

Schlussbericht, vom 5. März 2013

Spezialisierte Langzeitpflege - Umsetzung Änderungen Spital- gesetz

erstellt durch die von den Zuger Einwohnergemeinden ein-
gesetzte Arbeitsgruppe „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“

genehmigt durch die SOVOKO der Zuger Einwohnergemeinden am 6. März
2013



Leitung der Arbeitsgruppe:
Berty Zeiter, Sozialvorsteherin
Einwohnergemeinde Baar
Rathausstrasse 6 / Postfach
6341 Baar
041 769 07 11
berty.zeiter@baar.ch
www.baar.ch

Fachliche Beratung:
Dr. Othmar Hausheer
Keller Unternehmensberatung AG
Täferstrasse 11
5405 Baden-Dättwil
056 483 05 10
hausheer@keller-beratung.ch
www.keller-beratung.ch

Inhaltsverzeichnis

Seite

1. Ausgangslage.....	4
2. Projektorganisation.....	5
2.1 AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“.....	5
2.2 Echogruppe.....	6
3. Auftrag.....	7
4. Ziele des Auftrages.....	8
5. Projektplan / Aktivitäten.....	9
6. Phase 1: Leistungen „Spezialisierte Langzeitpflege“ evaluieren.....	10
6.1 Hearings mit Fachexperten.....	10
6.2 Ergänzende Hinweise durch die Hearing-Referenten.....	11
6.3 Diskussion / Beschlüsse 2. AG-Sitzung vom 4. Juni 2012.....	13
6.4 Diskussion mit Echogruppe, 2. Juli 2012.....	13
7. Phase 2: Leistungen definieren, Mengen und Kosten schätzen....	15
7.1 Vorbemerkung.....	15
7.2 Übersicht Leistungen und Kosten.....	15
7.3 Leistungen „Akut- und Übergangspflege Zuger Gemeinden“.....	19
7.4 Leistungen „Spezialisierte Langzeitpflege Zuger Gemeinden“.....	21
8. Aufgeschobene Leistung: Spezialisierte Palliative Care (stationär), integriert in den Abteilungen der Alters- und Pflegeheime.....	33
9. Empfehlungen an die Gemeinden für individuelle, ergänzende Angebote/Massnahmen in der spezialisierten Langzeitpflege.....	34
9.1 Überbrückungspflege.....	34
9.2 Pflegeplätze für Patienten mit chronischen Wunden.....	35
9.3 Pflegeplätze für schwere Patienten >140 kg.....	35
9.4 Spezialisierte Abteilungen für infektiologische Probleme (MRSA, ESBL).....	35
9.5 Pflege von Migrantinnen und Migranten.....	35
9.6 Ambulantes IT-Coaching.....	35
9.7 Home-Anpassungen an Menschen mit Behinderung.....	35
9.8 Home Coiffeur-, Fusspflege-, Haustierbetreuungs-Dienst.....	36
9.9 Behinderten-, Rollstuhl-Taxidienst zu ÖV-Tarif.....	36
9.10 Betreuung zu Hause statt im Ferienbett.....	36
10. Phase 3: Organisations-/Rechtsform ermitteln.....	36
10.1 Vorgehen.....	36
10.2 Rechtsform/Organisation.....	37
11. Phase 4: Weiteres Vorgehen / Umsetzung durch die SOVOKO.....	40
12. Anhang 1: Vereinbarung der Zuger Einwohnergemeinden über die gemeinsame Organisation Langzeitpflege der Gemeinden des Kantons Zug.....	41
13. Anhang 2: Kosten 2010/2011 der Zuger Gemeinden im Langzeitpflegebereich.....	49

14. Anhang 3: E-Mail Frau Doris Ruckstuhl, Verein Spitex Kanton Zug, zu Nachtspitex und Palliative Care nachts, vom 10. August 2012.....	50
15. Anhang 4: Regelungsbedarf tarifliche Abgeltung von Investitionen ab 2014	53
16. Anhang 5: gesammelte/verwendete Dokumente.....	55

1. Ausgangslage

Die Referendumsfrist zur Neuordnung der Spitalplanung und -finanzierung ist am 6. Dezember 2011 ungenutzt abgelaufen. Damit sind die Änderungen des Spitalgesetzes und des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung definitiv.

Mit § 7a neu des Spitalgesetzes werden den Gemeinden neue Aufgaben zugewiesen, die sie gemeinsam zu lösen haben. § 7a neu lautet wie folgt:

¹Die Gemeinden sorgen für eine einheitliche Taxberechnung in der Langzeitpflege. Solange die effektiven Kosten nicht ausgewiesen werden können, gelten die von der Lehre und Rechtsprechung entwickelten normativen Ansätze.

²Die Gemeinden legen gemeinsam die Leistungsaufträge für die spezialisierte Langzeitversorgung und für die Akut- und Übergangspflege fest und bestimmen deren Abgeltungen. Sie setzen gemeinsam im Rahmen des Bundesrechts die Höhe der Patientenbeteiligung für ambulante und stationäre Pflegeleistungen für das Kantonsgebiet einheitlich fest. Kommen sie diesen Aufgaben nicht zeitgerecht nach, handelt der Regierungsrat an ihrer Stelle.

