsten Pflegebeitrages (Patientenbeteiligung)

KLV: Verordnung EDI vom 24. Juni 2009 (Krankenpflege-Leistungsverordnung; SR 832.112.31)

- Art. 7 beschreibt die zugelassene Pflege gemäss KVG
- Art. 7a beschreibt Details dazu:
 - stationär 12 Stufen nach Zeittarif, Frankenbetrag pro Stufe und Tag
 - ambulant 3 Leistungsarten, Frankenbetrag pro Stunde

SpitG: Spitalgesetz des Kantons Zug vom 29. Oktober 1998 (BGS 826.11)

- § 4: Die Gemeinden stellen für ihre Wohnbevölkerung die Versorgung in der stationären Langzeitpflege und in der spitalexternen Gesundheits- und Krankenpflege und in der Akut- und Übergangspflege sicher.
- § 7a: Gemeinsame Aufgabenerfüllung der Gemeinden und spezialisierte Langzeitpflege

Verordnung über die ambulante und stationäre Langzeitpflege vom 1. Juni 2004 (BGS 826.113)

Die Revision der Verordnung umfasste per 1. Januar 2015 vor allem gesetzessystematische Anpassungen.

ELG: Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen (SR 831.30)

Bundesrechtliche Regelungen zu den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV.

ELV: Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (SR 831.301)

Umfasst Bestimmungen zur Berechnung, zur Definition des Heimes und zu Höchstbeträgen.

EG ELG: Einführungsgesetz zum BG über Ergänzungsleistungen (BGS 841.7)

Regelung der Anspruchsberechtigung in Heimen und der kantonalen Ergänzungsleistungen.

Verordnung über die maximal anrechenbaren Kosten für Tagestaxen bei den Ergänzungsleistungen (BGS 841.712)

Berechnung der maximalen Tagestaxen in stationären Einrichtungen.

ELKV: Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (BGS 841.714)

Details zu den anerkannten Krankheits- und Behinderungskosten.

4.2 Grundsätze der Pflegefinanzierung¹

Die Finanzierung der Pflegeleistungen nach Artikel 25a KVG ist folgendermassen geregelt:

Erstens richtet die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) einen Beitrag in Franken entsprechend dem Pflegebedarf aus. Zweitens werden die nicht von den Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten von den Versicherten bis zum Umfang von höchstens 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags finanziert (Art. 25a Abs. 5 KVG). Drittens sind die Kantone für die Regelung der Restfinanzierung zuständig (Art. 25a Abs. 5 letzter Satz KVG).

Die in Artikel 25a Absatz 1 KVG vorgesehenen Beiträge werden vom Bundesrat bzw. vom Eidgenössischen Departement des Innern für die ambulante Pflege in Artikel 7a Absatz 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) und für die Pflege im Pflegeheim in Absatz 3 des gleichen Artikels festgesetzt. Die von der OKP ausgerichteten Beiträge an die Kosten der ambulant erbrachten Pflegeleistungen (durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause), sind pro Stunde vorgesehen. Die Vergütung erfolgt in Zeiteinheiten von fünf Minuten. Die von der OKP ausgerichteten Beiträge an die Kosten der im Pflegeheim erbrachten Pflegeleistungen sind pro Tag vorgesehen und entsprechend dem Pflegebedarf definiert. Die Beiträge sind in Zeitabschnitten von 20 Minuten linear gestaffelt.

4.3 Grundsätze der bedarfsorientierten Finanzierung²

Die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV helfen dort, wo die Renten und das Einkommen nicht die minimalen Lebenskosten decken. Zusammen mit der AHV und IV gehören die Ergänzungsleistungen (EL) zum sozialen Fundament unseres Staates. Die EL dienen der Deckung des Existenzbedarfs und werden durch Bund und Kantone finanziert.

Ergänzungsleistungen werden durch die Kantone ausbezahlt. Sie bestehen aus zwei Kategorien:

- jährliche Leistungen, die monatlich ausbezahlt werden;
- Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten.

Die jährlichen EL entsprechen der Differenz zwischen den anerkannten Ausgaben und den Einnahmen, die angerechnet werden können. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Personen, die zu Hause leben,

¹ <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/cc/bundesratsberichte/2015/zustaendigkeit-restfinanzierung-pflegefinanzierung.pdf>

² Leitfaden Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 5.01

und Personen, die im Heim oder im Spital wohnen. Der Kanton Zug hat den Höchstbetrag für die maximal anerkannte Tagestaxe in Heimen beschränkt.

Zusätzlich zu den jährlichen EL können Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger sich folgende Kosten rückerstatten lassen:

- zahnärztliche Behandlung (einfache, wirtschaftliche und zweckmässige Behandlung);
- Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen;
- Mehrkosten für eine lebensnotwendige Diät;
- Transport zur nächstgelegenen Behandlungsstelle;
- Kosten für Hilfsmittel;
- Beteiligung an den Kosten der Krankenkasse (Selbstbehalt und Franchise) bis zum Betrag von jährlich 1 000 Franken;
- ärztlich angeordnete Bade- und Erholungskuren.

Der Kanton erlässt die näheren Bestimmungen zu den Krankheits- und Behinderungskosten, die vergütet werden können. Im Kanton Zug gehören auch

- die Kostenbeteiligung bei vorübergehendem Aufenthalt im Spital (unter Abzug eines angemessenen Betrags für den Lebensunterhalt,
 - direkt angestelltes Pflegepersonal und
 - die Pflege und Betreuung durch Familienangehörige
- zu den anerkannten Kosten im Rahmen der ELKV.

5 Bearbeitete Themen

Die Arbeitsgruppe hat die Themen in der Reihenfolge der folgenden Kapitel bearbeitet. Wo dies notwendig ist, wird zwischen den Betreuungsformen (ambulant, intermediär, stationär) unterschieden. Die grundsätzliche Auseinandersetzung pro Thema ist im Kapitel 5 abgebildet. Die Verknüpfung der verschiedenen Finanzierungsaspekte folgt in Kapitel 6 bezogen auf den Einzelfall. In Kapitel 7 werden die Auswirkungen der vorgeschlagenen Anpassungen anhand der Fallzahlen dargestellt.

5.1 Gesamtüberblick Leben und Dienstleistungen im AHV-Rentenalter

a) Gesetzliche Grundlagen / Ausgangslage

Ambulant vor stationär war in den vergangenen Jahren für die Diskussionen über pflegerische und betreuerische Dienstleistungen als Grundsatz von grosser Bedeutung. Einerseits entspricht es einem Wunsch der Bevölkerung, möglichst lange zu Hause in der gewohnten Umgebung bleiben zu können, andererseits unterscheiden sich die Gesamtkosten beträchtlich (siehe Abbildung 1).

Es ist unbestritten, dass das Leben in einem Alters- und Pflegeheim - unabhängig vom Finanzierungsmodell - insgesamt doppelt bis dreimal so viel kostet. In einer groben Übersicht lassen sich folgende Kostenblöcke unterscheiden:

Kostenblöcke betagte Person zu Hause / Kostenblöcke im Heim (inkl. Personalkosten)

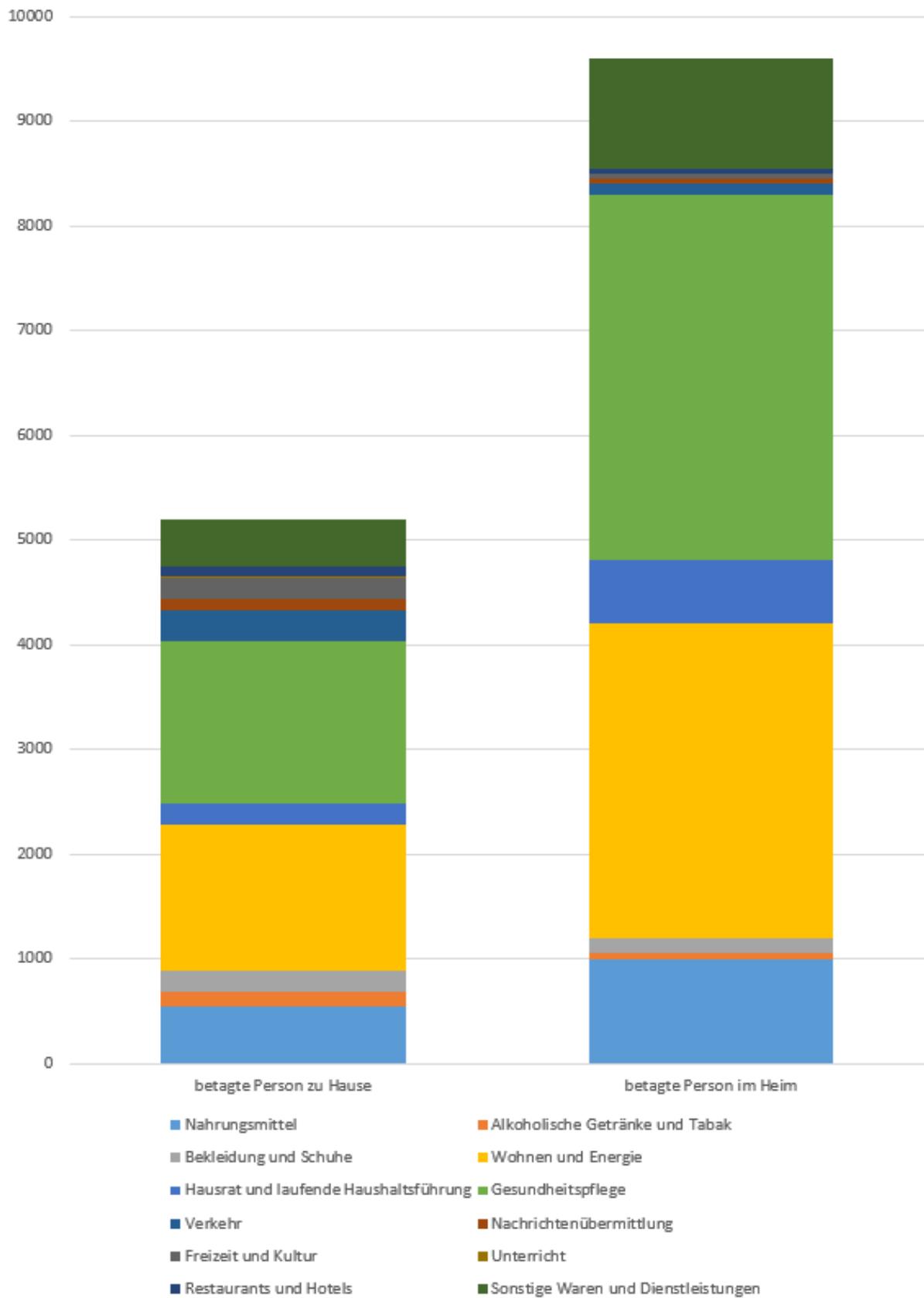


Abbildung 1: Übersicht Kostenblöcke Leben im Alter³

³ Basierend auf dem Warenkorb des Bundesamtes für Statistik für den Landesindex der Konsumentenpreise, Darstellung Arbeitsgruppe

Zentral ist in der Folge die Frage, welcher Finanzierer für welche Kosten aufkommt. Neben den Eigenmitteln der betroffenen Person (inkl. Sozialversicherungsleistungen AHV, BVG, Hilflosenentschädigung, Unfallversicherung etc.), sind Leistungen der Krankenversicherer, die bedarfsabhängigen Leistungen (insbesondere Ergänzungsleistungen), die staatlichen Beiträge an die Gesundheitskosten (insbesondere ungedeckte Pflegekosten) und Mitfinanzierungen von Dienstleistungen durch Bund, Kanton und Gemeinden zu nennen. Das Bundesamt für Statistik zeigt die Finanzierung der Leistungsarten alleine für die Gesundheitsausgaben folgendermassen auf.

Finanzierung der Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsregimes und Leistungsarten, 2016

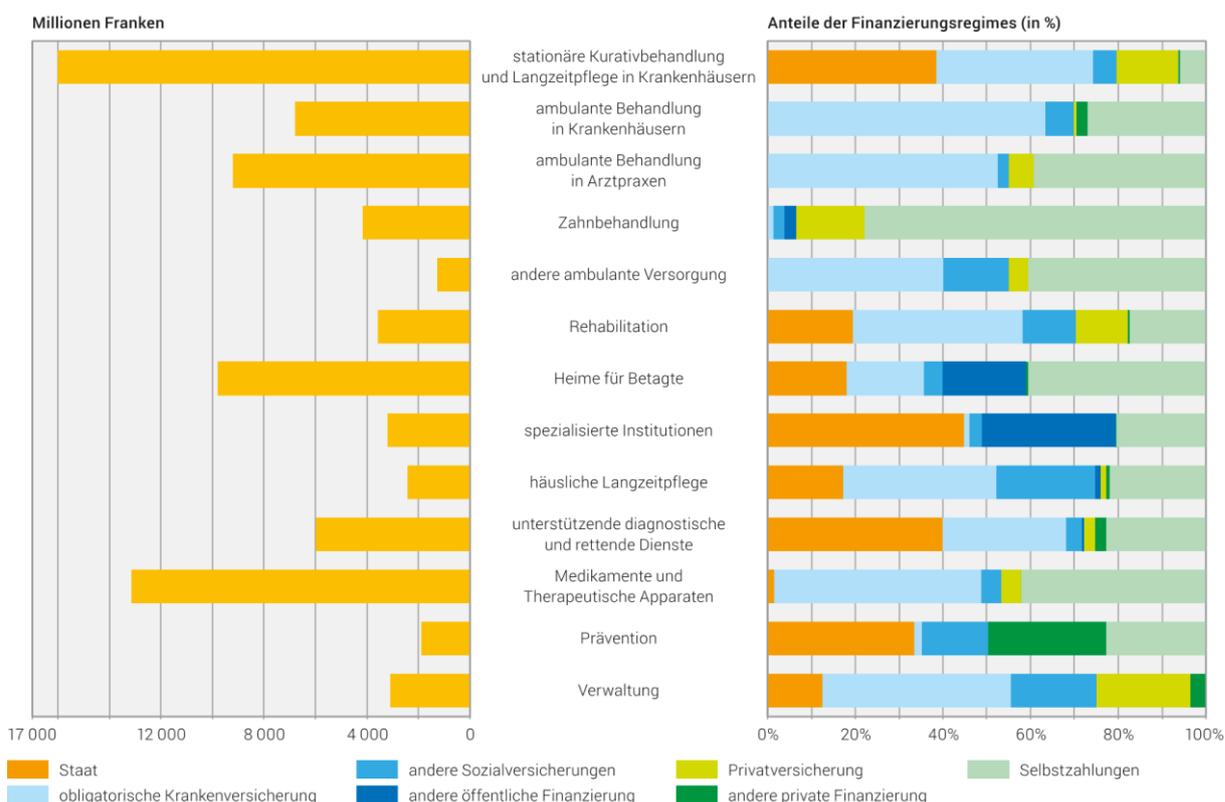


Abbildung 2: Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsregimes und Leistungsarten (Rubriken)⁴

Kostenbeiträge an die Leistungsarten durch die Ergänzungsleistungen sind bei der Rubrik «andere öffentliche Finanzierung» enthalten. Eine Gesamtübersicht über alle Lebenshaltungskosten der Bevölkerung und deren Finanzierung, insbesondere für die betagten Personen, ist für den Kanton Zug nicht separat erhältlich.

Durch die längere Lebenserwartung steigt die Zahl an betagten, hochbetagten und pflegebedürftigen Personen. Dies führt zu einem Mengenwachstum auch bei den Gesundheitskosten und den Ergänzungsleistungen.

Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) werden im Krankenversicherungsgesetz und seinen Verordnungen geregelt. Die Anforderungen an die Abrechnungen wurden seit Bestehen 1996 verfeinert, präzisiert und mit Auflagen an die Leistungserbringer verbunden. Die stete Präzisierung hat dazu geführt, dass die Leistungserbringer

⁴ Bundesamt für Statistik 2018 (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitskosten-finanzierung/finanzierung.assetdetail.-6368413.html>)

ständig mehr Ressourcen für die Erfassung, Abrechnung und Begründung benötigen. Für die Patientinnen und Patienten entsteht daraus kein direkter Nutzen. Teilweise ist strittig, ob Leistungen zu Lasten der OKP (obligatorischen Krankenpflegeversicherung) abgerechnet werden können. Dies kann gemäss Preisüberwacher⁵ dazu führen, dass die Personen selbst – unter dem Titel Betreuung – die Kosten übernehmen müssen. Für die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist es zentral, dass nur die gesetzlich erlaubten Kosten übernommen werden müssen. Zudem sind die effektiven ungedeckten Pflegekosten nach KVG durch die Gemeinden zu tragen.