³Die Standortgemeinden sind im übrigen Bereich der Langzeitpflege zuständig,

- a) die Leistungsaufträge festzulegen;
- b) die gemeinwirtschaftlichen Leistungen und deren Vergütung zu bestimmen;
- c) mit den Leistungserbringern die Pflege-, Betreuungs- und Pensionstaxen zu vereinbaren. Kommt keine tarifliche Einigung zustande, so setzt die Gemeinde die Taxen in einer Verfügung fest.

⁴Anknüpfungstatbestand für die Kostenübernahmeverpflichtung der Gemeinde bildet der zivilrechtliche Wohnsitz bzw. bei der stationären Langzeitpflege der zivilrechtliche Wohnsitz der pflegebedürftigen Person im Zeitpunkt des Eintritts in die Pflegeinstitution.

In § 11a wurden die folgenden Übergangsbestimmungen festgelegt:

³Die Gemeinden übernehmen die Aufgaben in der Langzeitpflege und der Akut- und Übergangspflege vom Kanton gemäss der neuen Regelung nach § 4 Abs. 2 und 3 spätestens auf den 1. Januar 2014.

Die Konferenz der gemeindlichen Sozialvorsteherinnen und Sozialvorsteher SOVOKO hat an der Sitzung vom 15. September 2011 den Grundsatzentscheid gefällt, die Aufgaben gemäss § 7a neu gemeinsam zu lösen und den

Entscheid nicht dem Kanton zu überlassen (§ 7a Abs. 2). Dabei geht es um die spezialisierte Langzeitpflege sowie um die Akut- und Übergangspflege. Diese gesetzlichen Begriffe sind nicht im Detail definiert und müssen präzisiert werden. Zum Beispiel bietet das Pflegezentrum Baar, zentral für alle Gemeinden, bereits heute mögliche Spezialisierungen an (Abteilung für junge pflegebedürftige Behinderte sowie Akut- und Übergangspflege).

An der Sitzung vom 1. Dezember 2011 entschied die SOVOKO zur gemeinsamen Lösungsfindung der anstehenden Fragen der spezialisierten Langzeitpflege und der Akut- und Übergangspflege eine Arbeitsgruppe (AG) „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ einzusetzen.

Wichtig ist, dass die Zuger Gemeinden gemeinsam Leistungen in der spezialisierten Langzeitpflege und in der Akut- und Übergangspflege bereitstellen wollen. Es bestehen folgende Erwartungen:

- Vermeidung oder zeitliche Hinauszögerung des Eintritts in die stationäre Langzeitpflege / Pflegeheim («ambulant vor stationär»)
- Erhöhung der Versorgungsqualität für Patient/innen und Angehörige (z.B. spezialisierte Demenzabteilung, Palliative Care)
- Qualitativ hochstehende und kosteneffiziente Dienstleistungserbringung durch gemeinsame Leistungsaufträge aller Zuger Gemeinden
- Übernahme/Erbringung der bis Ende 2013 vom Kanton Zug verantworteten Leistungen in der stationären und ambulanten Akut- und Übergangspflege

2. Projektorganisation

2.1 AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“

Die Arbeiten werden durch die von den Einwohnergemeinden eingesetzten AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ durchgeführt. Am 2. April 2012 nahm die AG die Arbeiten in folgender Zusammensetzung auf:

- Berty Zeiter, Gemeinderätin, Vorsteherin Soziales/Familie, Baar, Vorsitz
- Christian Bollinger, Leiter Soziales und Gesundheit, Hünenberg
- Kerstin Borek, Leiterin Soziales und Gesundheit, Cham
- Andreas Bossard, Stadtrat, Vorsteher Departement Soziales, Umwelt, Sicherheit (SUS), Stadt Zug

- Othmar Hausheer, Dr. oec. publ., Fachstelle Langzeitpflege Zuger Gemeinden, Fachliche Begleitung/Protokoll
- Barbara Hotz, Leiterin Fachstelle Gesundheit/Alter, Baar
- Paul Iten, Gemeinderat, Vorsteher Sozialabteilung, Oberägeri
- Franz Keiser, Gemeinderat, Vorsteher Soziales und Gesundheit, Neuheim
- Ivo Romer, Stadtrat, Vorsteher Finanzdepartement, Stadt Zug (bis Ende November 2012)
- Bruno Werder, Gemeindepräsident, Vorsteher Finanzdepartement, Cham

2.2 Echogruppe

Zur breiten Abstützung der Arbeiten in der AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ in den Gemeinden und bei den Leistungserbringern in der Langzeitpflegeversorgung (inkl. spez. Langzeitversorgung) wird eine Echogruppe eingesetzt. Diese besteht für die Sitzung vom 2. Juli 2012 aus folgenden Mitgliedern:

- Doris Ruckstuhl, Geschäftsleiterin Spitex Kanton Zug
- Kurt Frei, Leiter Kerndienste Spitex Kanton Zug
- Delegation Curaviva Zug:
 - Felix Lienert, Geschäftsleiter Curaviva Zug (Ziga)
 - Stephanie Schär, Geschäftsleiterin Pflegezentrum Baar
 - Dr. med. Guido Pfister, Leitender Arzt Pflegezentrum Baar
- Beatrice Gross, stv. Generalsekretärin Gesundheitsdirektion des Kantons Zug
- Karl Widmer, Leiter Spitäler und Pflege, Gesundheitsdirektion des Kantons Zug
- Mathias Winistörfer, Dr. med., Direktor Zuger Kantonsspital
- Frieda Waldispühl, ehemalige Leiterin Sozialdienst Zuger Kantonsspital
- Judith Strupler, Leiterin Geschäftsstelle Palliativ Zug (entschuldigt für die Sitzung vom 2. Juli 2012; schriftliche Stellungnahme zum Thema Palliative Care ist in den Bericht eingeflossen)
- Dr. med. Patrik Benz, Leitender Arzt Psychiatrische Klinik Zugersee

3. Auftrag

Die AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ hat folgende Aufträge zu erarbeiten:

- Definition der spezialisierten Langzeitpflege und der Akut- und Übergangspflege
- Abschätzen des kantonalen Bedarfs an Dienstleistungen in der spezialisierten Langzeitpflege und der Akut- und Übergangspflege
- Vorschläge zur Abgeltung/Finanzierung der Dienstleistungen im Bereich spezialisierte Langzeitpflege (inkl. Kostenfolgen für die Gemeinden)
- Vorschläge/Empfehlungen für zukünftige Leistungserbringer im Bereich spezialisierte Langzeitpflege und der Akut- und Übergangspflege
- Erarbeiten einer Organisationsform und des Aufgabenkatalogs für die gemeinsame Leistungserfüllung durch die Gemeinden (Leistungs- und Mengenplanung, Leistungsvereinbarung, Preis- resp. Tarifvereinbarung, weitere administrative, planerische Aufgaben im Bereich der Langzeit- und spezialisierten Langzeitversorgung, inkl. Akut- und Übergangspflege).
- Bericht an die Gemeinden mit:
 - Resultaten und Vorschlägen
 - Vorschlag für das weitere Vorgehen zum Beschluss durch die Gemeinden.

Ziel ist, dass alle Entscheide inkl. deren finanziellen Auswirkungen bis zum Zeitpunkt der Budgetierung für das Jahr 2014, d.h. bis Ende Juni 2013, vorliegen (abstimmen mit Auftrag/Ziele der AG bis Ende Februar 2013 und umsetzen der Empfehlungen/Anträge der AG durch die SOVOKO in der Zeit März bis Ende Juni 2013).

4. Ziele des Auftrages

Bis zum 30. Juni 2012 sind die Begriffe und deren Leistungen in der spezialisierten Langzeitpflege und der Akut- und Übergangspflege definiert und in einem durch die AG verabschiedeten Bericht dokumentiert.

Bis zum 30. September 2012 liegt für die spezialisierte Langzeitpflege und die Akut- und Übergangspflege die Bedarfsermittlung pro Leistungsbereich vor. Diese ist in einem Bericht dokumentiert und durch die AG verabschiedet.

Bis Ende Dezember 2012 liegt ein Entscheid resp. ein Antrag der AG zur zukünftig zu führenden Organisations-/Rechtsform an die SOVOKO vor (inkl. Abschätzung der Betriebskosten / Finanzierung).

Bis Ende Februar 2013 liegt der durch die AG verabschiedete Schlussbericht mit den Anträgen an die SOVOKO vor.

Per Ende Februar 2013 ist das Projekt abgeschlossen und die AG aufgelöst.