Im Interesse der individuellen Gesundheit der Personen gibt es zusammenhängende, sinnvolle, auch präventiv wirkende Leistungen, bei denen schwer nachvollziehbar ist, weshalb die Versicherungen, bzw. die OKP oder die öffentliche Hand keinen Beitrag leisten. Die Gemeinden als Restfinanzierer der Pflege sind daran interessiert, dass vorgelagerte Leistungen beansprucht und gemäss Subsidiaritätsprinzip auch finanziert werden.

Auch die Ergänzungsleistungen stehen unter zunehmendem ökonomischen Druck, da die demografische Entwicklung, die allgemeine Lohnentwicklung und steigende Kosten bei den Dienstleistungserbringern auch die Kosten zu Lasten der Ergänzungsleistungen erhöhen.

Die bedarfsabhängigen Ergänzungsleistungen sind auf Bundesebene im ELG geregelt. Für die Finanzierung der Krankheits- und Behinderungskosten sind jedoch die Kantone alleine zuständig.

Im gesellschaftlichen Diskurs dominieren die Gesundheitskosten (KVG-Leistungen und ungedeckte Pflegekosten) von Personen im AHV-Alter die Diskussion. Zusätzlich zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besteht eine Vielzahl von Angeboten unter dem Begriff "Betreuung und Dienstleistungen im Alter". Diese reichen von Hilfen im Haushalt bis zu Fahrdiensten und administrativer Unterstützung und dienen dazu, dass hilfsbedürftige Personen weiterhin zu Hause wohnen können. Die Auswahl und die Kontrolle der korrekten Erbringung und Abrechnung dieser fragmentierten Unterstützungsleistungen ist dabei für die interessierte Person herausfordernd. Die sinnvolle Unterstützung und Steuerung einzelner Dienstleistungen durch die öffentliche Hand stellt ebenfalls komplexe Anforderungen.

Auf Druck der öffentlichen Hand und der Krankenversicherer orientiert sich die Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen zunehmend am effektiven Bedarf der einzelnen Person. In den Genuss der Versicherungs- bzw. bedarfsabhängigen Leistungen sollen nur Personen kommen, die einen nachgewiesenen Anspruch auf die Leistung haben. Die staatlichen finanziellen Mittel wiederum sollen nur denjenigen Personen zu Gute kommen, die diese nicht selbst finanzieren können. Die Orientierung der Finanzflüsse am Bedarf einer Person führt zu verstärktem Aufwand für Abklärungen und Bedarfsnachweise. Tätigkeiten lassen sich aber nicht immer direkt einer Leistungseinheit zuordnen. Genaue Abgrenzungen zwischen Unfall, Krankheit, Altersbeschwerden oder notwendiger Erledigung für die betroffene Person, Unterstützung bei der Erledigung oder therapeutische Hilfe sind anspruchsvoll. In den vergangenen Jahren sind zusätzliche Mittel in die Administration geflossen. Auch bei gleichbleibender eigentlicher Leistung für die hilfsbedürftige Person wurde dadurch die Gesamtleistung teurer.

b) Abklärungen / Überlegungen

2017 lebten im Kanton Zug 20'965 Personen über 65 Jahre. Davon lebten gemäss SOMED-Statistik 1433 in Alters- und Pflegeheimen, 335 Personen hielten sich für einen Kurzaufenthalt in einer

⁵ <https://www.preisueberwacher.admin.ch/pue/de/home/themen/gesundheitswesen/pflegeheime.html> (01.03.2019)

stationären Einrichtung auf und 113 Personen nahmen Leistungen von Tag- oder Nachtstationen in Anspruch. Über 19'500 Personen lebten zu Hause.

Werden die verschiedenen Lebenssituationen mit moderaten Kosten hochgerechnet, ergibt sich folgende Übersicht:

Lebenssituation im Kanton Zug	Anzahl Personen	Jährliche Kosten (CHF)	Gesamtsumme (CHF)
Personen zu Hause ohne Hilfen ca.	17'100	43'000	ca. 735 Mio.
Personen zu Hause mit Spitex und Hilfen ca.	2'000	60'000	ca. 120 Mio.
120 Personen zu Hause, mit temporärer stationärer Pflege ca. (335+113=448 minus ca.18 Doppelzählungen)	430	72'600	ca. 31 Mio.
Personen stationär nach SOMED-Statistik (382'614 Pflegetage)	1'433	115'200	ca. 121 Mio.

Abbildung 3: Kostenübersicht und Gesamtsumme nach Lebenssituation⁶

Werden die Vollkosten für Unterstützungsleistungen zugunsten betagter Menschen in grobe Kategorien eingeteilt, lassen sich folgende Positionen und Finanzierer approximativ unterscheiden:

Gruppe (in 1000 Franken)	Jährliche Kosten	Staat	Dritte / Kirchen / Krankenk.	Betroffene	Davon EL für Betroffene
Informationen und Freizeit / soziale Kontakte	7'000	1'000	5'000	1'000	0
Beratungsstellen	2'500	2'000	0	300	0
Vermittelte Freiwilligenarbeit	500	400	0	100	0
Fahrdienste	1'200	300	600	200	56
Haushalthilfen Hilfen Haushaltsführung	11'500	3'400	700	7'400	142
Ambulante Krankenpflegekosten (SPITEX)	15'500	7'000	7'600	900	53
Spezialisierte Langzeitpflege (total)	6'000	1'900	1'000	3'100	nicht vorhanden
Alters- und Pflegeheime (stationäre Langzeitpflege)	165'000	29'000	23'000	113'000	nicht vorhanden

Abbildung 4: Dienstleistungen im Alter - Finanzierungsvolumen und Verteilung⁷

Stark organisiert und als Dienstleistungen einheitlich fassbar sind (in Abb. 4 grün hinterlegt):

- die stationäre Langzeitpflege (Alters- und Pflegeheime);
- die ambulante Krankenpflege (Spitex);
- die Haushalthilfen (medizinisch indizierte Haushalts- und Betreuungsleistungen).

⁶ Eigene Darstellung basierend auf Annahmen (Herleitung und Details im Anhang)

⁷ Schätzungen basierend auf dem Markt im Kanton Zug – Darstellung Arbeitsgruppe (vgl. Unterlagen im Anhang)

Im Kanton Zug bestehen vielfältige Leistungen. Diese sind in der Regel so ausgestaltet, dass sie auch für Personen mit geringen finanziellen Mitteln zugänglich sind. Ein Bedarf an Dienstleistungen misst sich neben den individuellen Anforderungen auch an zu erwartenden Mengen und gesellschaftlichen Erfordernissen. Für eine staatliche Mitfinanzierung sind auch Kosten-Nutzen-Überlegungen anzustellen. Eigentliche Finanzierungslücken von notwendigen Angeboten wurden aus diesem Blickwinkel durch die Arbeitsgruppe keine festgestellt.

Weitere Dienstleistungen im Alter sind notwendig und wichtig. In der Betrachtung des Gesamtmarktes und aufgrund der finanziellen Kosten sind diese jedoch eher unbedeutend. Es rechtfertigt sich deshalb bei der Diskussion der Finanzierung der Langzeitpflege im Kanton Zug, sich auf die drei genannten grossen Blöcke – Pflege stationär, Pflege ambulant und Haushalthilfen - zu konzentrieren.

Personen, die für sich wählen müssen, ob sie ihr Leben mit ambulanten Dienstleistungen ergänzen oder in einem Alters- und Pflegeheim verbringen wollen, haben einen starken Kostenanreiz, dies im bisherigen Umfeld zu tun. Für die Betroffenen lohnt sich insgesamt ambulant vor stationär aus finanziellen Überlegungen klar und die Anreize im Gesamtsystem sind korrekt gesetzt. Dabei ist festzuhalten, dass neben den rein ökonomischen Begründungen auch erweiterte Nutzenüberlegungen von den betroffenen Personen gemacht werden. Auch für Personen mit Ergänzungsleistungen ist die Autonomie und der finanzielle Spielraum beim Leben zu Hause mit Dienstleistungen wesentlich grösser als im Alters- und Pflegeheim.

Soziale Kontakte, besserer Service, umfassende Sorge, Sicherheitsüberlegungen, Aktivitäten, Organisationsaufwand etc. können dazu führen, dass trotz hohen Kosten ein Eintritt in eine Alters- und Pflegeeinrichtung erfolgt. Reichen die finanziellen Mittel zur Finanzierung nicht aus, kann dies zu hohen Leistungen der Ergänzungsleistungen führen.

c) Umsetzungsempfehlung Gesamtsystem

Eigentliche Finanzierungslücken werden keine ausgemacht. Insgesamt stützt die Finanzierung durch die Betroffenen den Grundsatz ambulant vor stationär. Diese ökonomischen Anreize sind sinnvoll.

In der Betrachtung der Gesamtkosten kann sich die öffentliche Hand auf drei Bereiche konzentrieren, die relativ klar definiert sind und einen Grossteil der Kosten ausmachen. Dies sind die stationäre Langzeitpflege, die ambulante Krankenpflege und die Haushalthilfen.

Weitere Dienstleistungen (Mahlzeitendienst, Fahrdienst, Beratungen, Aktivitäten etc.), basieren auf politischen Absichten und sind spezifisch finanziert. Zu deren Regelung werden im vorliegenden Bericht keine Vorschläge gemacht.

Wie bisher ist der Zugang zu Angeboten, die ein gutes Altern ermöglichen (auch nicht direkt gesetzlich geregelte Leistungen), auch für Personen mit geringen finanziellen Mitteln sicherzustellen.

Im komplexen System müssen die Leistungen den verschiedenen Finanzierungssystemen (Selbstzahler, KVG, Subventionen, Ergänzungsleistungen) zugeordnet werden. Die Kriterien für die Zuordnung und Unterscheidung der Leistungen müssen mit einem vertretbaren Aufwand ermittelt werden können. Überadministration und hohe Zugangshürden sind zu vermeiden.

5.2 Hilflosenentschädigung (Hilo)

a) Gesetzliche Grundlagen / Ausgangslage

Wer für alltägliche Lebensverrichtungen (Ankleiden, Körperpflege, Essen usw.) dauernd auf die Hilfe Dritter angewiesen ist, dauernder Pflege oder persönlicher Überwachung bedarf, kann eine Hilflosenentschädigung geltend machen. Es handelt sich um eine Geldleistung, welche den Anspruchsberechtigten unabhängig von Einkommen und Vermögen zusteht. Dies im Gegensatz zu Versicherungsleistungen, die einen Ersatz oder eine Sachleistung darstellen. Die Hilflosenentschädigungen sind im AHV-Gesetz geregelt und die Finanzierung erfolgt durch den Bund.

Bisher wird im Kanton Zug eine Hilflosenentschädigung bei den Pflegekosten im Heim angerechnet. Dies senkt die durch die Gemeinde zu übernehmenden ungedeckten Pflegekosten. Ausgehend von den definierten Kostenblöcken Pflege, Betreuung und Pension und angesichts der Finanzierung der Hilflosenentschädigung über AHV-Beiträge ist dies durchaus folgerichtig und entspricht einer sozialversicherungsfinanzierten Leistung. In der Umsetzung ist die Zuger Lösung jedoch komplex und stellt hohe Ansprüche an alle Beteiligten.

Diese aktuell gültige Regelung ist juristisch umstritten. Viele andere Kantone haben bei der Ausgestaltung der Pflegefinanzierung durch die öffentliche Hand auf die Berücksichtigung der Hilflosenentschädigung für die Ermittlung der ungedeckten Pflegekosten verzichtet. Das Bundesgericht hat zudem wiederholt festgehalten, dass die Patientinnen und Patienten nicht mit mehr als CHF 21.60 (entspricht 20% vom höchsten Krankenversicherungsbeitrag von CHF 108.00 gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG) belastet werden dürfen. Es ist unklar, ob die Hilflosenentschädigung als Einkommen der Person oder als Sozialversicherungsleistung, welche bei der Finanzierung der Pflege berücksichtigt werden kann, anzusehen ist. Für die Gemeinden besteht ein erhebliches Risiko, dass die Anrechnung der Hilflosenentschädigung an die Pflegekosten als nicht gesetzeskonform angesehen wird und dass aufgrund von Gerichtsentscheiden Rückforderungen gestellt werden könnten.

b) Abklärungen / Überlegungen

Die Hilflosenentschädigung wird im Kanton Zug seit der Mitfinanzierung der ungedeckten Pflegekosten (1.1.1999) bei den Kosten der Pflege gemäss KVG angerechnet. Wird die Hilflosenentschädigung von der Ausgleichskasse effektiv auch vergütet, entsteht keine Mehrbelastung für die Patientinnen und Patienten. Im Unterschied zu anderen Kantonen steht die Hilflosenentschädigung jedoch nicht für die Finanzierung der Betreuungs- und der Pensionskosten zur Verfügung.

Die Hilflosenentschädigung als Sozialversicherungsleistung der AHV und IV ist in der Öffentlichkeit und bei den Betroffenen wenig bekannt. Die Versicherung kennt drei Stufen der Hilflosenentschädigung, auf welche eine hilflose Person Anspruch hat. Die leichte Hilflosenentschädigung wird nur zu Hause ausbezahlt. Eine mittlere Hilflosenentschädigung entspricht monatlich CHF 593.00 (heute angerechnet ab Stufe 5 bis Stufe 7 mit 19.00 CHF pro Tag) und die schwere Hilflosenentschädigung CHF 948.00 (heute angerechnet ab Pflegestufe 8 mit 31.00 CHF pro Tag).

Der Begriff «hilflos» ist negativ besetzt und stimmt mit der Pflegebedürftigkeit nicht direkt überein. Die Versicherungsleistung der Hilflosenentschädigung betrifft sowohl Personen, die zu Hause leben, als auch stärker pflegebedürftige Personen in den Heimen. Nach Abklärungen der Arbeitsgruppe leben mehr Personen in den entsprechenden Pflegestufen in Heimen, als an Personen Hilflosenentschädigungen ausbezahlt werden. Dies lässt vermuten, dass nicht alle Anspruchsberechtigten diese beanspruchen.

Folgende Argumente sprechen dafür, auf eine direkte Anrechnung der Hilflosenentschädigung bei den Pflegekosten zu verzichten:

- Der Grad der Hilflosigkeit wird nach einer anderen Systematik ermittelt als der Pflegebedarf.
- Das System wird für die Betroffenen vereinfacht. Die Pflegekosten werden durch Krankenversicherer, Patientenbeteiligung und Gemeinden (Übernahme der ungedeckten Pflegekosten) vollumfänglich finanziert. Es muss keine weitere Versicherung beansprucht werden. Dadurch wird die Komplexität der Pflegefinanzierung reduziert.
- Wenn davon ausgegangen wird, dass die Gemeinden den Wegfall der Hilflosenentschädigung mit einem höheren Eigenanteil der Bewohnenden kompensieren, steigt die finanzielle Belastung für die betroffenen Personen in den Pflegestufen 1 bis 4. Für die Betroffenen kann dies ein Anreiz sein, bei tieferer Pflegestufe zuhause zu bleiben.
- Die Bewohnenden der Pflegestufen 5 bis 12 werden entlastet, da der fixe Eigenanteil an die Pflorgetaxe von 21.60 CHF pro Tag tiefer ist als der Hilflosenentschädigungsbeitrag zuzüglich den 10% Eigenanteil im heutigen System.
- Durch den Wechsel kann ein Teil der Hilflosenentschädigung von den Bewohnenden für ihre Kosten (Patientenbeteiligung, Betreuungstaxe und Pensionskosten) verwendet werden.

Mit der Anzahl der Pflgetage pro Stufe aus der SOMED-Statistik 2017 kann der Umfang der angerechneten Hilflosenentschädigungen beziffert und abgeschätzt werden.

- Pflegestufen 5 – 7 (mittlere Hilflosigkeit CHF 19.00 / Tag) 130'916 Tage = CHF 2'487'404
- Pflegestufen 8 – 12 (hohe Hilflosigkeit CHF 31.00 / Tag) 65'298 Tage = CHF 2'024'238

Insgesamt stellen die bei den ungedeckten Pflegekosten angerechneten Hilflosenentschädigungen im Jahr 2017 ein Finanzierungsvolumen von ca. CHF 4.5 Mio. (2016 ca. CHF 5.1 Mio.) dar.

Wird auf die Anrechnung der Hilflosenentschädigung bei der Pflege verzichtet und werden keine anderen Veränderungen vorgenommen, so stehen den Bewohnerinnen und Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen in den Pflegestufen 5- 12 in der Gesamtfinanzierung die Mittel der Hilflosenentschädigung zur Verfügung. Sie werden insgesamt um diese Beiträge finanziell entlastet. Ohne Korrekturmassnahmen bei den Patientenbeteiligungen an die Pflegekosten würden die Gemeinden bei Verzicht auf die Anrechnung der Hilflosenentschädigung gleichzeitig um CHF 4.5 Mio. zusätzlich belastet.

c) Umsetzungsempfehlung Hilflosenentschädigung

Auf die Anrechnung der Hilflosenentschädigung bei den Pflegekosten soll aus juristischen Erwägungen und weiteren Überlegungen ab 1.1.2020 unter folgenden Bedingungen verzichtet werden:

- Die Mehrbelastung der Gemeinden ist im entsprechenden Umfang mit anderen Massnahmen zu kompensieren.
- Eine Mehrbelastung der Pflegebedürftigen in tieferen Pflegestufen wird in Kauf genommen.
- Die Beanspruchung der Hilflosenentschädigung als Sozialversicherungsleistung gemäss AHV-Gesetz ist zu fördern, da dies die Ergänzungsleistungen entlasten kann.

5.3 Patientenbeteiligungen Pflege – ambulant und stationär

a) Gesetzliche Grundlagen / Ausgangslage

Im Grundsatz sind die Leistungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) für die ambulante und stationäre Pflege koordiniert. Die betroffene Person kann mit der gleichen Leistung im ambulanten und im stationären Behandlungsfall rechnen. Seit der per 1. Januar 2011 in Kraft getretenen KVG-Revision leisten die Krankenversicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflege lediglich einen nicht

kostendeckenden Beitrag an die Pflegekosten. Die ungedeckten Pflegekosten sind durch die Kantone zu regeln.

Der Gesetzgeber hat im KVG bei den Pflegekosten neben der üblichen Franchise und dem Selbstbehalt von 10 Prozent der Kosten eine zusätzliche Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten vorgesehen. Die Höhe dieser Patientenbeteiligung wurde auf 20 Prozent des jeweils höchsten OKP-Beitrages beschränkt.

Bei der ambulanten Pflege werden für Abklärung und Beratung CHF 79.80 pro Stunde durch die OKP vergütet. 20 Prozent davon ergeben den Betrag von CHF 15.95 pro Tag, der den Patientinnen und Patienten maximal in Rechnung gestellt werden darf.

In der stationären Pflege beträgt der Höchstbetrag für 240 (und mehr) Minuten Pflege pro Tag CHF 108.00, die durch die OKP vergütet werden. 20 Prozent davon ergeben CHF 21.60 pro Tag, die den Patientinnen und Patienten maximal in Rechnung gestellt werden dürfen.

Im Kanton Zug sind für die Restfinanzierung der ungedeckten Pflegekosten die Gemeinden zuständig. Die Patientenbeteiligung wird von ihnen einheitlich durch Beschluss der Konferenz Langzeitpflege festgelegt. Diese beträgt aktuell im ambulanten und im stationären Bereich 10 Prozent des Krankenversichererbeitrages der notwendigen Pflege und berücksichtigt die bundesrechtlichen Obergrenzen.

Im ambulanten Bereich bedeuten 10 Prozent des OKP-Beitrages eine Belastung der Patientinnen und Patienten bis zur Obergrenze von maximal CHF 15.95 pro Tag. Im stationären Bereich sind diese 10 Prozent CHF 0.90 pro 20 Minuten. Die Patientenbeteiligung erreicht hierbei maximal den Betrag von CHF 10.80 pro Tag. Ab der Stufe 5 wird zudem die effektiv bezahlte Hilflosenentschädigung mit berücksichtigt.

b) Abklärungen / Überlegungen

Die Festlegung der Patientenbeteiligung steht in engem Zusammenhang mit der Anrechnung der Hilflosenentschädigung bei den Pflegekosten gemäss vorangehendem Kapitel 5.2 und den sinnvollen ökonomischen Anreizen im Gesamtsystem.

Werden die Lebenshaltungskosten ausser Acht gelassen und nur die reinen Pflegekosten gemäss KVG betrachtet, so sind die Kosten pro Pflegeminute im ambulanten Bereich teurer als im stationären Betrieb. Dies ist bedingt durch den Mehraufwand der Pflege für Wegkosten, einem erhöhten Skill- und Grademix und der aufwändigeren Organisation einer Spitex. Die Erbringung der Pflegeleistungen lässt sich weniger leicht optimieren als im stationären Bereich. Allerdings ist davon auszugehen, dass in vielen ambulanten Situationen Angehörige Grundpflegeleistungen erbringen, die sowohl für die Krankenversicherer als auch für die Gemeinden Kosteneinsparungen darstellen.

Dies lässt sich folgendermassen darstellen:

Kosten 2017 in CHF	Ambulante Pflege ⁸		Stationäre Pflege ⁹	
	Pro Std.	Pro Min.	Pro Std.	Pro Min.
Vollkosten KVG-Pflege ca.	140.00	2.33 (100%)	82.80	1.38 (100%)
Anteil Krankenversicherer	Abklärung 79.80 Behandlung 65.40 Grundpflege 54.60 Ø 62.00	Ø 1.03 (43%)	27.00 (Pro 20 Min. 9.00)	0.45 (33%)
Patientenbeteiligung 2017 10% bis max. 15.95/Tag	Ø 6.20	Ø 0.103	2.70	0.045
Ungedeckte Pflegekosten Gemeinde ca.	Ø 72.00	Ø 1.3597	53.10	0.885

Abbildung 5: Vergleich Pflegekosten nach KVG ambulant / stationär

Die Arbeitsgruppe hat die unterschiedlichen Vorgehensweisen der Kantone bei Ausgestaltung der Patientenbeteiligung beurteilt und schlägt Folgendes vor:

Die Patientenbeteiligung steigt mit dem Pflegeaufwand

Eine Patientenbeteiligung im Verhältnis zur erbrachten Pflegeleistung ist grundsätzlich gerechter. Pflegebedürftige Personen können nachvollziehen, dass die Patientenbeteiligung ansteigt, wenn sich der Pflegebedarf erhöht.

Im ambulanten Bereich beträgt die maximale Patientenbeteiligung CHF 15.95 pro Tag. Da im ambulanten Bereich ein Zeittarif gilt und in Schritten von fünf Minuten abgerechnet wird, ergibt sich pro Tag automatisch eine Abstufung der Patientenbeteiligung. Bei der bisherigen Patientenbeteiligung von 10 Prozent der OKP-Tarife wird der maximale Betrag der Patientenbeteiligung bei ca. 2 ½ Stunden Tagespflege erreicht. Bei 20 Prozent wäre die maximale Patientenbeteiligung bereits bei ca. 1 ¼ Stunden Tagespflege erreicht.

Im stationären Bereich würde die Erhöhung der Patientenbeteiligung auf 20 Prozent des Krankenversichererbeitrages im Verhältnis zur erbrachten Pflegeleistung gegenüber heute eine Verdoppelung bedeuten. Da es sich bereits um Tagesstarife handelt, würde nach diesem Modell die maximale Patientenbeteiligung von CHF 21.60 erst bei der relativ seltenen Pflegestufe 12 erreicht. Wenn gleichzeitig die Hilflosenentschädigung nicht mehr bei den Pflegekosten angerechnet wird, entstehen für die Bewohnenden der Heime finanzielle Vorteile und für die Gemeinden entsprechende Nachteile. Für eine Kompensation der Ausfälle bei den Gemeinden reicht eine Erhöhung der Patientenbeteiligung auf 20 Prozent je Stufe nicht aus.

Gleichzeitig können höhere Patientenbeteiligungen auch Auswirkungen auf die durch die Bewohnenden zu tragenden Gesamtkosten haben und damit auch auf die Ergänzungsleistungen. Deshalb sind die Patientenbeteiligungen bei der Ermittlung des Existenzbedarfs zu berücksichtigen.

⁸ Zahlen gemäss Kosten bei der öffentlichen Spitex Kanton Zug 2017 (inkl. gemeinwirtschaftliche Leistungen)

⁹ Zahlen gemäss Pflegeminutenpreis gemäss Rahmentarif allgemeine Langzeitpflege Kanton Zug 2017

c) Umsetzungsempfehlung Patientenbeteiligung

Der Bundesgesetzgeber hat bei der Ausgestaltung der OKP beabsichtigt, ambulante und stationäre Pflege gleich zu behandeln. Bei der Patientenbeteiligung sind deshalb ambulante und stationäre Pflege ebenfalls möglichst gleich zu stellen.

Die Erhöhung der Patientenbeteiligung kompensiert für die Gemeinden den Wegfall der Hilflosenentschädigung bei den ungedeckten Pflegekosten.

Eine Abstufung der Patientenbeteiligung nach effektiv zu erbringenden Pflegeleistungen wird angestrebt.

Die Patientenbeteiligung wird bei den Ergänzungsleistungen als Teil des Existenzbedarfs berücksichtigt.

5.4 Förderung des Kostenbewusstseins bei staatlich mitfinanzierten Leistungen

a) Gesetzliche Grundlagen / Ausgangslage

Der Anspruch auf medizinische Pflege besteht unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär erbracht wird. Dabei sind die Kosten der Pflege weitgehend koordiniert und die Finanzierung erfolgt nach den gleichen Grundsätzen gemäss KLV 7.

Durch die betroffene Person selbst zu finanzieren sind die Wohnkosten, die Lebenshaltungskosten und die nicht-KVG-pflichtigen Hilfen und Betreuungsleistungen. Eine Ausnahme bilden dabei die Beiträge der Gemeinden an die Haushalthilfe/Betreuung durch SPITEX-Dienste mit Leistungsvereinbarung.

b) Abklärungen / Überlegungen

Die Anreize zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sind grundsätzlich richtig gesetzt, da die betroffene Person bei Wahl einer teilstationären oder stationären Leistungserbringung mit wesentlich höheren eigenen Kosten zu rechnen hat. Eine vermehrte Flexibilität bei den Beitragshöhen für die Krankheits- und Behinderungskosten der Ergänzungsleistungen könnte die ambulante Versorgung noch weiter stützen.

Personen mit Bedarf an Hilfeleistungen, die staatlich mitfinanziert werden, können auf der anderen Seite von staatlichen Vorgaben betroffen sein, die sie in der Wahl- und Handlungsfreiheit einschränken. Insbesondere wenn hohe Kosten zu erwarten sind, besteht die Gefahr von Rationierung und Zuordnung von Leistungen nach bestimmten Kriterien. Dies gilt es zu verhindern. Eigentliche Zuweisungen in einzelne Einrichtungen («Sie gehören nun in eine Alterswohnung», «ein Leben im Pflegeheim kommt für Sie noch nicht in Frage») oder zur Inanspruchnahme von bestimmten Dienstleistungen («Sie müssen regelmässig die Psychiatriespitex in Anspruch nehmen», «zu Ihrem Schutz ist eine Videoüberwachung einzurichten») kommen Zwangsmassnahmen gleich und sind deshalb zu vermeiden.

Schwieriger gestaltet sich die Beurteilung bei der Wahl von Inanspruchnahme oder Vermeidung von Dienstleistungen, da diese per se mit Kosten verbunden sind. Immer wieder kann festgestellt werden, dass durch eine rechtzeitige Wahl von Hilfeleistungen (die aber bereits etwas kosten) später hohe Folgekosten vermieden oder hinausgezögert werden könnten. Den Gemeinden steht es frei, frühzeitig Angebote zu finanzieren, deren Inanspruchnahme höhere Folgekosten verhindert.

Zentral dabei sind Beratungs-, Kontakt- und Überwachungsleistungen, welche möglichst niederschwellig und zu geringen Kosten für die Betroffenen anzubieten sind. Da der individuelle Bedarf für solche Leistungen sich medizinisch oft kaum nachweisen lässt, kann die Regelung nicht über das Krankenversicherungsgesetz erfolgen. Im Rahmen der Definition von gemeinwirtschaftlichen Leistungen können jedoch Regelungen für die einzelnen Leistungserbringer getroffen werden. Die Gemeinden haben darauf zu achten, dass Beratungs-, Kontakt- und Überwachungsleistungen in adäquatem Ausmass erbracht werden können.

c) Umsetzungsempfehlung Förderung des Kostenbewusstseins

Die bisher gewählte Verteilung der Kosten zwischen ambulanten und stationären Lösungen berücksichtigt die ökonomischen Interessen der Betroffenen in geeigneter Art und Weise und ist weiterzuführen.

Auf Zwang bei der Wahl von Dienstleistungen und Zuweisungen durch spezialisierte Triagestellen ist zu verzichten. Es gelten die gesetzlichen und vereinbarten Bedarfs- und Aufnahmekriterien, die durch die Leistungserbringer zu gewährleisten sind.

Den Betroffenen und Angehörigen müssen Informationsplattformen und Beratungsorganisationen (Pro Senectute, Gesundheitsligen, Sozialdienste etc.) zur Verfügung stehen, die ausreichend mitfinanziert werden.

Den Leistungserbringern wird über die Festlegung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen ausreichend Spielraum für Beratungs-, Kontakt- und Überwachungsleistungen gewährt.

5.5 Einflussmöglichkeiten der öffentlichen Hand auf die Kosten

a) Gesetzliche Grundlagen / Ausgangslage

Bei einem stationären Langzeitpflegeaufenthalt in einem Alters- und Pflegeheim sind die Kosten gemäss Spitalgesetz auf Pflege-, Pensions-, Betreuungstaxe und private Auslagen zu verteilen und entsprechend in Rechnung zu stellen.

Im Rahmen der «Good Governance» werden die Funktionen der auftragnehmenden Trägerschaft zunehmend von der auftraggebenden Gemeinde getrennt. Dadurch treten die Trägerschaften vermehrt als eigenständige Organisationen am Markt auf, und die Gemeinden haben kaum mehr direkten Einfluss auf die Anlage- und Betriebskosten und damit die Höhe der Taxen.

Die Einwohnergemeinden sind in der Langzeitpflege zuständig, mit den Leistungserbringern die Pflege-, Betreuungs- und Pensionstaxen zu vereinbaren. Die Taxen müssen die anrechenbaren Kosten berücksichtigen und der Leistungsumfang ist in der kantonalen Verordnung detailliert beschrieben. Die Einflussmöglichkeiten der Gemeinden bei ausgewiesenen Kosten sind gering. Bestimmungen zu Normkosten, Vergleichswerten und einem direkten betrieblichen Benchmark oder die Möglichkeit, übermässige Kosten abzulehnen, sind in den gesetzlichen Bestimmungen nicht erwähnt.

Seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 sind die durchschnittlich von den Betroffenen zu finanzierenden Tagestaxen angestiegen. Mit der Praxis, auch in der Anlagenutzung Vollkosten zu berücksichtigen, haben sich die Belastungen der Bewohnenden mehr und mehr den maximalen EL-Tagestaxen angenähert. Einzelne, insbesondere spezialisierte Pflegeabteilungen und bestimmte Zimmer in einigen Alters- und Pflegeheimen sind für Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen nicht mehr zugänglich.

Es stellt sich die Frage, wie die öffentliche Hand auf das Kostenniveau der Alters- und Pflegeheime insgesamt steuernd Einfluss nehmen kann.

b) Abklärungen / Überlegungen

Geprägt durch die Regeln des KVG ist die heutige Gesetzgebung bei den Pflegekosten auf eine kostenorientierte Abgeltung ausgerichtet. Vorgaben für einzelne Kostenblöcke oder klare Beschreibungen der Dienstleistungen sind weder bei den Betreuungs- noch bei den Pensionsleistungen, vorhanden. Eine kostenorientierte Abgeltung kann sich nicht auf festgesetzte Anforderungen stützen.

Bei der Ausgestaltung der Einflussnahme durch den Gesetzgeber und die Gemeinden soll darauf geachtet werden, dass betriebswirtschaftliche Freiheiten belassen werden, ein stufenweises Vorgehen ermöglicht wird und administrative Aufwendungen für die Ermittlung der genauen Kosten gering und nicht sogar kostensteigernd ausgestaltet werden.

Die heutige Ermittlung der Taxen stützt sich gemäss Taxtool auf die im jeweiligen Betrieb vorhandenen und budgetierten Kosten. Selbst bei einer Tarifierung basierend auf der Kostenrechnung müssten weiterhin die betrieblichen Kosten berücksichtigt werden. Eine Normierung auf Grund von Durchschnittswerten ist nicht zulässig. Eine Ausscheidung von nicht anrechenbaren Kosten ist äusserst aufwendig und löst viele Diskussionen aus. Dies zeigt sich exemplarisch im Spitalwesen. Als Grundsatz müssen die Wirtschaftlichkeit bzw. die angemessene kostengünstige Leistungserbringung auch bei den Aufenthaltskosten eine massgeblichere Rolle spielen. Grundleistungen sind von Zusatzangeboten klarer zu trennen.