5. Projektplan / Aktivitäten

Projektplan / Aktivitäten, Stand 24. April 2012	2012								2013								
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8
	Phase 1			Phase 2					Phase 3				Umsetzung				Start
Phase 1: Leistungsdefinitionen erarbeiten																	
1. AG-Sitzung, 2.4.2012: Start Projekt	★																
SOVOKO zu Projektablauf informieren: 18.4.2012		★															
Hearings durchführen: 16.5. und 21.5.2012			★														
Traktandenversand an AG machen mit Hearingbericht: 29.5.2012				★													
2. AG-Sitzung, 4.6.2012: Austausch zu Hearings, Konsens zur Definition finden					★												
ergänzende Informationen/Dokumente zu Definition spez. LSP zusammentragen																	
Bericht "Hearings/Leistungsdefinitionen" erstellen, Versand per ca. Mitte Juni an AG, inkl. Traktanden						★											
Echogruppe definieren																	
Auftrag erteilen: Entwurf Fragenkatalog für Interviews (ev. Sub-AG)																	
3. AG-Sitzung, 2.7.2012: Leistungsdefinitionen mit Echogruppe besprechen; Bereinigung und Verabschiedung Bericht "Leistungsdefinitionen" durch die AG							★										
"alle" Informationsgefäße noch einplanen (SOVOKO, Präsidentenkont., Finanzen, Curaviva)																	
Phase 2: Bedarf ermitteln																	
Fragenkatalog für Interviews / Raster für Mengenangaben bereinigen																	
Interviews planen/AG-Mitglieder zuteilen																	
AG-Mitglieder führen Bedarfsermittlung durch (mit Interviews)																	
Abgabe Interview-Resultate per 31.8.2012								★									
Konsolidierung/Verarbeitung Interviewresultate, Versand per 10.9.2012 an AG								★									
4. AG-Sitzung: Diskussion/Verabschiedung Bedarfsermittlung, 20.9.2012									★								
"alle" Informationsgefäße noch einplanen (SOVOKO, Präsidentenkont., Finanzen, Curaviva)																	
Phase 3: Organisationsform ermitteln																	
5. AG-Sitzung: Auslegung der Organisationsform: Ende Wo 39/Anfang Wo40										★							
- Auslegung der Aufgaben der Neuorganisation machen																	
- Auslegung möglicher Rechtsformen/Org.formen machen																	
Subgruppe bringt "Fleisch an den Knochen": Vorschläge zu Organisations-																	
Rechtsformen mit Vor- und Nachteilen erstellen, inkl. Kosten resp. Finanzierung																	
6. AG-Sitzung: Diskussion und Vorentscheid Organisations-/Rechtsform, inkl. Echogruppe "Gemeinden"										★							
Ergänzungen/Zusatzabklärungen zu Organisations-/Rechtsform(en) durch Subgruppe machen																	
7. AG-Sitzung: Entscheid Organisationsform treffen; Anträge an SOVOKO formulieren; Inhalt Schlussbericht festlegen											★						
<i>Vorschlag Umsetzungsplanung z.Hd. SOVOKO ausarbeiten ??</i>																	
Formulierung Schlussbericht, Abgabe an AG																	
8. AG-Sitzung: 1. Lesung Schlussbericht (Echogruppe nimmt an Sitzung teil)												★					
Ergänzung/Überarbeitung Schlussbericht, Entwurf Anträge formulieren, Abgabe an AG																	
9. AG-Sitzung: 2. Lesung Schlussbericht; Verabschiedung Schlussbericht und Anträge an SOVOKO													★				
Projekt abgeschlossen; AG aufgelöst														★			
Umsetzung/Arbeitsaufnahme neue Organisation																	
SOVOKO beschliesst weiteres Vorgehen; Kommunikation an die Gemeinden; Umsetzung "Neuorganisation"/Übergangsmassnahmen																	
operativer Start "Neuorganisation"																	
Start Leistungs-/Tarifvereinbarung "spez. Langzeitpflege" 2014																	★

6. Phase 1: Leistungen „Spezialisierte Langzeitpflege“ evaluieren

Zeit: 2. April 2012 bis 30. Juni 2012

6.1 Hearings mit Fachexperten

In Form von Hearings wurde die AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ bei der Festlegung und Definition der Leistungen im Bereich der spezialisierten Langzeitpflege und der Akut- und Übergangspflege durch Fachexperten unterstützt. In einem ersten Schritt wurde als Grundlage für die Hearings ein Katalog mit Fragen an die Fachexperten zusammengestellt.

Am 16. und 21. Mai 2012 fanden zwei Hearings mit folgenden Fachexperten statt:

- Albert Wettstein, Dr. med., ehemaliger Stadtarzt Zürich (u.a. Begründer der Memoryklinik), Oberrieden ZH
- Delegation Curaviva: Peter Arnold, Präsident Curaviva Zug, Paul Müller, Altersheim Chlösterli, Margrit Berg, PZ Neustadt
- Karl Widmer, Leiter Spitäler und Pflege, Beatrice Gross, stv. Generalsekretärin, Gesundheitsdirektion des Kantons Zug
- Daniel Grob, Dr. med., Chefarzt Klinik für Akutgeriatrie, Stadtspital Waid, Zürich

Insgesamt wurden von den Fachexperten 25 Leistungsbereiche für die Akut- und Übergangspflege und die spezialisierte Langzeitpflege thematisiert. Die 25 möglichen Leistungsbereiche sind in nachstehender Tabelle dokumentiert.