Ein Ansatz dazu besteht darin, Vergleichsmöglichkeiten für die Tarife und einzelne Kostenblöcke zu schaffen. Durch kantonale Vergleichszahlen könnten Richtgrössen vorgelegt werden, welche den Trägerschaften und den Gemeinden bei der Beurteilung der Kosten des einzelnen Betriebes helfen. Im Gegensatz zum KVG-Bereich besteht im Kanton Zug für die Finanzierungsanteile bei den Aufenthaltskosten keine Verpflichtung zur Offenlegung der Kosten zu Vergleichszwecken. Aus diesem Grund wird vorgeschlagen, lediglich innerkantonal ermittelte Werte über alle Heime hinweg zur Verfügung zu stellen. Bei einer allfälligen Gesetzesrevision ist allenfalls eine gesetzliche Grundlage für einen direkten betrieblichen Benchmark zu schaffen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Vergleichszahlen in beide Richtungen wirken können. Es ist eine Orientierung an den preiswerten Leistungserbringern, aber auch der Vergleich mit noch teureren Einrichtungen möglich.

Noch weiter würden direkte staatliche Eingriffe durch Festlegung der Pensions- und Betreuungstaxen gehen. Ziel der Festlegung von Preisen durch die Gemeinden oder den Kanton müsste die wirtschaftliche Erbringung der Leistungen für den Aufenthalt sein. Dies käme sowohl den Selbstzahlern als auch Personen mit Ergänzungsleistungen zugute. Im Rahmen einer Gesetzesrevision ist zu prüfen, ob entsprechende Kann-Formulierungen zur direkten Festlegung maximal anrechenbarer Kosten (z.B. Anlagekosten, Aktivitäten), eines Mindestangebotes an Pflegebetten zu bestimmten Preisen, oder bezüglich Abweichungen bei Kostenvergleichen ins Gesetz aufgenommen werden sollen.

c) Umsetzungsempfehlung Einflussmöglichkeiten öffentliche Hand

Auch für die Pensions- und Betreuungskosten (Aufenthaltskosten) ist an den Grundsätzen zur Leistungserbringung (im KVG z.B. wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich) festzuhalten. Zusatzangebote sind als solche zu kennzeichnen und von den Grundleistungen zu trennen.

Es sind konkrete innerkantonale Vergleichsgrössen zur verbesserten Steuerung der Kosten durch die Trägerschaften und die Gemeinden zu schaffen.

Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für den direkten Vergleich von betrieblichen Kennzahlen (Benchmark) ist zu prüfen.

Formulierungen im Gesetz, die verstärkte Einflussmöglichkeiten der öffentlichen Hand ermöglichen, sind zu prüfen.

5.6 Begrenzung der Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten (EL)

a) Gesetzliche Grundlagen / Ausgangslage

Die Übernahme von Kosten durch die Ergänzungsleistungen ist sowohl durch Bundesrecht als auch durch kantonale Vorgaben begrenzt. Bei den Limiten wird zwischen Wohnen zu Hause und Wohnen im Heim unterschieden. Auch wenn keine jährliche EL bezahlt wird, können die den Einnahmeüberschuss übersteigenden Krankheits- und Behinderungskosten durch die EL vergütet werden.

Der Kanton Zug hat mit der Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (ELKV), dem Anhang über Hilfsmittel und der Verordnung betreffend Zugerpass für IV-Bezügerinnen und –Bezüger bzw. für blinde und sehbehinderte Personen Ausführungsbestimmungen erlassen. Diese regeln im Detail, welche Kosten bei Behinderung oder Krankheit für die Bewältigung des Alltags im Rahmen von Ergänzungsleistungen geltend gemacht werden können.

Bei den maximalen Jahresbeiträgen übernimmt die kantonale Gesetzgebung die nationalen Bestimmungen. Bei Wohnen zu Hause gilt für die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten eine maximale Höchstgrenze von CHF 25'000 pro Jahr und Person. Im Heim liegt die Grenze bei CHF 6'000 jährlich. Die kantonale Verordnung hat zusätzlich in verschiedenen Unterkategorien maximale Obergrenzen definiert.

Im nachfolgenden Kapitel 5.7 wird spezifisch auf den stationären Aufenthalt und die Begrenzung der maximalen Tagestaxe eingegangen.

b) Abklärungen / Überlegungen

Die Regelungen zur Mitfinanzierung der Krankheits- und Behinderungskosten sind grundsätzlich ein sinnvolles und geeignetes Regelwerk, welches die Unterstützung der Selbstständigkeit von Personen bei Bedarf finanzieren hilft. Die Finanzierungsgrenzen gemäss Bundesgesetzgebung sind mit maximal CHF 25'000 pro Kalenderjahr angesetzt und unterstützen das Leben zu Hause. Die Kriterien und die Obergrenzen der Vergütungen sind in der zugehörigen kantonalen Verordnung aktuell teilweise zu eng gefasst. Deshalb sollen Anpassungen die finanzielle Unterstützung der Betroffenen bei zeitlich begrenzter Betreuung wie auch eine grössere Durchlässigkeit der Angebote ermöglichen.

Der Umfang der Mitfinanzierung von Dienstleistungen durch die Ergänzungsleistungen ist wenig bekannt. Der Zugang zu den Zusatzfinanzierungen der Ergänzungsleistungen für zu Hause lebende Personen ist zu verbessern und die Abrechnungsmöglichkeiten sind zu vereinfachen.

c) Umsetzungsempfehlung Begrenzung der Krankheits- und Behinderungskosten

Die Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (ELKV) wird mit dem Ziel der Vereinfachung und Aktualisierung überarbeitet. Gleichzeitig werden administrative Abläufe überprüft und im Sinne der Kundinnen und Kunden optimiert.

Über die Möglichkeiten der Ergänzungsleistungen zur Unterstützung des Lebens zu Hause wird aktiv kommuniziert und Schlüsselpersonen werden umfassend informiert.

Zu den Krankheits- und Behinderungskosten werden gemäss EL-Reform (Änderung des ELG vom 22.3.2019) künftig auch vorübergehende stationäre Aufenthalte im Hinblick auf die Fortführung der Lebenssituation zu Hause gehören. Die ELKV muss dazu angepasst werden.

5.7 Begrenzung der Tagestaxen stationär

a) Gesetzliche Grundlagen / Ausgangslage

Das Bundesgesetz gibt die Möglichkeit, die stationär maximal anerkannten Kosten (maximale Tagestaxe) in den Heimen zu begrenzen. Der Kanton Zug hat davon Gebrauch gemacht. So werden in der Verordnung über die maximal anrechenbaren Kosten für Tagestaxen Abstufungen zwischen verschiedenen Personenkategorien (Behinderte, IV-Bezüger, Personen im AHV-Alter, Personen mit Aufenthalt im JPM Baar) und nach Pflegestufe vorgenommen. Diese Abstufungen stimmen mit den heute gültigen Finanzierungsbedingungen gemäss Pflegefinanzierung 2011 nicht mehr überein. Von den Angeboten der spezialisierten Langzeitpflege ist in der Verordnung nur das Angebot JPM Baar geregelt.

Das heutige Preissystem der Alters- und Pflegeheime ist weitgehend pauschalisiert (fixe Taxen pro Tag) und differenziert lediglich beim Pflegebedarf zwischen den Bewohnenden. Die Alters- und Pflegeheime erheben ihre Taxen kostenorientiert. Eine Einflussnahme auf die Preise ist gesetzlich nicht geregelt. Gleichzeitig konnte festgestellt werden, dass der Marktmechanismus nur in geringem Ausmass spielt.

Es stellt sich die Frage, wie die öffentliche Hand auf das Kostenniveau der Alters- und Pflegeheime insgesamt steuernd Einfluss nehmen kann und wie die Begrenzung erfolgt für Personen, die auf die Mitfinanzierung durch Ergänzungsleistungen angewiesen sind.

Auch bei den Selbstzahlenden gibt es Personen, die kostengünstig die Dienstleistungen des Alters- und Pflegeheimes in Anspruch nehmen wollen. Deshalb ist das allgemeine Preisniveau von grosser Bedeutung.

b) Abklärungen / Überlegungen

Die Arbeitsgruppe hat bei ihren Überlegungen einen Zeithorizont von 10 Jahren ins Auge gefasst. Für diesen Zeitraum bis 2030 sind die Pflegebetten und die Infrastruktur der Alters- und Pflegeheime bereits gebaut. Eine Senkung der Anlagekosten durch günstigere Infrastruktur kann deshalb innert kurzer Zeit nicht erreicht werden.

Mit der Einführung der Vollkostenrechnung vor drei Jahren wurde erwartet, dass der Wettbewerb unter den Heimen spielen würde. Es wurde davon ausgegangen, dass Pflegebedürftige sich das günstigste Heim suchen, was zu einem Preisdruck führen würde. Nun stellte sich jedoch heraus, dass der Markt kaum funktioniert und wenig Preissensibilität bei der Wahl des Alters- und Pflegeheims besteht. Als wahrscheinliche Gründe wurden identifiziert: Bei einem Eintritt aus dem Spital bleibt keine Zeit, um Auswahlmöglichkeiten abzuwarten; die Wohnortnähe ist wichtiger als die Höhe der Taxen (Heimatgefühl, Umzug in auswärtiges günstigeres Alters- und Pflegeheim wird nicht in Erwägung gezogen, vulnerable Patienten).

Gemäss Angaben der Ausgleichskasse reichen zurzeit die maximalen Heimtaxen nur bei wenigen Personen nicht zur Deckung der Kosten eines Pflegeheimaufenthalts. Selbstzahlende wählen nicht automatisch das preislich günstigste Angebot. Ebenso wenig trifft bei den Personen mit Ergänzungsleistungen die Annahme zu, dass sie das teuerstmögliche Angebot wählen. Auch hier entscheiden der freie Platz und die gleichen Faktoren wie Wohnortnähe eher über die Wahl der Einrichtung als Kostenüberlegungen.

Wichtig ist bei der Taxgestaltung, dass zwischen Einwohnerinnen und Einwohnern der Standortgemeinde und aussergemeindlichen Pflegebedürftigen keine Differenzierung erfolgt, da die kantonsweite Planung den Ausgleich zwischen den Alters- und Pflegeheimen beinhaltet.

Eine kostenunabhängige, vom Status der Bewohnenden abhängige Tarifierung kann Quersubventionierungen umfassen, die ungerecht und nicht angemessen sind. Kostengünstige Angebote müssen sowohl für Selbstzahlende als auch für Personen, die auf Ergänzungsleistungen angewiesen sind, zugänglich bleiben. Nur bei ausreichend vorhandenen Betten unterhalb der maximalen EL-Tagestaxe ist sichergestellt, dass bei Bedarf rechtzeitig ein freies Bett vorhanden ist und Selbstzahlende nicht benachteiligt werden.

Höhere maximale EL-Heimtaxen führen tendenziell zu höheren Taxen. Hohe Taxen wiederum verkleinern die Anzahl potentieller Selbstzahlender und erhöhen die Anzahl Personen, die auf Ergänzungsleistungen angewiesen sind. Inwieweit der Kostenanstieg in den vergangenen Jahren durch effektiv gestiegene Kosten oder vermeidbare Zusatzleistungen verursacht wurde, würde umfassende Untersuchungen bedeuten und konnte nicht geprüft werden.

Wirtschaftliche Preise sind für alle vorzusehen. Es sollen genügend Heimplätze im Kanton Zug vorhanden sein, die preislich einem angemessenen, mit Ergänzungsleistungen finanzierbaren Angebot entsprechen. Wenn eine Grosszahl der vorhandenen Betten diesen Anspruch erfüllt, ist dies für die Selbstzahlenden ideal und die Verteilung ist unproblematischer, als wenn nur eine ausreichende oder knappe Anzahl der Betten mit Ergänzungsleistungen finanzierbar ist.

Die Höhe der max. EL-Heimtaxen soll keine Anreize schaffen für Heime, ihre Pensions-, Betreuungs- und Pflege-Taxen zu erhöhen.

Die Deckung der Kosten für die spezialisierte Langzeitpflege muss für EL-Bezüger möglich sein (z.B. Betreuung in der gerontopsychiatrischen Abteilung Frauensteinmatt) und wird im entsprechenden Kapitel 5.9 betrachtet.

Am System, bei den Ergänzungsleistungen die maximale Tagestaxe zu begrenzen, soll festgehalten werden. Damit kann sichergestellt werden, dass die vom Kanton mitfinanzierten Heimaufenthalte ein bestimmtes Kostenniveau nicht übersteigen. Die Steuerung soll über ein Kostendach bei den

Ergänzungsleistungen erfolgen und möglichst wenige Eingriffe auf betriebswirtschaftlicher Ebene («Standardzimmer», Angebot, Komfort) umfassen. Das betriebswirtschaftliche Denken zu fördern ist eine Führungsaufgabe sowohl der Trägerschaften als auch der Standortgemeinden.

Die Arbeitsgruppe hat mehrere Ansätze zur Begrenzung der Kostenübernahme bei den Ergänzungsleistungen geprüft. Vorgeschlagen wird folgender Ansatz:

Maximale EL-Tagestaxe stützt sich auf eine Aufenthaltstaxe (ohne Einbezug der jeweiligen Patientenbeteiligung)

Bei dieser Variante wird die Patientenbeteiligung von der maximalen EL-Tagestaxe abgekoppelt. Sie wird gemäss festgelegter Höhe in der jeweiligen Pflegestufe separat durch die jährlichen Ergänzungsleistungen übernommen. Dies analog zur Systematik bei der zusätzlichen Übernahme von nicht beeinflussbaren Krankheitskosten.

Betreuungstaxe und Pensionstaxe werden zusammengezählt und als Aufenthaltstaxe bezeichnet. Der festzulegende Betrag dieser Aufenthaltstaxe bildet die maximale EL-Tagestaxe. Verschiebungen von Kosten zwischen Betreuung und Pension bleiben ohne Einfluss auf die Finanzierbarkeit des Angebotes.

Kosten (insbesondere durch Betreuung und zusätzliche Infrastruktur), die bei den spezialisierten Leistungen entstehen, sollen auch bei den Ergänzungsleistungen adäquat abgebildet werden können. Der Zugang zu den spezialisierten Leistungen muss auch für Personen mit Ergänzungsleistungen möglich sein.

Der sachliche Zusammenhang von Pflegebedürftigkeit und Hilflosigkeit würde bei den Ergänzungsleistungen in diesem Modell weitergeführt. Fällt die höhere Patientenbeteiligung in den oberen Pflegestufen an, könnte in der Regel auch eine Hilflosenentschädigung beansprucht werden.

Zu **anderen Modellen** lässt sich folgendes erläutern:

Das heutige Modell der Anbindung der maximalen EL-Taxe an die Pflegestufe ist nicht mehr adäquat. Die Kosten der unterschiedlichen Pflegebedürftigkeit werden grossteils über die ungedeckten Pflegekosten aufgefangen. Die Höhe der Patientenbeteiligung steht in Zusammenhang mit der Anrechnung der Hilflosenentschädigung und soll keinen oder kaum Einfluss auf die Kosten bei den Ergänzungsleistungen haben.

Geprüft, aber in der Folge verworfen wurde auch die Idee, die maximale EL-Tagestaxe pro Kostenblock (Pflege, Betreuung, Pension) einzeln festzulegen. Bei diesem Modell ist die Einflussnahme auf den Betrieb gross und es würde zu einem erhöhten Verwaltungs- und Kontrollaufwand führen. Zu befürchten wären auch unerwünschte Querfinanzierungen durch Selbstzahlende.

Bei dieser Variante wurde zudem die Mitfinanzierung der Gemeinden bei den Ergänzungsleistungen thematisiert. Die Idee, bei zu teuren Leistungen (z.B. hohe Anlagekosten) eine Kostenbeteiligung der zuständigen Gemeinde für Personen mit Ergänzungsleistungen zu verlangen, würde auf die Gemeinden Druck ausüben, kostengünstige Angebote bereitzustellen. Ein solches Modell wird hinterfragt, weil betroffene Personen Langzeitpflegebetten im ganzen Kanton akzeptieren müssen. Die für die Übernahme der Kosten zuständige Gemeinde hat dabei nur wenig Einflussmöglichkeiten. Zudem sollen die Trägerschaften für die Betriebskosten vollumfänglich verantwortlich sein. Die direkte Mitsprache der Gemeinde ist nicht vorgesehen. Die Komplexität der Finanzierung würde zudem nochmals erhöht.

In der Vergangenheit haben die Gemeinden des Kantons Zug die Alters- und Pflegeheime mit Investitionsbeiträgen unterstützt. Diese wurden mit Steuergeldern finanziert. Seit der Einführung des Taxtools erfolgt die Berechnung der Taxen basierend auf den Vollkosten. Dies entspricht der Bezahlung durch die Nutzenden. Eine Finanzierung aus Steuergeldern zur Senkung der Kosten für alle Nutzenden wäre politisch zu beantworten. Insgesamt lebt aber nur ein kleiner Anteil der Bevölkerung in einem Alters- und Pflegeheim. Durch den Abzug der persönlichen Kosten als krankheitsbedingte Mehrkosten bei den Einkommenssteuern werden die Betroffenen während dem Heimaufenthalt steuerlich begünstigt. Die Gemeinden wiederum übernehmen – unabhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit der Betroffenen – die ungedeckten Pflegekosten, welche steuerfinanziert sind. Ein Teil der Pflegeinfrastruktur ist in den Pflegekosten enthalten. Die Alters- und Pflegeheime leisten mit ihrer Infrastruktur einen Beitrag zum Gemeinwohl. So bestehen Begegnungsmöglichkeiten (Cafeteria) und es finden Veranstaltungen statt, die allen Personen offenstehen. Durch die Verpflichtung, die Infrastruktur zu unter- und erhalten, werden zukünftige Mitfinanzierungen der Gemeinden nicht mehr benötigt. Insgesamt erachtete die Arbeitsgruppe den Umverteilungseffekt für den Einzelnen als klein und die Finanzierung nach Vollkosten für angemessen.

Die Unterscheidung der maximalen EL-Tagestaxe nach Angebotskategorie würde klare Zuweisungen der Personen bzw. stringente Eintrittskriterien erfordern. In der Arbeitsgruppe war unbestritten, dass zwischen allgemeiner und spezialisierter Langzeitpflege unterschieden werden soll. Die Definition von verschiedenen Angebotskategorien in der allgemeinen stationären Langzeitpflege ist in der Praxis jedoch kaum realisierbar und der Steuerungseffekt auf die Kosten bei den Ergänzungsleistungen wird als gering erachtet.

c) Umsetzungsempfehlung Begrenzung der Tagestaxen stationär

Die Begrenzung der maximalen Tagestaxe in der Langzeitpflege ist weiterzuführen.

Neu setzt sich die maximale Tagestaxe aus den Kosten für die Betreuung und Pension im Sinne einer Aufenthaltstaxe zusammen.

Die Patientenbeteiligung stellt nicht beeinflussbare Krankheitskosten dar und ist separat gemäss effektivem Betrag in die jährliche Vergütung der Ergänzungsleistungen aufzunehmen. Die Anrechnung der Hilflosenentschädigung an die Kosten für den stationären Langzeitpflegeaufenthalt wird rechtlich sichergestellt.

Die Änderung in Aufenthaltstaxe und Vergütung der (erhöhten) Patientenbeteiligung erfolgt für die Ergänzungsleistungen kostenneutral.

Bei der Begrenzung der maximalen Tagestaxe wird zwischen allgemeiner und spezialisierter Langzeitpflege unterschieden.

Die maximale Tagestaxe ermöglicht Selbstzahlenden und Personen mit Ergänzungsleistungen im ganzen Kanton die Auswahl aus diversen stationären Pflegeinstitutionen.

5.8 Intermediäre Angebote

a) Gesetzliche Grundlagen / Ausgangslage

Eine klare Definition von intermediären Angeboten fehlt sowohl auf Bundesebene als auch im Kanton Zug. Schriftliche Definitionen von «betreutem Wohnen» existieren lediglich in der Hälfte aller Kantone, und nur in wenigen Kantonen sind gesetzliche Bestimmungen vorhanden. Die vorhandenen Formulierungen unterscheiden sich sowohl bei den Anforderungen (Grösse, Gestaltung, Grund- und Wahlangebote) wie bei den Zielgruppen.

Die Heterogenität der ergänzenden Dienstleistungen für Personen in einem Privathaushalt zeigt sich in der Schwierigkeit, einheitliche Begrifflichkeiten für die intermediären Angebote zu finden. Unbestritten bleibt dabei, dass ergänzende Wohnformen zwischen Privathaushalt und Heim von den Betroffenen gewünscht und aus ökonomischer Sicht interessant sind.

Grundsätzlich kann zwischen Anforderungen an die Infrastruktur und an Dienstleistungen unterschieden werden:

Die Anforderungen an die staatliche Bereitstellung von hindernisfreien Wohnangeboten sind heute aufgrund der gültigen Bauvorschriften relativiert. Im zugerischen Planungs- und Baugesetz ist hindernisfreies Bauen ab acht Wohneinheiten vorgegeben. Mit der SIA Norm 500 für hindernisfreies Bauen werden entsprechende Voraussetzungen beschrieben. Eine zusätzliche Förderung für intermediäre Wohnangebote müsste demnach diese allgemeinen Voraussetzungen übertreffen. Zu denken ist dabei insbesondere an technische Investitionen und Leistungen, die den Bewohnenden direkt zu Gute kommen.

Bei den Dienstleistungen werden direkt am Ort des Wohnens Angebote bereitgestellt. Intermediäre Angebote können bei Dienstleistungen vor allem durch Vereinfachung, Hilfe bei der Organisation, Ansprechpersonen vor Ort punkten. Dabei ist zwischen fixen Kosten der Bereitstellung (z.B. Kontakttelefon, Wohnassistenzen als Ansprechpersonen) und variablen Kosten der effektiven Inanspruchnahme (z.B. Handreichung durch Hauswart, Begleitung) zu unterscheiden.

In der Praxis finden sich unterschiedlichste Preismodelle. Direkte Verknüpfung mit den Wohnkosten, Dienstleistungspakete auf Abruf und Einzelleistungsabrechnungen werden angeboten. Hinzu kommt die direkte Vermittlung von Dienstleistungen bei unabhängigen Organisationen, welche die Benutzerin und der Benutzer selber bezahlt.

Pakete, die einen Mehrwert gegenüber dem unabhängigen Wohnen darstellen, können sinnvoll sein. Eine Unterscheidung zwischen den Angeboten im intermediären Wohnen und Einzeldienstleistungen im unabhängigen Wohnen ist nicht immer möglich. Oft sind Dienstleistungen, welche im intermediären Wohnen dazugehören, bei anderen Anbietern auch für die Personen erhältlich, die noch in einer eigenen Wohnung leben. Auf der anderen Seite können Bewohnerinnen und Bewohner, die in einer intermediären Wohnform leben, auch ergänzende Standarddienstleistungen (z.B. Spitex, Tagesheim, Tag-Nachtstation, Fahrdienste etc.) nutzen.

b) Abklärungen / Überlegungen

Die Vielfalt der Bedürfnisse und Angebote für Lebenssituationen im Alter ist enorm. Zusammengefasste Dienstleistungspakete entsprechen immer weniger den individuellen Bedürfnissen der Personen. Die heutigen Seniorinnen und Senioren möchten jeweils nur die konkret benötigte Leistung abrufen.

Selbstzahlende sind in der Lage, für intermediäre Wohnangebote die nötigen Mittel aufzubringen. Es gelten die allgemeinen Regeln für die Finanzierung von Leistungen. Im Vergleich zu den hohen persönlichen Kosten von Alters- und Pflegeheimaufenthalten besteht ein ausreichendes ökonomisches Interesse, rechtzeitig ein intermediäres Wohnangebot zu wählen.

Intermediäre Wohnangebote können für alle Bevölkerungsgruppen sinnvoll sein. Wenn Krankheits- und Behinderungskosten über die Ergänzungsleistungen finanziert werden können, besteht bei entsprechendem Bedarf das geeignete Finanzierungsinstrument.

Aus Sicht der Arbeitsgruppe reichen die heutigen Möglichkeiten zur Finanzierung von Krankheits- und Behinderungskosten gemäss Verordnung ELKV weitgehend aus, um auch neue intermediäre Angebote bedarfsgerecht zu finanzieren.

c) Umsetzungsempfehlung Intermediäre Angebote

Intermediäre Wohnangebote und Dienstleistungen sollen bei entsprechendem persönlichen Bedarf für alle finanzierbar bleiben.

Von einer Ausgestaltung von intermediären Angeboten als stationäres Langzeitpflegeangebot wird abgesehen. Die Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (ELKV) prüft das Anliegen der intermediären Angebote und regelt die Finanzierung im Rahmen der Ergänzungsleistungen.

Die Beschränkung beim jährlichen Maximalbetrag für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bleibt bestehen.

5.9 Stationäre Angebote der spezialisierten Langzeitpflege

a) Gesetzliche Grundlagen / Ausgangslage

Basierend auf § 7a Abs. 2 des Spitalgesetzes haben die Gemeinden gemeinsam die Angebote der spezialisierten Langzeitpflege definiert und organisiert. Die Finanzierung folgt den Bedingungen des KVG und teilt sich in Kosten des Nutzenden, Beiträge der Krankenversicherer und der Gemeinden. Ist die betroffene Person nicht in der Lage, die ihr auferlegten Kosten selbst zu finanzieren, können Ergänzungsleistungen beansprucht werden.

Die Verordnung über die Begrenzung der Tagestaxe kennt bereits die Anerkennung einer höheren Taxe für die jungen Pflegebedürftigen im Pflegezentrum Baar. Ausserhalb der Gesetzgebung zu den Ergänzungsleistungen im Rahmen des Gesetzes über die Sozialen Einrichtungen (SEG) trägt der Kanton Zug zudem höhere Tagestaxen in Einrichtungen für Kinder und Behinderte. Diese Regelungen sind nicht Bestandteil dieses Berichtes.

b) Abklärungen / Überlegungen

Bei den stationären Angeboten der spezialisierten Langzeitpflege fallen hohe Kosten auch für die Nutzenden an. So lange die anfallenden Kosten vorübergehender/befristeter Natur sind, ist die

Finanzierung durch die Ergänzungsleistungen in aller Regel innerhalb der Limiten von CHF 25'000 pro Jahr gesichert.

Anders ist die Situation, wenn stationäre Spezialangebote längerfristig in Anspruch genommen werden müssen (Station für junge pflegebedürftige Menschen JPM, Gerontopsychiatrische Wohngruppe, Palliativ-Care-Station und ausserkantonale Spezialangebote). Durch hohe Pensions- bzw. Betreuungskosten können die kantonalen zugerischen Limiten übertroffen werden.

In der Arbeitsgruppe war unbestritten, dass spezialisierte Angebote der Langzeitpflege so finanziert werden, dass alle Bevölkerungsschichten Zugang dazu haben. Um dies zu gewährleisten, ist die Mitfinanzierung durch die öffentliche Hand notwendig. In der Umsetzung wird die Finanzierung nach den Grundsätzen der KVG-Systematik mit der Aufteilung in Pflege-, Betreuungs- und Pensionskosten bevorzugt.

Die höheren Betreuungs- und Pensionskosten sind bei den Ergänzungsleistungen entsprechend zu berücksichtigen.

Geprüft wurde auch die Mitfinanzierung der Betreuungs- und Pensionskosten durch die Gemeinden. Dazu müsste eine klare gesetzliche Grundlage geschaffen werden. Eine kantonale Mitfinanzierung im Rahmen des gültigen Gesetzes über die Sozialen Einrichtungen (SEG) würde das Finanzierungssystem nochmals komplexer machen.

c) Umsetzungsempfehlung spezialisierte Langzeitpflege

Die zeitlich begrenzten bzw. vorübergehenden Angebote der spezialisierten Langzeitpflege sind in der Verordnung für Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen angemessen zu berücksichtigen.

Längerfristig in Anspruch genommene stationäre Spezialangebote können mit den Ergänzungsleistungen gedeckt werden. Die maximal anrechenbare Tagestaxe wird entsprechend durch den Regierungsrat leistungsspezifisch festgelegt.

5.10 Pflege in Sozialen Einrichtungen nach SEG

a) Gesetzliche Grundlagen / Ausgangslage

Das kantonale Gesetz über Soziale Einrichtungen (SEG BGS 861.5) bezweckt, Personen mit besonderen Betreuungsbedürfnissen den Zugang zu den für sie geeigneten Betreuungsangeboten innerhalb und ausserhalb des Kantons Zug zu gewährleisten und ihre soziale Integration durch eine angemessene Unterstützung, Betreuung, Beschäftigung und Förderung anzustreben. Der Vollzug des Gesetzes obliegt der Direktion des Innern.

Als Personen mit besonderen Betreuungsbedürfnissen gelten Erwachsene mit Behinderung und Personen, die infolge familiärer oder sozialer Umstände einer besonderen Betreuung bedürfen. Invalide Personen gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) haben einen Rechtsanspruch auf Leistungen gemäss SEG.

Damit die Aufnahme von Personen mit besonderen Betreuungs- und Förderungsbedürfnissen in geeigneten Einrichtungen ausserhalb ihres Wohnkantons ohne Erschwernisse ermöglicht wird, haben die Kantone die Interkantonale Vereinbarung über die Sozialen Einrichtungen (IVSE) abgeschlossen.

Bei der Finanzierung wird im Rahmen des SEG bzw. der IVSE eine Tagestaxe anerkannt, wobei nicht zwischen Kostenblöcken unterschieden wird. Insbesondere erfolgt keine Unterscheidung zwischen Pflege nach KVG und Betreuungsleistungen.

Unbestritten ist, dass auch in Sozialen Einrichtungen Leistungen der Pflege gemäss KLV 7 erbracht werden können und dass die diesbezüglichen Vorschriften des KVG bzw. des Gesundheitsgesetzes des Kantons Zug zur Anwendung gelangen. Die Vorgaben bezüglich Bewilligungspflicht betreffen vor allem die Behandlung von Krankheiten, Verletzungen oder sonstigen Störungen der Gesundheit von Menschen. Es stellt sich die Frage, ob auch die Finanzierung der Pflege gemäss KVG erfolgen soll.

b) Abklärungen / Überlegungen

Personen mit besonderen Betreuungsbedürfnissen sind oft auf Unterstützung und Hilfe angewiesen. Diese kann auch Grundpflege umfassen, die im KVG geregelt ist. Werden Pflegeleistungen erbracht und will die Einrichtung diese zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen, müssen auch die Vorgaben gemäss Gesundheitsgesetz erfüllt sein.

Die Leistungen für pflegebedürftige Personen in Sozialen Einrichtungen werden im stationären Rahmen erbracht. Teilweise besteht eine Hilflosigkeit gemäss AHV-/IV-Gesetz. Die Eigenleistungen an die Aufenthaltskosten sind nach SEG einheitlich geregelt. Sie entsprechen für erwachsene Personen mit Anspruch auf Ergänzungsleistungen der maximalen Tagestaxe in einem Behindertenwohnheim. Die maximale Tagestaxe berechnet sich mit 345% des Betrages für den allgemeinen Lebensbedarf bei Alleinstehenden gemäss Art. 10 Abs. 1 Bst. a Ziff. 1 ELG.

2018 betrug die maximale Eigenleistung entsprechend CHF 182.80 pro Kalendertag zuzüglich einer allfälligen Hilflosenentschädigung. Für Personen ohne IV-Rente, d.h. ohne Anspruch auf Ergänzungsleistungen, beträgt die Eigenleistung CHF 30.00 pro Tag. Die Eigenleistungen für Kinder sind separat geregelt. Die Restkosten der Finanzierung übernimmt der Kanton Zug.

Nicht alle Sozialen Einrichtungen im Kanton Zug erbringen in gleichem Ausmass Pflegeleistungen. Im Vordergrund stehen psychiatrische und Grundpflegeleistungen. Eine Abgrenzung zwischen Betreuung und KVG-relevanter Pflege und damit auch zu einer Hilflosenentschädigung ist gerade bei diesen Leistungen anspruchsvoll und aufwändig. Zudem müsste eine Pflegeeinstufung erfolgen, die Patientenbeteiligung käme hinzu und die Gemeinden müssten sich organisieren, um die Pflegekosten mit zu verhandeln. Die Bedeutung der Pflegekosten im Verhältnis zu den Gesamtkosten ist in vielen Einrichtungen klein.

Die Finanzierung der stationären Aufenthalte für Personen mit besonderen Betreuungsbedürfnissen ist heute über eine kantonale Restkostenfinanzierung ausgestaltet. Die Eigenleistungen sind klar geregelt. Eine Berücksichtigung von KVG-Leistungen und vor allem von ungedeckten Pflegekosten zu Lasten der Gemeinden würde das System zusätzlich verkomplizieren, ohne dass daraus für die betroffenen Personen oder die Institutionen ein Mehrwert entstünde.

c) Umsetzungsempfehlung Pflege in Sozialen Einrichtungen

Die gesundheitspolizeilichen Anforderungen zur Erbringung der Pflege nach KVG werden auch in Institutionen für Personen mit besonderen Betreuungsbedürfnissen umgesetzt.

Erbringt eine IVSE-Einrichtung in erster Linie Grundpflege, ist aus verwaltungsökonomischen Gründen (Einstufungen nach KVG, Ausscheidung der effektiven Kosten, Leistungserbringung nur durch Pflegepersonal, Taxgenehmigungsverfahren, Qualitätsanforderungen etc.) auf eine Beteiligung durch die Gemeinden im Sinne von ungedeckten Pflegekosten zu verzichten.