Spezialisierte Langzeitpflegeversorgung Akut- und Übergangspflege					
gemeinsame Leistungsaufträge (LA) der Zuger Gemeinden ab 1.1.2014					
Nr.	Leistungsauftrag	Dr. A. Wettstein, Hearing 16.5.2012	Curaviva Zug, Hearing 16.5.2012	GD Zug, Hearing 21.5.2012	Dr. D. Grob, Hearing 21.5.2012
1	Akut- und Übergangspflege (stationär)	x	x	x	x
2	Akut- und Übergangspflege (ambulant)	x	x	x	x
3	Slow-Stream Rehabilitation	x			
4	Überbrückungspflege	-	-	-	-
5	Aufsuchende, niederschwellige Abklärung, Angehörigenbe- ratung/Casemanagement bei Verdacht auf Demenz	x	-	-	-
6	Langfristiges Coaching von privaten home care worker, v. a. bei Dementen	x	-	-	-
7	Station für schwierige Demenzkrankte, inkl. ärztliche Begleitung /oder ärztlich geführt	x	x	x	x
8	Tagesheim / Tagesklinik	x	-	x	x
9	Nachtklinik	-	-	x	x
10	Nachtspitex	x	-	-	-
11	Spitalexterne palliative Care (ambulant)	x	-	-	-
12	Palliative Care "Eichhof/Affoltern" (stationär)	eher Nein; Normversorgung	-	x	eher Nein; Normversorgung
13	Entlastungs-Pflege (Angehörige)/Ferienbett	x	x	-	-
14	Junge Langzeit-pflegebedürftige Behinderte	x	-	x	x
15	Gerontopsychiatrie; Pat. mit Verhaltensstörungen inkl. Sucht, mit chron. Psychose	x	x	x	-
16	PZ-Plätze für Pat. mit Trachealkanülen +/- Beatmung	x	-	-	x
17	PZ-Plätze für Pat. mit chronischen Wunden	x	-	-	-
18	PZ-Plätze für schwere Pat. >100 kg	x	-	-	-
19	spezialisierte Abteilungen für infektiologische Probleme (MRSA, ESBL)	-	-	-	x
20	Migrantenpflege	-	x	-	x
21	ambulantes IT-Coaching	x	-	-	-
22	Home-Anpassungen an Behinderte, inkl. Elektromobil und Treppenlift, Schwellen entfernen (nützt viel und kostet wenig; verhilft Betagten zu grosser Autonomie)	x	-	-	-
23	Kinder-, Psycho- und Onkologie- Spitex: in ZH hat man hervorragende Erfahrung gemacht mit Psycho-Spitex	x	-	-	x
24	Home Coiffeur-, Fusspflege-, Haustierbetreuungs-Dienst	x	-	-	-
25	Behinderten-, Rollstuhl-Taxidienst zu ÖV-Tarif	x	-	-	-

6.2 Ergänzende Hinweise durch die Hearing-Referenten

Dr. Albert Wettstein:

RAI/RUG-Tarif deckt die Kosten Rehabilitationsleistungen sehr gut ab.

Alle Leistungen in Richtung „Haushaltunterstützung“ (Transporte, IT-Unterstützung etc.) muss der Patient in vollem Umfang selber tragen, sind aber Ergänzungsleistung-pflichtig. Man sollte Empowerment-Gedanken stark

in Vordergrund stellen: mit E-Shopping kann man im Vergleich zu Spitex, die teurer „postet“, viel Kosten sparen.

Peter Arnold:

Es ist zu überlegen, ob die Zuger Gemeinden ein Zentrum/Zentren schaffen könnten, die auch Leistungen für andere Kantone/Gemeinden im Bereich der spezialisierten Langzeitpflege erbringen können (Leistungsvereinbarungen Zuger Gemeinden mit Dritten).

Dr. Daniel Grob:

Der Begriff „spezialisierte Langzeitpflege“ ist für Dr. Grob auch ein neuer Begriff.

Im Altersbereich nimmt die Pflegebedürftigkeit bei den jüngeren Personen (65 bis 69 Jahre) eher zu; bei den älteren Personen (über 85 Jahre) eher ab. In absoluten Zahlen steigt der Bedarf wegen der Überalterung „heftig“ an. Die Zahl der Pflegepatienten wird „so oder so“ steigen. Ärzte wurden in Heimen marginalisiert. Man wird zukünftig grössere Probleme mit genügend ärztlichem Personal in den Alters- und Pflegeheimen haben. Alters- und Pflegezentren mit geriatrischer Kompetenz werden immer schwieriger zu finden sein.

Akut- und Übergangspflege: ist eine Aufgabe der Gemeinden. Im Kanton Bern gibt es z.B. das Haus der Pflege. Gemäss Dr. Grob gibt es mit der Akut- und Übergangspflege einen „Rehabilitationsverlust“ im System. In Spitälern müssen akutgeriatrische Kliniken eingerichtet werden. Im Kanton Zürich gehen derzeit in mehreren Kliniken Akutgeriatrien auf. Im Zweifelsfall Patienten auf Akutgeriatrie halten und dann entscheiden, wo die Weiterbehandlung stattfinden soll.

Gemäss Dr. Grob arbeitet man im Kanton Appenzell an ähnlicher Thematik wie die Zuger Gemeinden. Man erstellt ein sogenanntes Geriatriekonzept. Ebenso scheinen im Kanton Thurgau diesbezügliche Arbeiten zu laufen.

Karl Widmer:

Hauptziel der Massnahmen im Bereich der spezialisierten Langzeitpflege sollte sein, die Betreuung möglichst vor Ort zu machen. Zu überlegen ist aber auch, z.B. für bestimmte Zeit, die Betreuung ausserkantonale erbringen zu lassen.

Es sind die Möglichkeiten der Schulung des Personals in Betracht zu ziehen.

Die spezialisierte Langzeitpflege benötigt u.U. eine spezialisierte Infrastruktur: Wie können wir diese möglichst einfach und kostengünstig erstellen?

Beatrice Gross:

Akut- und Übergangspflege (AÜP): gehört eigentlich nicht zur spezialisierten Langzeitpflege, jedoch zum gemeinsamen Leistungsbereich der Zuger Gemeinden, v.a. aus ökonomischen Gründen.

Welche Leistungen aus Sicht der Zuger Gemeinden zur spezialisierten Langzeitpflege gehören, muss die AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ nun erarbeiten. Das Leistungsprogramm wird auch in Zukunft immer wieder Anpassungen erfahren. Gemäss Frau Gross sind die nun laufenden Arbeiten eine Chance für eine Gesamtvernetzung in der Gesundheitsversorgung des Kantons Zug, z.B. auch mit der Spitex.

6.3 Diskussion / Beschlüsse 2. AG-Sitzung vom 4. Juni 2012

25 Vorschläge zu möglichen Leistungsbereichen wurden durch die AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ in der Sitzung vom 4. Juni 2012 diskutiert. Zugleich wurde festgelegt, in welchen Bereichen die Zuger Gemeinden zukünftig möglicherweise gemeinsame Leistungsaufträge erteilen könnten und welche Bereiche für gemeinsame Leistungsaufträge eher nicht in Frage kommen.

6.4 Diskussion mit Echogruppe, 2. Juli 2012

Die für mögliche gemeinsame Leistungsaufträge der Zuger Gemeinden in Frage kommenden Leistungen wurden am 2. Juli 2012 mit der Echogruppe diskutiert (personelle Zusammensetzung der Echogruppe, vgl. Kap. 2.2).

Unter Einbezug der Diskussion und Hinweise durch die Echogruppe beschloss die AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ folgende Leistungsbereiche mit vertiefenden Abklärungen zu konkretisieren:

- Akut- und Übergangspflege (stationär)
- Akut- und Übergangspflege (ambulant), für die ersten 14 Aufenthaltstage
- Slow-Stream Rehabilitation
- Überbrückungspflege (eher ja für LA; in Kombination mit Ferienbett organisieren)
- Aufsuchende niederschwellige Abklärung
- Angehörigen Beratung/Casemanagement bei Verdacht auf Demenz (neurologische Abklärungen)

- Beratung von Betreuungspersonen (privat organisiert), v.a. bei Menschen mit Demenz
- Station für schwierige Demenzerkrankte, inkl. ärztlicher Begleitung oder ärztlich geführt
- Tagesheim/Tagesklinik (in Kombination mit Nachtklinik)
- Nachtklinik (in Kombination mit Tagesheim/Tagesklinik)
- Nachtspitex (nochmals überlegen, ob LA zu erteilen ist), evtl. mit spitalexterner Palliative Care kombinieren
- Spitalexterne Palliative Care (ambulant), evtl. mit Nachtspitex kombinieren
- Palliative Care «Modell Eichhof» (stationär)
- Entlastungs-Pflege (Angehörige)/Ferienbett
- Junge Langzeit-Pflegebedürftige
- Gerontopsychiatrie; Patienten mit Verhaltensstörungen inkl. Sucht, mit chronischer Psychose
- PZ-Plätze für Patienten mit Trachealkanülen, mit/ohne Beatmung
- Konsiliardienst (Gerontopsychiatrische und Langzeitpflege-Beurteilung)
- Kinder-, Psycho- und Onkologie-Spitex

7. Phase 2: Leistungen definieren, Mengen und Kosten schätzen

Zeit: 1. Juli 2012 bis 30. September 2012

7.1 Vorbemerkung

In Phase 2 wurden die zur vertiefenden Bearbeitung gegebenen Leistungsbereiche/Leistungen so konkret wie möglich umschrieben. Zweitens wurde pro Leistungsbereich eine erste Abschätzung der im Jahr 2014 voraussichtlich zu erwartenden Menge (Planmenge 2014) erstellt. Basierend auf dieser Mengenschätzung erfolgte eine Abschätzung der für die Zuger Gemeinden gemeinsam entstehenden Kosten (mit Minimal- und Maximalwerten).

Die Erarbeitung der Leistungsumschreibungen sowie die Mengen- und Kostenschätzung wurden soweit wie möglich auf das in der AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ vorhandene Wissen abgestützt. Ebenso wurden die Hinweise und Informationen aus den Hearings und aus der Diskussion mit der Echogruppe einbezogen. Ferner wurden die Klinik Adelheid und das Pflegezentrum Baar zur Definition der Leistungen und zur Abschätzung der Kosten in den Bereichen Akut- und Übergangspflege sowie Slow-Stream Rehabilitation beigezogen. Die Klinik Adelheid verzichtete auf eine Stellungnahme, da sie keine Option für solche Angebote sieht. Das Pflegezentrum Baar lieferte entsprechende Angaben zur stationären Akut- und Übergangspflege und zur Slow-Stream Rehabilitation. Detaillierte Angaben zu den Leistungen in der ambulanten Palliative Care während der Nacht sowie zur Nachtspitex erbrachte der Verein Spitex Kanton Zug.