Werden in IVSE-Einrichtungen wesentliche Anteile an Behandlungspflege erbracht, ist die Anwendung der Pflegefinanzierung zu prüfen.

6 Modellübersicht Finanzierung Langzeitpflege 2020 – Varianten

Eine weitere Erhöhung der Komplexität der Finanzierung ist zu vermeiden. Die in diesem Kapitel folgenden Anpassungen weisen gegenseitige Abhängigkeiten auf und sind schlussendlich als Gesamtsystem der Finanzierung der Langzeitpflege im Kanton Zug zu lösen. Einseitige Massnahmen zu Gunsten oder zu Lasten einzelner Kostenträger sind zu vermeiden.

Die Grundsatzaspekte zu einzelnen Themen wurden in Kapitel 5 erläutert und wo notwendig zwischen den Betreuungsformen (ambulant, intermediär, stationär) unterschieden. In diesem Kapitel folgt die Verknüpfung der verschiedenen Finanzierungsaspekte zusammengefasst für die vorgeschlagenen Änderungen. In Kapitel 7 werden die Auswirkungen der Anpassungen anhand der Fallzahlen aufgezeigt.

6.1 Anpassungen durch Regierungsrat / Konferenz Langzeitpflege

Die in diesem Abschnitt angesprochenen Massnahmen lassen sich durch Beschluss des Regierungsrates oder der Konferenz Langzeitpflege direkt umsetzen. Vernehmlassungen wie bei umfassenden Verordnungsanpassungen werden als nicht notwendig erachtet.

6.1.1 Verzicht auf Anrechnung der Hilflosenentschädigung / Belastung tiefer Pflegestufen, Entlastung hoher Pflegestufen – gleichbleibende Belastung der Gemeinden

Die Finanzierung der Pflegekosten in der stationären Langzeitpflege wird angepasst. Damit dies für die Gemeinden kostenneutral erfolgt, wird die Patientenbeteiligung erhöht. Die Hilflosenentschädigung steht den Betroffenen neu zur Finanzierung der Patientenbeteiligung und der Betreuungstaxe zur Verfügung.

Im Rahmen der Regelungen zum Taxtool und bei der Bestimmung der Patientenbeteiligung kann die Konferenz Langzeitpflege Veränderungen beschliessen. Die Arbeitsgruppe schlägt vor, die Patientenbeteiligung für die Pflegestufen 1 auf die effektiven Restkosten und für die Pflegestufen 2 bis 4 auf CHF 10.80 und ab der Pflegestufe 5 auf CHF 21.60 festzulegen. Alternativ wäre auch ein kontinuierlicher Anstieg bei den Stufen 1 bis 4 denkbar. Damit ist der kostenneutralen Umsetzung für die Gemeinden und einer Abstufung für die Bewohnenden Rechnung getragen.

Stufe	Bisherige Regelung der Patientenbeteiligung			Vorschlag Neu	Auswirkungen auf Person	
	Anteil10%	Hilo	Total bisher		Differenz pro Tag	Differenz pro Monat ca.
1	0.90	0.00	0.90	4.20	3.30	99.00
2	1.80	0.00	1.80	10.80	9.00	270.00
3	2.70	0.00	2.70	10.80	8.10	243.00
4	3.60	0.00	3.60	10.80	7.20	216.00
5	4.50	19.00	23.50	21.60	-1.90	-57.00
6	5.40	19.00	24.40	21.60	-2.80	-84.00
7	6.30	19.00	25.30	21.60	-3.70	-111.00
8	7.20	31.00	38.20	21.60	-16.60	-498.00
9	8.10	31.00	39.10	21.60	-17.50	-525.00
10	9.00	31.00	40.00	21.60	-18.40	-552.00
11	9.90	31.00	40.90	21.60	-19.30	-579.00
12	10.80	31.00	41.80	21.60	-20.20	-606.00

Abbildung 6: Auswirkungen Änderung der Beteiligung der Personen an die Pflegekosten

Pro Tag würde für die Bewohnenden durch diese Massnahme in der Pflegestufe 2 eine Mehrbelastung von CHF 9.00 oder ca. CHF 270.00 pro Monat resultieren. Bewohnende in den Pflegestufen 5 bis 7 können neu die Hilflosenentschädigung für die Finanzierung verwenden und werden leicht entlastet. Stärker pflegebedürftige Personen profitieren von der Entschädigung für die schwere Hilflosigkeit und werden bei der Finanzierung des stationären Langzeitpflegeaufenthaltes um bis zu CHF 20.20 pro Tag und ca. CHF 606.00 pro Monat entlastet.

Die Belastung der Gemeinden durch die Übernahme der ungedeckten Pflegekosten in der stationären Langzeitpflege ist in etwa kostenneutral. Die Gemeinden würden basierend auf den Zahlen von 2017 weiterhin ungedeckte Pflegekosten im Umfang von ca. CHF 21 Mio. finanzieren.

Bei den Ergänzungsleistungen, die durch den Kanton finanziert werden, ist die Be- oder Entlastung abhängig vom Anteil der Personen, die auf Ergänzungsleistungen angewiesen sind und von der Verteilung dieser Personen auf die Pflegestufen. Berechnungen zeigen, dass diese Massnahmen kostenneutral sind oder zu einer Entlastung des Kantons führen. Die Modellrechnungen finden sich in Kapitel 7.

Variante: Ausschöpfung der maximalen Bewohnerbelastung – Entlastung Gemeinden

In vielen Kantonen beträgt die maximale Patientenbeteiligung in der Stufe 1 die effektiven Restkosten und ab Stufe 2 CHF 21.60. Auch diese Variante ist denkbar. Betroffene Personen in tiefen Pflegestufen werden dadurch bis zu ca. CHF 600.00 pro Monat zusätzlich belastet.

Während alle Gemeinden zusammen eine wesentliche Entlastung erfahren, würde der Kanton bei den Ergänzungsleistungen in den tiefen Pflegestufen höhere Patientenbeteiligungen vergüten müssen. Die effektiven Auswirkungen auf den Kanton bei den Ergänzungsleistungen sind schwierig zu beziffern. Bei dieser Variante wäre aber trotz Hilflosenentschädigungen insgesamt mit Mehrkosten für den Kanton zu rechnen.

Diese Variante widerspricht dem Anliegen, die Patientenbeteiligung möglichst nach Pflegeaufwand abzustufen. Die Ergänzungsleistungen bei tieferen Pflegestufen würden gegenüber heute höher ausfallen und der Kanton zusätzlich belastet.

6.1.2 Patientenbeteiligungen ambulant – wie bisher

Die heutige Regelung mit einer Kostenbeteiligung von 10 Prozent des jeweiligen Krankenversicherungsbeitrages bei einer Obergrenze von CHF 15.95 pro Tag ist nach Pflegebedürftigkeit abgestuft. Für die betroffenen Personen fällt das Leben zu Hause in den allermeisten Situationen ökonomisch vorteilhaft aus.

Die Arbeitsgruppe schlägt vor, im ambulanten Bereich bei der bisherigen Regelung zu bleiben. Diese hat sich bewährt, sie berücksichtigt die Erhöhung der Patientenbeteiligung je nach Pflegebedarf und ist mit den heutigen Informatiksystemen abgestimmt.

Variante: Verdoppelung der Patientenbeteiligung – Entlastung Gemeinden

Auch eine Erhöhung der Patientenbeteiligung auf 20 Prozent des jeweiligen Krankenversicherungsbeitrages oder einen fixen Betrag pro Tag würde bezüglich des ökonomischen Vorteils für das Leben zu Hause keine entscheidende Veränderung bedeuten.

Die Variante Verdoppelung steht in Zusammenhang mit der Variante maximale Bewohnerbelastung im stationären Bereich. Würde dies angestrebt, wäre wegen der vergleichbaren Anwendung und den höheren Pflegekosten pro Pflegeminute auch eine Erhöhung im ambulanten Bereich anzustreben.

Gegen eine Veränderung ist die Mehrbelastung bei den Ergänzungsleistungen anzuführen.

6.1.3 Definition maximale Tagestaxe – Patientenbeteiligung nach effektivem Aufwand

Der Regierungsrat orientiert sich bei der Festlegung der maximalen Tagestaxe für den Aufenthalt in einem Alters- und Pflegeheim am geltenden Pflege-Einstufungs-System für die Pflege und Betreuung. Zudem berücksichtigt er die Kosten für den Aufenthalt in einem Standardzimmer, die von der Person selbst zu tragenden Kosten für Betreuung und Pflege sowie die von den zuständigen Gemeinden zu tragenden Kosten.

Die Arbeitsgruppe schlägt vor, die Änderung bei der Patientenbeteiligung und der Hilflosenentschädigung gemäss 5.2 auch bei der Festlegung der maximalen Tagestaxe für die Ergänzungsleistungen umzusetzen. Die Anpassung ist durch den Regierungsrat in die Verordnung aufzunehmen.

Die Patientenbeteiligung ist durch die Person nicht zu beeinflussen, da sie direkt von der Pflegeeinstufung abhängt. In diesem Sinne gehört sie zu den Krankheitskosten im Sinne des ELG. Dies rechtfertigt eine von der maximalen Tagestaxe getrennte Betrachtung der Kosten. Die Patientenbeteiligung bei den Pflegekosten und die Hilflosenentschädigung stehen in einem sachlichen Zusammenhang. Auch diesbezüglich ist die Berücksichtigung der Patientenbeteiligung ausserhalb der maximalen Tagestaxe logisch und zielführend. Es ist bei den Ergänzungsleistungen direkt ersichtlich, ob die Hilflosenentschädigung korrekt beantragt wurde. Diese Lösung folgt auch dem AKV-Prinzip, da bei den Ergänzungsleistungen neu der Kanton von der Anrechnung der Hilo betroffen ist.

Die maximale Tagestaxe umfasst gemäss Vorschlag nur noch die Pensions- und die Betreuungstaxe, welche als Aufenthaltskosten der Bewohnenden gelten. In der allgemeinen Langzeitpflege kann dieser Wert einheitlich festgelegt werden.

Die maximale Tagestaxe gemäss Verordnung zu den Ergänzungsleistungen regelt die Höchstbeträge, welche der individuellen Berechnung zugrunde gelegt werden. Dies wird als Prozentbetrag vom Lebensbedarf für eine alleinstehende Person (gemäss Art. 10 Abs. 1 lit. a Ziff. 1 ELG) ausgedrückt. Für die Berechnungen ist im Jahr 2019 der Betrag von CHF 19'450 gültig.

Die effektiven Höchstgrenzen der Ergänzungsleistungen bei einer dauernden stationären Unterbringung liegen 2019 bei folgenden Beträgen:

Bst.	Beschreibung	Prozentsatz	pro Jahr	pro Tag
a)	bei Personen ohne Pflegeeinstufung	343 %	66'713.50	182.78
b)	bei Personen mit der Pflegestufe 1 bis 3	349 %	67'880.50	185.97
c)	bei Personen mit der Pflegestufe 4 bis 6	354 %	68'853.00	188.65
d)	bei Personen mit der Pflegestufe 7 bis 9	363 %	70'603.50	193.43
e)	bei Personen mit der Pflegestufe 10 bis 12	371 %	72'159.50	197.70
f)	bei jungen Pflegebedürftigen im PZ Baar	389 %	75'660.50	207.29
g)	bei Aufenthalt in einem Behindertenwohnheim	343 %	66'713.50	182.78
h)	in den übrigen Fällen	225 %	43'762.50	119.90

Abbildung 7: Darstellung maximale Tagestaxe 2019 gültige Verordnung¹⁰

¹⁰ BGS 841.712 Verordnung über die maximal anrechenbaren Kosten für Tagestaxen bei den Ergänzungsleistungen

Der Vorschlag ist berechnet mit einer einheitlichen Festsetzung der maximalen Tagestaxe analog dem Aufenthalt im Behindertenheim bei 343 Prozent. Bei pflegebedürftigen Personen ist zusätzlich die Patientenbeteiligung abzüglich dem Betrag der effektiven Hilflosenentschädigung zu berücksichtigen. Dies ergibt Verschiebungen gegenüber der heutigen Situation. Wird für die maximale Tagestaxe der Ansatz für Personen ohne Pflegeeinstufung (bzw. für Behindertenheime) angewendet, so liegt dieser bei 343 Prozent oder CHF 66'713.50 pro Jahr. Pro Tag entspricht dies maximal anerkannten Kosten von CHF 182.78 zuzüglich der Patientenbeteiligung, abzüglich der Hilflosenentschädigung.

Bei der Patientenbeteiligung bedeutet dies in den Stufen 1 bis 4 Mehrkosten bis zu CHF 10.80 pro Tag. In den Pflegestufen 5 bis 7 kommen die Kosten für die Ergänzungsleistungen gegenüber heute in ähnlicher Höhe zu liegen. Die Patientenbeteiligung von CHF 21.60 wird mit der Berücksichtigung der Hilflosenentschädigung praktisch kompensiert. Die Pflegestufen 8 bis 12 werden bei einer Patientenbeteiligung von CHF 21.60 und der Hilo von CHF 31.00 entlastet. Gegenüber heute resultieren in diesen Stufen Minderkosten.

Bei einem Aufenthalt in stationären Einrichtungen der spezialisierten Langzeitpflege soll der maximale Ansatz von 410¹¹ Prozent zur Anwendung gelangen. Die zu berücksichtigenden Angebote sollen dazu in der Verordnung spezifisch beschrieben werden.

Für die Arbeitsgruppe ist es auch wichtig, dass die Selbstzahlenden gegenüber den Ergänzungsleistungsbeziehenden nicht benachteiligt werden. Dies ist sichergestellt, wenn viele Einrichtungen Pflegeheimaufenthalte zu den maximalen Tagestaxen oder tiefer anbieten. Als Referenzgrösse ist dabei auf günstige Preise für ein Einz Zimmer abzustellen. Dies aufgrund der Bedeutung der Privatsphäre gerade in den letzten Lebensjahren und des effektiven heutigen Angebotes, welches im Kanton Zug zu über 80 Prozent aus Einzimmern besteht.

Gemäss Rahmentarif 2019 gelten in Einzimmern der einzelnen Alters- und Pflegeheime die folgende Preise für den Aufenthalt. Grün hinterlegt sind die Aufenthaltskosten, die unter der neuen Finanzierungsgrenze liegen. Rot gekennzeichnet sind die Preise über der Limite.

¹¹ Heutiges Maximum gemäss EG ELG des Kantons Zug

Allgemeine Langzeitpflege	Betreuung	Min.	Max.	Aufenthalt	Aufenthalt
Menzingen St. Franziskus	21.50	117.00	117.00	138.50	138.50
Unterägeri Chlösterli	33.30	117.00	133.00	150.30	166.30
Walchwil Mütschi	25.00	135.00	135.00	160.00	160.00
Cham Büel	27.20	133.00	143.00	160.20	170.20
Steinhausen Weiherpark	25.00	142.00	146.00	167.00	171.00
Baar Altersheime Baar	19.00	148.00	159.00	167.00	178.00
Menzingen Luegeten	30.60	138.00	138.00	168.60	168.60
Zug Herti	24.90	144.00	157.00	168.90	181.90
Hünenberg Lindenpark	31.80	140.00	149.00	171.80	180.80
Zug Mülimatt	23.50	149.00	153.00	172.50	176.50
Cham Pflegezentrum	27.80	145.00	155.00	172.80	182.80
Rotkreuz Dreilinden	24.00	150.50	150.50	174.50	174.50
Oberägeri Breiten	32.30	142.00	150.00	176.30	182.30
Zug Neustadt	22.70	157.00	161.00	179.70	183.70
Zug Frauensteinmatt	25.60	157.00	161.00	182.60	186.60
Baar Pflegezentrum Baar	34.10	155.00	172.00	189.10	206.10

Abbildung 8: Finanzierbarkeit der Einzelzimmer bei Anwendung Ansatz 343% mit heutigen Aufenthaltskosten¹²

Die Darstellung zeigt, dass 2019 praktisch alle stationären Aufenthalte in Alters- und Pflegeheimen mit der neuen maximalen Aufenthaltstaxe finanzierbar sind.

6.1.4 Verordnung Krankheits- und Behinderungskosten – ELKV (zu EG ELG)

Diese Verordnung wurde letztmals 2008 angepasst. In der Zwischenzeit sind sowohl bei der Invalidenversicherung als auch im Gesundheitswesen diverse Änderungen in Kraft getreten. Auch einzelne Formulierungen stimmen nicht mehr mit den heutigen Gegebenheiten überein.