7.2 Übersicht Leistungen und Kosten

Gemäss aktuellem Spitalgesetz werden im Kanton Zug im Bereich der spezialisierten Langzeitpflege und der Akut- und Übergangspflege koordiniert über alle elf Zuger Gemeinden Leistungen angeboten (vgl. nachstehende Tabelle 1: Spezialisierte Leistungen Zuger Gemeinden, bis 31.12.2013).

Der Kanton Zug deckt zurzeit die verbleibenden Restkosten in der ambulanten und stationären Akut- und Übergangspflege. Die elf Zuger Gemeinden decken in der spezialisierten Langzeitpflege gemeinsam die an die Pflegeheime mit regionalem Leistungsauftrag erteilten Leistungsaufträge in den Bereichen Tagesheim sowie Junge pflegebedürftige Menschen (Pflegezentrum Baar). Daneben tragen die Gemeinden derzeit individuell und nicht miteinander koordiniert Leistungen in weiteren Bereichen der spezialisierten Langzeit-

pflege, indem sie z.B. mit einem Pflegeheim einen Leistungsauftrag für den Betrieb eines Ferienbettes oder mit dem Betagtenzentrum Eichhof in Luzern für Palliative Care-Leistungen zusammenarbeiten. Leistungen in der Kinder-, Psycho- und Onkologie-Spitex sind im Leistungsauftrag vom 30. November 2010 der Zuger Gemeinden mit der Spitex Kanton Zug im Rahmen der Krankenpflegeleistungen enthalten.

Nachstehender Tabelle 1 ist zu entnehmen, dass derzeit die öffentliche Hand für von den Gemeinden koordiniert erbrachte Leistungen Restkosten in der Grössenordnung von CHF 0.8 Mio. bis 1.1 Mio. deckt. Davon trägt der Kanton ca. CHF 0.3 Mio. bis CHF 0.4 Mio. Auf die Gemeinden entfällt ein Betrag in der Grössenordnung von CHF 0.5 Mio. bis CHF 0.7 Mio. Alle spezialisierten Langzeitpflege-Leistungen, welche die Gemeinden bereits heute individuell durch Restkostenbeiträge mittragen, sind in dieser Kalkulation nicht eingerechnet. Dies heisst, dass die Zuger Gemeinden bereits heute für Leistungen in der spezialisierten Langzeitpflege höhere Kostenbeiträge als CHF 0.5 Mio. bis CHF 0.7 Mio. leisten.

Tabelle 1: Spezialisierte Leistungen Zuger Gemeinden, bis 31.12.2013

Nr.	Leistung	bis Ende 2013:	Kosten (CHF)	
			min.	max.
1	Akut und Übergangspflege, ambulant (niederschwellig)	X (Kanton)	20'000	20'000
2	Akut- und Übergangspflege, stationär (hochschwellig)	X (Kanton)	275'000	275'000
3	Slow-Stream Rehabilitation (stationär)	kein Angebot	0	0
4	Neurologische Abklärung bei Verdacht auf Demenz Angehörigenberatung/Casemanagement bei Verdacht auf Demenz	X (Kanton, APD-E)	0	0
5	Beratung von Betreuungspersonen (in Privathaushalten), v.a. bei Betreuung von Menschen mit Demenz	kein Angebot	0	0
6	Station für schwierige Demenzerkrankte, inkl. ärztliche Begleitung/oder ärztlich geführt	X (Gemeinden individuell)	180'000	210'000
7	Gerontopsychiatrie; Patienten mit Verhaltensstörungen inkl. Sucht, mit chronischer Psychose (stationär)	X (Gemeinden individuell)	0	0
8	Tagesheim	X	200'000	300'000
9	Tag-/Nachtstation	kein Angebot	0	0
10	Spitalexterne Palliative Care (ambulant, während der Nacht), inkl. Nachtspitex	kein Angebot	0	0
11	Spezialisierte Palliative Care (stationär), d.h. über 24 Std. – Separate Abteilung/Betten vergleichbar mit „Modell Eichhof“	X (Gemeinden individuell)	0	0
12	Entlastungs-Pflege für Angehörige (Ferienbett)	X (Gemeinden)	0	0

		individuell)		
13	Junge pflegebedürftige Menschen (Langzeit stationär)	X	135'000	150'000
14	Pflegeplätze für Patienten mit Trachealkanülen +/- Beatmung	X (Gemeinden individuell)	Lösungen im Einzelfall	Lösungen im Einzelfall
15	Konsiliardienst stationäre Einrichtungen	X (Kanton, APD-E)	0	135'000
16	Kinder-, Psycho- und Onkologie-Spitex	X	in KLV-Leistungen SPXZG	in KLV-Leistungen SPXZG
	Total alle Leistungen Kanton Total alle Leistungen Gemeinden		295'000 515'000	430'000 660'000
	Total Leistungen		810'000	1'090'000