Im Vergleich zu den Gesamtausgaben der Ergänzungsleistungen zur AHV von 24 Mio. Franken, wovon der Bund einen Anteil von knapp 6 Mio. Franken trägt, handelt es sich bei der Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten um einen kleineren Anteil. Zudem machen die kaum beeinflussbaren Kosten für Franchise/Selbstbehalt und Zahnarzt zusammen mehr als dreiviertel dieser Kosten aus.

¹² Angaben gemäss Tabellen Nicht-KVG-pflichtige Pflege und Pensionstaxen im Rahmentarif 2019

KK-Kosten
Betrag nach ELKV bereinigt

Entwicklung 2014 - 2018

Jahr	2014	2015	2016	2017	2018	§§
Franchise / Selbstbehalt § 8	59'042	625'672	661'340	709'106	733'088	8
Zahnarzt/Zahntechniker § 10	378'829	465'024	383'457	466'150	445'337	10
Eigenanteil PF stationär (auch Heim) § 12	6'009	8'546	18'422	22'287	40'310	12
Heimaufenthalt vorübergehend (medizinisch begründet) § 12	32'890	60'120	36'026	33'203	48'461	12
Kuraufenthalt § 13	15'482	10'776	7'437	4'148	3'098	13
Eigenanteil PF ambulant § 14 I	34'314	41'054	60'674	61'024	53'470	14 I
HWL (Hauswirtschaftshilfe; anerkannte Institution) § 14 I	42'267	36'491	46'493	48'456	44'337	14 I
Tagesstruktur §§ 14 III und 17	6'936	9'516	5'875	8'375	7'292	14 III, 17
Haushaltshilfe privat / Begleitetes Wohnen § 14 V	86'228	79'389	83'972	78'367	98'794	14 V
Pflegepersonal Familienangehörige § 16					5'675	16
Transportkosten § 18	14'370	18'015	20'349	36'774	56'538	18
Hilfsmittel § 19	5'916	5'717	4'455	7'412	4'129	19
Hörgerät § 19	1'050	3'015	1'810	2'743	5'828	19
Mietkosten Elektrobett § 19	2'468	3'276	2'217	3'474	4'317	19
Total	1'217'799	1'366'612	1'332'527	1'487'193	1'544'998	
Anzahl Personen	623	669	690	724	759	
Kosten pro Person im Durchschnitt	1'955	2'043	1'931	2'054	2'036	

Abbildung 9: Krankheits- und Behinderungskosten EG ELG Personen im AHV-Alter

Die Arbeitsgruppe schlägt vor, die Kriterien für die Übernahme von Krankheits- und Behinderungskosten hinsichtlich der anerkannten Dienstleistungen so zu formulieren, dass die heutige Situation umfassend abgebildet wird. Allfällige Höchstgrenzen sind zu überprüfen. Die Dienstleistungen sollen so formuliert werden, dass vergangenen und künftigen Entwicklungen möglichst Rechnung getragen werden kann.

Durch die Anpassungen wird das Wohnen mit Hilfen zu Hause gestärkt. Der Wechsel zu einem stationären Langzeitpflegeaufenthalt kann hinausgezögert oder sogar verhindert werden.

6.1.5 Vergleichsmöglichkeiten Taxtool 2020

Ein eigentlicher Benchmark mit der Veröffentlichung der betrieblichen Kennzahlen der Institutionen ist in der stationären Langzeitpflege mangels gesetzlicher Grundlage nicht möglich.

Die Ermittlung von anonymisierten kantonalen Vergleichszahlen wird jedoch als unproblematisch erachtet. Diese zeigen das 25. Perzentil, den Median und das 75. Perzentil der Betriebe auf.

Es ist dabei darauf zu achten, dass den Institutionen der Langzeitpflege kein zusätzlicher administrativer Aufwand entsteht. Aus diesem Grund soll auf die Angaben und Vergleichsmöglichkeiten des Taxtools abgestellt werden.

Der Vergleich mit kantonal ermittelten Zahlen ermöglicht dem Betrieb eine eigene Einschätzung hinsichtlich seiner betrieblichen Kennzahlen. Der Trägerschaft und der Gemeinde dienen die Vergleichszahlen um, beantragte Preiserhöhungen besser beurteilen zu können.

Die Schaffung von kantonalen Vergleichszahlen wurde bereits mit dem Verband Curaviva und der Arbeitsgruppe Taxen diskutiert. Der Kanton ermittelt einige Kennzahlen und stellt diese als Vergleichsmöglichkeit zur Verfügung. Die Umsetzung erfolgt im Rahmen des Taxtools 2020.

6.2 Rechtsanpassungen

6.2.1 Spitalgesetz

Im Spitalgesetz können bei einer nächsten Revision die Einführung von Vorgaben für die Betriebe der Langzeitpflege hinsichtlich der Rechnungslegung, die Möglichkeit Kennzahlen zu erheben und allenfalls Grundsätze für die Leistungserbringung geprüft werden.

6.2.2 Verordnung über die stationäre und ambulante Langzeitpflege

Eine materielle Überarbeitung der Verordnung über die stationäre und ambulante Langzeitpflege könnte die Organisation Langzeitpflege der Gemeinden ausführen. Gemäss Spitalgesetz müssen sich die Gemeinden für die Erfüllung der gemeinsamen Aufgaben abstimmen. Eine Darstellung der Gremien und Entscheidungswege der Organisation Langzeitpflege würde zu mehr Rechtssicherheit beitragen.

Auch die Begrifflichkeiten können an die veränderte Ausgangslage angepasst werden. Formulierungen für intermediäre Angebote, deren Ausgestaltung und Finanzierung sind ebenfalls aufzunehmen.

6.2.3 Einführungsgesetz Ergänzungsleistungen EG ELG

Bei einer Überarbeitung des EG ELG ist die starre Grenze für die maximale Tagestaxe von maximal 410 Prozent zu überdenken und für die spezialisierten Angebote adäquat anzupassen. Die Formulierungen für die maximale Tagestaxe berücksichtigen die neuen Bedingungen.

6.3 Übergangsregelungen

6.3.1 Spezialisierte stationäre Langzeitpflegeangebote

Wegen erhöhter Betreuungs- und Infrastrukturkosten können zurzeit nicht alle Angebote der spezialisierten Langzeitpflege mit Ergänzungsleistungen finanziert werden.

Weil die Kostenermittlungen in der spezialisierten Langzeitpflege gemäss den Grundsätzen des KVG erfolgen, führen die Kostendefinitionen für die Pflege-, die Betreuungs- und die Pensionstaxe dazu, dass die Aufenthaltskosten höher sind. Es ist deshalb angezeigt, dass entsprechende Tagestaxen in die Rechtsbestimmungen der Ergänzungsleistungen aufgenommen werden.

Gemäss gültigem EG ELG ist die maximale Tagestaxe auf 410 Prozent des Lebensbedarfs einer alleinstehenden Person festgelegt. Diese Limite ist als Übergangsregelung bis zur Änderung des EG ELG für eine Finanzierung der spezialisierten stationären Langzeitpflege auszuschöpfen.

Es wird vorgeschlagen, dass die Gemeinden im Sinne einer Übergangslösung bis zur erfolgten Revision des EG ELG eine Zusatzfinanzierung für betroffene Personen mit Ergänzungsleistungen weiterführen. Diese fällt jedoch geringer aus als in den letzten drei Jahren.

6.3.2 Ausserkantonale stationäre Aufenthalte in spezialisierten Einrichtungen

In Ausnahmesituationen sind auch ausserkantonale Aufenthalte in einer spezialisierten Einrichtung möglich. Durch die unterschiedlichen Gesetzgebungen bei den Ergänzungsleistungen ist auch in solchen Situationen die Finanzierung nicht immer gesichert.

Nach erfolgter Kostengutsprache durch die jeweilige Gemeinde sind auch hier die ungedeckten Kosten durch diese zu tragen, sofern keine andere Gesetzgebung zum Zuge kommt.

Für die maximale Tagestaxe bei den Ergänzungsleistungen kommen bei solchen ausserkantonalen Aufenthalten die gesetzlichen Bestimmungen des Kantons Zug zur Anwendung.

6.3.3 MiGeL – Leistungen gemäss Mittel- und Gegenstandsliste

Aus Gründen der Vollständigkeit sei erwähnt, dass die Gemeinden über die ungedeckten Pflegekosten den Heimen den Fehlbetrag für die MiGeL ausgleichen, welcher gemäss dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts nicht mehr zusätzlich zu den Pflegepauschalen der Krankenversicherer vergütet wird. Diese seit dem 1. Januar 2018 gültige Notmassnahme sollte mit einer Revision der Bundesgesetzgebung wieder rückgängig gemacht werden können.

7 Kostenfolgen

Nachdem die Grundlagen der einzelnen Themen in Kapitel 5 erläutert wurden und in Kapitel 6 die Einflüsse der vorgeschlagenen Änderungen bei der Finanzierung zusammengefasst dargestellt wurden, geht es in diesem Kapitel darum, die finanziellen Gesamtauswirkungen auf die Gemeinden und für den Kanton abzuschätzen.

Dabei werden die ambulante Langzeitpflege, der intermediäre Bereich von Wohnen zu Hause mit Hilfen und das stationäre Langzeitpflegeangebot unterschieden. Die Auswirkungen werden basierend auf den statistischen Zahlen für den Kanton Zug als Ganzes aufgezeigt.

Die Kostenfolgen stellen eine IST-Aufnahme dar. Die Angaben beziehen sich auf die jeweils verfügbaren Zahlen, meist 2018 oder 2017. Zukünftige Kostenverschiebungen aufgrund der demografischen Entwicklung, einer verstärkten Nutzung ambulanter Langzeitpflege, zusätzlichen Hilfen für Wohnen Zuhause, einer Zunahme von Personen mit Ergänzungsleistungen oder zusätzliche Selbstzahlende können nicht zuverlässig prognostiziert werden. Hohe Kosten bei kleinen Fallzahlen können bei den Gemeinden grössere Abweichungen auslösen.

7.1.1 Ambulante Langzeitpflege

Die Arbeitsgruppe schlägt keine Änderung bei der Finanzierung der ambulanten Krankenpflege vor. Dementsprechend ergeben sich keine Mehrbelastungen und keine Verschiebungen aus diesen Regelungen.

Leistung	Std. 2018	Anteil Gemeinden	Patientenbeteiligung	Davon ELKV-finanziert
Ambulante Krankenpflege SPXZG	87'251	7'400'000	450'000	53'000
Spitexleistungen Privatorganisationen	29'422	735'000	150'000	inkl.

Abbildung 10: Kosten ambulante Krankenpflegeleistungen

Die Gemeinden sind für die Finanzierung der Leistungen des Vereins Spitex Kanton Zug im Rahmen der gemeinsam abgeschlossenen Leistungsvereinbarung zuständig. Dazu finden jährliche Verhandlungen statt. Bei Ergänzungsleistungsbeziehenden übernimmt der Kanton die Patientenbeteiligung gemäss ELKV. Die Anzahl der geleisteten Stunden nimmt weiterhin stark zu, wobei der Anteil der Privatorganisationen in den vergangenen Jahren stärker gewachsen ist.

7.1.2 Angebote Wohnen zu Hause mit Hilfen

Die Kosten der intermediären Angebote sind heute auf Nutzende und Gemeinden verteilt. Für Personen mit einem Anspruch auf Ergänzungsleistungen übernimmt der Kanton gestützt auf die ELKV die Krankheits- und Behinderungskosten.

Aus den Vorschlägen der Arbeitsgruppe ergeben sich keine direkten Kostenverschiebungen. Der Anteil der Kosten für Personen mit Ergänzungsleistungen erscheint generell klein. Hier ist mit einer Zunahme zu rechnen, wenn die Leistungen bekannter werden. 2018 wurden die Beiträge an die Hauswirtschaft/Betreuung bei SPXZG erhöht. Diese Kostensteigerung für die Nutzenden ist bereits erfasst.

Leistung	Anzahl	Anteil Gemeinden CHF	Anteil Nutzende CHF	Davon ELKV- finanziert (Kt.) CHF
Hauswirtschaft / Betreuung SPXZG (2018) (Gemeinde CHF 49, Person CHF 34)	43'291 Std.	2'120'000	1'472'000	44'000
Alltagsassistentz Pro Senectute (2017) (Gemeinde CHF 28, Person ø CHF 32)	21'000 Std.	589'000	680'000	oben enthalten
Haushaltshilfe Privat / Betreuung (2018)	Unbekannt	0	3'000'000	98'800
Mahlzeitendienst (2018) (Gemeinde CHF 9, Person CHF 16.50)	44'095 MZ	397'000	727'000	0
Heimaufenthalt vorübergehend (2017) AÜP gemäss SOMED Kurzzeitaufenthalte 10Tg/P gemäss SOMED	1'588 AÜP-Tage 3'300 KZ-Tage	193'000 50'000	230'000 440'000	48'000
Tages-Nachtaufenthalte n. SOMED (2017) (Gemeinde CHF 75, Person CHF 79)	8'100 Tage	607'000	640'000	7'300

Abbildung 11: Kosten Leistungen Hilfen zu Hause

Die Leistungen Hauswirtschaft / Betreuung der SPXZG haben in den vergangenen Jahren abgenommen. Die teilstationären Angebote bestehen erst seit einigen Jahren und werden nicht immer im geplanten Umfang in Anspruch genommen. Diese intermediären Leistungen können dazu beitragen, dass Heimeintritte verzögert oder vermieden werden können.

7.1.3 Stationärer Langzeitpflegeaufenthalt

Die vorgeschlagenen Anpassungen bei der Anrechnung der Hilflosenentschädigung und der Höhe der Patientenbeteiligung betreffen die stationäre Langzeitpflege.

Die Angebote der stationären spezialisierten Langzeitpflege (z.B. jüngere pflegebedürftige Menschen in technisierter Wohnsituation, psychisch kranke Personen mit somatischem Pflegebedarf, spezialisierte stationäre Palliativpflege) stellen eine Sondersituation dar, die gemäss Bericht unabhängig von der allgemeinen Langzeitpflege geregelt werden soll.

Die nachstehende Darstellung erfolgt basierend auf den SOMED-Zahlen des Jahres 2017.

Anzahl Pflagetage pro Stufe im Kanton Zug						Zwei Stufen 1-4 max. 10.80			
Daten SOMED-Statistik 2017		Finanzierung heute 10%/Stufe/Hilo			Finanzierung neu		Anteil KK	ungedeckte Pflegekosten	
Stufe	2017 Tage	Pflegekosten 1.32 / Min.	Ant. 10%	Hilo	Bewohnende	Patienten- beteiligung	Bewohnende	CHF 9 / 20Min.	Anteil Gemeinde neu
1	29'528	389'770	0.90	0.00	26'575	4.20	124'018	265'752	0
2	62'440	2'472'624	1.80	0.00	112'392	10.80	674'352	1'123'920	674'352
3	48'182	3'180'012	2.70	0.00	130'091	10.80	520'366	1'300'914	1'358'732
4	44'662	4'126'769	3.60	0.00	160'783	10.80	482'350	1'607'832	2'036'587
5	35'162	4'177'246	4.50	19.00	826'307	21.60	759'499	1'582'290	1'835'456
6	48'550	7'049'460	5.40	19.00	1'184'620	21.60	1'048'680	2'621'700	3'379'080
7	47'204	8'100'206	6.30	19.00	1'194'261	21.60	1'019'606	2'973'852	4'106'748
8	29'082	5'758'236	7.20	31.00	1'110'932	21.60	628'171	2'093'904	3'036'161
9	24'233	5'437'885	8.10	31.00	947'510	21.60	523'433	1'962'873	2'951'579
10	6'203	1'555'712	9.00	31.00	248'120	21.60	133'985	558'270	863'458
11	4'422	1'225'778	9.90	31.00	180'860	21.60	95'515	437'778	692'485
12	1'358	412'289	10.80	31.00	56'764	21.60	29'333	146'664	236'292
n. beurt.	1'588								
Total	382'614	43'885'987	Total bisher		6'179'217	Total neu	6'039'307	16'675'749	21'170'931

Abbildung 12: Vergleich Belastung Gemeinden bisherige - neue Finanzierung

Wird die Finanzierung der stationären Langzeitpflege gemäss Vorschlag angepasst, werden die Bewohnenden in den höheren Pflegestufen entlastet und mit tieferer Pflegestufe belastet. Auf Basis der Pflagetage 2017 und bei einem einheitlichen Pflegeminutenpreis von 1.32 (Median der Institutionen 2018) ergibt sich eine leichte Entlastung der Bewohnenden um CHF 150'000 bei einer Gesamtbelastung von 6 Mio. (minus 2.4 %). Für die Gemeinden fallen bei einem entsprechenden Durchschnittspreis der Pflegeminute entsprechende Mehrkosten an. Auf die Gesamtkosten beträgt die Zunahme 0.6 Prozent. Der effektive Pflegeminutenpreis fällt dabei stärker ins Gewicht als die vorgeschlagene Finanzierungsänderung.

Die statistischen Zahlen für die Berechnungen der Kosten bei den Ergänzungsleistungen sind nicht detailliert vorhanden. Um den Kostenanteil beim Kanton abzuschätzen, spielen der Anteil der Personen mit Ergänzungsleistungen und die finanziellen Verhältnisse der Ergänzungsleistungsbeziehenden (Anteil Eigenfinanzierung, Anteil Vermögensverzehr) eine wesentliche Rolle. Durch die Beteiligung des Bundes mit 5/8 des Lebensbedarfs zu Hause kommt ein zusätzlicher Faktor ins Spiel, welcher die Belastung des Kantons ebenfalls beeinflusst.

Die aktuellen, im Frühling 2019 verabschiedeten Gesetzesanpassungen auf Bundesebene verändern die Situation bei den Ergänzungsleistungen ebenfalls. Diese Kostenfolgen sind heute unbekannt.

Vereinfacht lässt sich sagen, dass bei Personen mit durch den Kanton getragenen Ergänzungsleistungen in den Pflegestufen 1 bis 4 zusätzliche Kosten, in den Stufen 5 bis 7 vergleichbare Kosten und in den Stufen 8 bis 12 geringere Kosten als heute zu erwarten sind.

Durch die hohe Wahrscheinlichkeit, dass zukünftig der Pflegebedarf in den Einrichtungen eher zunimmt, ist mittelfristig von einem ausgeglichenen Systemwechsel auszugehen. Dazu trägt auch bei, dass die maximale Tagestaxe plafoniert bleibt.

7.1.4 Stationäre spezialisierte Langzeitpflegeaufenthalte

Die Aufteilung in Pflege-, Betreuungs- und Pensionskosten soll auch bei den stationären spezialisierten Langzeitpflegeaufenthalten nach den Bestimmungen des KVG umgesetzt werden. Dies kann dazu führen, dass Betreuungsaufwendungen und spezialisierte Infrastrukturteile die Aufenthaltskosten pro Person erhöhen. Diesem Umstand ist durch die Ergänzungsleistungen bei der Bestimmung der maximalen Tagestaxe Rechnung zu tragen. Die Gemeinden anerkennen und finanzieren bei den spezialisierten Langzeitpflegeinstitutionen in der Regel höhere Pflegekosten. Sie leisten dadurch einen Beitrag, dass bei Bedarf ein entsprechendes Angebot zur Verfügung steht, und ermöglichen auch eine spezialisierte Versorgung im Kanton Zug.

Die stationären spezialisierten Langzeitangebote sollen spezifisch beschrieben und bei den Ergänzungsleistungen unterschiedlich berücksichtigt werden. Dabei ist davon auszugehen, dass ähnlich wie bei den Behindertenheimen sowohl bei jungen pflegebedürftigen Personen als auch bei Personen mit psychiatrischer Langzeitpflege die Mehrheit der Betroffenen auf Ergänzungsleistungen angewiesen ist. Gleichzeitig ist die Abgrenzung zwischen Einrichtungen des Gesundheitswesens und Institutionen aus dem Behindertenbereich nicht immer eindeutig. Vor dem AHV-Alter ist die Wahl der Einrichtung oft davon abhängig, wo ein Platz frei ist. Die kantonale Finanzierung wie bei den Behindertenheimen ist auch vor diesem Hintergrund korrekt.

Anders präsentiert sich die Finanzierung der stationären spezialisierten Palliative Care. Auch bei dieser Angebotsform sind die Betreuungsaufwendungen höher. Der Aufenthalt dauert aber nur einen kürzeren Zeitraum. Der Anteil an Personen mit Ergänzungsleistungen ist deshalb kleiner und die Auswirkungen der Mehrkosten für den Kanton sind geringer.

Bei den Angeboten der stationären spezialisierten Langzeitpflege lässt sich keine klare Schätzung der Kosten für den Kanton vornehmen.

8 Dank

Die Finanzierung in der Langzeitpflege umfasst viele unterschiedliche Akteure und viele gegenseitige Abhängigkeiten. Die Auseinandersetzung und Zusammenarbeit erfolgte offen, sachlich und lösungsorientiert. Die Arbeitsgruppenmitglieder haben mit grosser Fachkompetenz und viel Engagement zum vorliegenden Resultat beigetragen. Für diesen grossen Einsatz wird herzlich gedankt.

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

Steinhausen/Hünenberg, 09. Mai 2019

Für den Bericht



Catherine Wehrli
Vorsitzende Arbeitsgruppe



Christian Bollinger
Verfasser

Anhänge

- 1 Projektbeschrieb «Finanzierung der Langzeitpflege im Kanton Zug» (3. Juli 2018/V08)
- 2 Kostenblöcke betagte Person mit Hilfen zu Hause / betagte Person im Heim
- 3 Kostenübersicht und Gesamtsumme nach Lebenssituation
- 4 Gesamtmarkt – Schätzungen

Projekt: "Finanzierung der Langzeitpflege im Kanton Zug"

Ausgangslage – Kurzbeschreibung

Die Kosten der öffentlichen Hand nehmen bei der Finanzierung der Langzeitpflege sowohl bei den Gemeinden (ungedekte Pflegekosten, Haushalthilfen etc.) als auch beim Kanton (Ergänzungsleistungen) zu.

Die Zuger Stimmbevölkerung hat die Gesetzesänderung im Entlastungspaket 2017 abgelehnt.

Die Ergänzungsleistungen decken nicht in allen Pflegeheimen und in allen Zimmerklassen die Kosten eines Aufenthalts in der allgemeinen stationären Langzeitpflege. Bei den spezialisierten Angeboten decken die Ergänzungsleistungen das Angebot der gerontopsychiatrischen Langzeitpflege nicht ab (hohe Betreuungstaxe).

Die Hilflosenentschädigung wird im Kanton Zug im Falle eines stationären Aufenthaltes im Gegensatz zu anderen Kantonen zur Finanzierung der Pflegekosten angerechnet.

Die Übernahme der Pflegekosten bei pflegebedürftigen Personen in IVSE-Einrichtungen ist im Kanton Zug nicht explizit geregelt und wird mit der Anerkennung der Abteilung JPM im Pflegezentrum Baar aktuell.

Ziele – Erwartete Resultate

- Für Personen mit EL sind Angebote der allgemeinen Langzeitpflege im Kanton Zug und die Angebote der spezialisierten Langzeitpflege finanzierbar.
- Intermediäre Angebote inkl. Finanzierung sind im Gesamtsystem berücksichtigt.
- Es werden Steuerungsinstrumente für die Ausgaben der öffentlichen Hand, für die Aufwendungen der Pflege und Betreuung von betagten Menschen definiert. Dabei wird nach Möglichkeit das Prinzip AKV berücksichtigt.
- Die Ausgaben der öffentlichen Hand, für die Aufwendungen der Pflege und Betreuung von betagten Menschen können gesteuert werden.
- Diese Steuerung berücksichtigt die politischen Ziele.
- Die Praxis des Kantons Zug, die Hilflosenentschädigung an die Pflegekosten anzurechnen, ist überprüft.
- Die Finanzierung der Pflege für Personen vor dem AHV-Alter ist überprüft und geregelt.

Projektschritte – Auftrag – Inhalte

Überblick über Gesamtsystem und die Belastungen für pflegebedürftige Person, Angehörige, Gemeinde und Kanton wird geschaffen.

AKV-Prinzip (Aufgabe-Kompetenz-Verantwortung) wird auf dessen Einhaltung überprüft.

Steuerungsmöglichkeiten und Steuerungsbedarf sind identifiziert.

Bedeutende Systemänderungen werden identifiziert.

Kostenverschiebungen werden diskutiert und Kompensationen als Varianten formuliert.

Vorschläge für Zusatz- oder Neuregelungen werden im Regierungsrat und im Gemeinderat diskutiert.

Abgrenzungen – Abhängigkeiten

Politische Entscheidungen sind den politischen Gremien vorzulegen.

Rechtliche Anpassungen erfolgen nach den politischen Absichtserklärungen.

Man stützt sich ab auf die vorhandenen Daten oder auf Daten, die aufbereitet werden können.

Kostenverschiebungen zwischen den Beteiligten (pflegebedürftige Person, Gemeinde, Kanton) sind aufzuzeigen.

Definition von spezialisierten Leistungen (JPM, AÜP, SÜP, Gerontopsychiatrie, geschützte Wohnform für Demenz, Tag-Nacht-Station, Palliativstation etc.) ist zu überprüfen.

Nicht Bestandteil des Projektes sind insbesondere:

- die Pflegeheimplanung
- die Umsetzung der Leistungsvereinbarung mit dem Verein Spitex Kanton Zug
- gesundheitspolizeiliche Themen (Bewilligung etc.)
- das Zusammenspiel von Akut- und Langzeitversorgung

Projektteam

Die Projektleitung wird durch die Gemeinden übernommen (Catherine Wehrli).

Vertretung Gesundheitsdirektion (Beatrice Gross und FachmitarbeiterInnen)

Vertretung Ausgleichskasse (Christoph Perrez)

Vertretung Politik (Roland Zerr und Berty Zeiter)

Vertretung Verwaltung (Christian Bollinger, Jasmin Blanc, Catherine Wehrli)

Zeitplan

14.06.2018 – Konferenz LZP / Start

30.06.2018 – Gesamtsystem wird überblickt

30.09.2018 – Klarheit über notwendige / sinnvolle Systemanpassungen (*inkl. Hilo**)

30.09.2018 – Übergangslösung Finanzierung spez. LZP 2019 - falls nötig - wird beantragt

30.11.2018 – Berechnungen über Auswirkungen / Vorschläge Kompensationen

31.01.2019 – Berichterstellung / Verabschiedung im Projektteam

31.03.2019 – Meinungsbildung in den politischen Gremien

30.06.2019 – Rechtliche Umsetzung (ohne Gesetzesänderung)

31.12.2020 – Inkrafttreten

14.6.18/V08 Konf. LZP genehmigt. * Nachtrag von der Projektgruppensitzung vom 3.7.18.

Anhang 2: Kostenblöcke betagte Person mit Hilfen zu Hause / betagte Person im Heim

Kostenblöcke LIK-Warenkorb					
		Nach LIK19	betagte Person zu Hause	betagte Person im Heim	
Kostenblock	LIK 2019 Anteile in %	nach LIK in CHF	korrigiert mit Hilfe in CHF	in CHF	Warenkorb Heim Anteile
Nahrungsmittel	10.7	556.40	550	1000	10.42
Alkoholische Getränke und Tabak	2.8	145.60	140	50	0.52
Bekleidung und Schuhe	3.6	187.20	190	150	1.56
Wohnen und Energie	25.1	1305.20	1400	3000	31.25
Hausrat und laufende Haushaltsführung	3.7	192.40	200	600	6.25
Gesundheitspflege	15.5	806.00	1550	3500	36.46
Verkehr	10.8	561.60	300	100	1.04
Nachrichtenübermittlung	3	156.00	100	50	0.52
Freizeit und Kultur	8.8	457.60	200	50	0.52
Unterricht	1.1	57.20	20	0	0.00
Restaurants und Hotels	9.4	488.80	100	50	0.52
Sonstige Waren und Dienstleistungen	5.5	286.00	450	1050	10.94
Total	100	5200.00	5200	9600	
				pro Tag 320	

Der Landesindex für die Konsumentenpreise definiert für das Jahr 2019 die Anteile, welche ein Haushalt für welche Einkommenskategorie aufwendet. Für die gewählte Darstellung wurden die monatlichen Angaben auf einen Haushalt mit Spitex, Tagesheimaufenthalt und Haushalthilfe angepasst. Dies erhöht die Kosten für die Gesundheitspflege und durch die Haushalthilfekosten die sonstigen Dienstleistungen. Bei der betagten Person im Heim wurden durchschnittliche Kosten abgebildet. Es handelt sich um Vollkosten und dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Kosten auch direkt durch die betroffene Person zu tragen sind.

Anhang 3: Kostenübersicht und Gesamtsumme nach Lebenssituation

Anzahl Personen pro Kategorie im Jahr 2017

Personen über 65 Jahre	20'965 Total
Personen stationär	1'433 gemäss SOMED-Statistik 2017 Tabelle 8-A
Personen Kurzeintaufenthalte	335 gemäss SOMED-Statistik 2017 Tabelle 8-A
Personen Tag oder Nacht (TONS)	113 gemäss SOMED-Statistik 2017 Tabelle 8-A
Personen ohne stationäre Aufenthalte	19'100
davon ca.	2'000 mit Spitex-Leistungen (Spitexstatistik 2017)

Für die Berechnung der Gesamtkosten wurden folgende Kostenblöcke verwendet

Personen zu Hause ohne Spitex

Kostenblock	Preis pro Monat		
Wohnen	1400	Anzahl Personen	Volumen pro Jahr
Lebensbedarf	1800	17'100	735'300'000
Pflege 20 Min / Tag	0		
Hauswirtschaft 30 Min/Wo	100		
Hilfen / Betreuung 30 Min/Wo	100		
Diverses	184	Pro Jahr	
Total	3'584	43'000	

Personen zu Hause mit Spitex

Kostenblock	Preis pro Monat		
Wohnen	1400	Anzahl Personen	Volumen pro Jahr
Lebensbedarf	1800	2'000	120'000'000
Pflege 20 Min / Tag	1500		
Hauswirtschaft 30 Min/Wo	150		
Hilfen / Betreuung 30 Min/Wo	150		
Diverses		Pro Jahr	
Total	5'000	60'000	

Personen mit Kurzeintaufenthalt

Kostenblock	Preis pro Monat		
Wohnen	1400	Anzahl Personen	Volumen pro Jahr
Lebensbedarf	1800	430	31'218'000
Pflege 20 Min / Tag	1300		
Hauswirtschaft 30 Min/Wo	150		
Hilfen / Betreuung 30 Min/Wo	150		
Tagesheim 4 / Monat	760		
Ferienwochen 3 / Jahr	490	Pro Jahr	
Total	6'050	72'600	

Personen im Alters- und Pflegeheim

Kostenblock	Preis pro Monat		
Anlagekosten	1200	Anzahl Personen	Volumen pro Jahr
Pension ohne Anlage	3300	1'433	165'081'600
Pflege 90 Min / Tag (Stufe 5)	3750	382'614 Tage	122'436'480
Betreuung	750		
Privatauslagen	600		
Total	9'600	115'200	

Anhang 4: Gesamtmarkt – Schätzungen

Gruppe (in 1000 Franken)	Jährliche Kosten	Diese Kosten umfassen folgende Leistungen
Informationen und Freizeit / soziale Kontakte	7'000	Pro Senectute Bildungs- und Freizeitangebote inkl. GAZ (2.1) Nachbarschaftsnetzwerke (0.1) Diakonische Dienste der Kirchen Personen über 65 Jahre (3.8) Benevol (0.2) Fachstellen Alter – Soziokultur Gemeinden (0.3) Diverses (0.5)
Beratungsstellen	2'500	Pro Senctute Sozialberatung (1.0) Sozialdienste Gemeinden Personen über 65 (0.2) Beratungsstellen (Palliativ, Krebsliga, Alzheimer, Rheumaliga, pro audito, sehbehinderung etc.) (1.3)
Vermittelte Freiwilligenarbeit	500	Nachbarschaftshilfe Ägerital, KISS- Genossenschaften, ökumenische Wegbegleitung, SRK-Entlastungsdienst
Fahrdienste	1'200	Tixi Zug (1.0), SRK-Fahrdienst (0.2)
Haushalthilfen Hilfen Haushaltsführung	11'500	Spitex Zug Hauswirtschaft und Betreuung (4.3) Spitex Zug Mahlzeitendienst (1.0) Pro Senectute Alltagsassistenz (1.4) Hauswirtschaft und Betreuung Privatspitex (2.7) Private Haushalthilfen Schätzung (1.5) Mandatsführung und Treuhanddienste (0.6)
Ambulante Krankenpflegekosten (SPITEX)	15'500	Spitex Zug KVG-Pflege (13.1) Spitex Privat (2.3) Verein Hospiz Zug (0.1)
Spezialisierte Langzeitpflege (total)	6'000	Organisation LZP (0.1) Tagesheim (0.8) AÜP (0.8), SÜP (1.0), JPM (1.5) Gerontopsychiatrische Pflegegruppe (1.4) Entlastungsbetten, Tag-Nachtstation etc. (0.3)
Alters- und Pflegeheime	121'000	382'614 Tage a CHF 315 lediglich 121 Mio. (1433 Personen a CHF 115'200 pro Jahr = 165 Mio.)