Gemäss revidiertem Spitalgesetz des Kantons Zug sind die Gemeinden ab dem Jahr 2014 verpflichtet, die bisher vom Kanton getragenen Restkosten in der ambulanten und stationären Akut- und Übergangspflege gemeinsam zu übernehmen und dafür einheitliche Tarife festzulegen. Deshalb schlägt die AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ vor, die in Tabelle 2 (Spezialisierte Leistungen Zuger Gemeinden, ab 1.1.2014) aufgeführten Leistungen im Bereich der spezialisierten Langzeitpflege gemeinsam über alle elf Zuger Gemeinden koordiniert zu führen. Zu erwähnen ist, dass alle ambulanten Leistungen vom Grundsatz her immer dazu beitragen sollen, dass der stationäre Pflegeheimenritt vermieden oder möglichst lange hinausgeschoben werden kann. Damit können die Gemeinden, die Betagten und die Krankenversicherungen die damit im Pflegeheim anfallenden Langzeitpflegekosten sparen. Zudem ist erwiesen, dass sich für die Betagten mit dem Verbleib in der angestammten häuslichen Umgebung neben den finanziellen Vorteilen vielfältige positive und nicht-monetäre Nutzenaspekte ergeben.

Die in Tabelle 2 im Überblick dargestellten Leistungen sowie deren mutmasslichen Kosten im Sinne von Minimal- und Maximalschätzungen sind in den nachfolgenden beiden Kapiteln 7.3 (Leistungen „Akut- und Übergangspflege Zuger Gemeinden“) und 7.4 (Leistungen „Spezialisierte Langzeitpflege Zuger Gemeinden“) im Detail beschrieben. Ebenso sind die Kostenschätzungen transparent dargestellt.

Wie der Tabelle 2 zu entnehmen ist, ergeben sich mit der Übernahme der Kostenbeiträge in der Akut- und Übergangspflege sowie der Abgeltung der Restkosten in den zukünftig vorgesehenen Leistungen der spezialisierten Langzeitpflege für die Gemeinden insgesamt Kosten in der Grössenordnung von CHF 2 Mio. bis 2.5 Mio. Im Vergleich zu den derzeit unter den Regeln des

bestehenden Spitalgesetzes geleisteten Beiträgen von CHF 0.5 Mio. bis CHF 0.7 Mio. resultieren zusätzliche Kosten von CHF 1.5 Mio. bis CHF 1.8 Mio.

Tabelle 2: Spezialisierte Leistungen Zuger Gemeinden, ab 1.1.2014				
Nr.	Leistung	ab 2014:	Kosten (CHF)	
			min.	max.
1	Akut- und Übergangspflege, ambulant (niederschwellig)	X	20'000	20'000
2	Akut- und Übergangspflege, stationär (hochschwellig)	X	690'000	825'000
3	Slow-Stream Rehabilitation (stationär)	X	70'000	85'000
4	Neurologische Abklärung bei Verdacht auf Demenz Angehörigenberatung/Casemanagement bei Verdacht auf Demenz	X	75'000	100'000
5	Beratung von Betreuungspersonen (in Privathaushalten), v.a. bei Betreuung von Menschen mit Demenz	X	50'000	60'000
6	Station für schwierige Demenzerkrankte, inkl. ärztliche Begleitung/oder ärztlich geführt	X	180'000	210'000
7	Gerontopsychiatrie; Patienten mit Verhaltensstörungen inkl. Sucht, mit chronische Psychose (stationär)	X	198'000	231'000
8	Tagesheim	X	200'000	300'000
9	Tag-/Nachtstation	X	36'000	54'000
10	Spitalexterne Palliative Care (ambulant, während der Nacht), inkl. Nachtspitex	X	190'000	350'000
11	Spezialisierte Palliative Care (stationär), d.h. über 24 Std. – Separate Abteilung/Betten vergleichbar mit „Modell Eichhof“	X	37'000	37'000
12	Entlastungs-Pflege für Angehörige (Ferienbett)	X	75'000	75'000
13	Junge pflegebedürftige Menschen (Langzeit stationär)	X	135'000	150'000
14	Pflegeplätze für Patienten mit Trachealkanülen +/- Beatmung	X	Lösungen im Einzelfall	Lösungen im Einzelfall
15	Konsiliardienst stationäre Einrichtungen	X (Kanton)	0	135'000
16	Kinder-, Psycho- und Onkologie-Spitex	X	in KLV-Leistungen SPXZG	in KLV-Leistungen SPXZG
Total alle Leistungen Kanton			0	135'000
Total alle Leistungen Gemeinden			1'956'000	2'497'000
Total Leistungen			1'956'000	2'632'000

Ausgehend von den CHF 32 Mio., welche die Zuger Gemeinden im Jahre 2011 für Leistungen in Alters- und Pflegeheimen¹ (CHF 20.6 Mio.) und für Spitexleistungen² (CHF 10.7 Mio., inkl. freiberufliche Spitex-Leistungen) sowie

¹ Details: vgl. Kap 13, Anhang 2

² Details: vgl. Kap 13, Anhang 2

rund CHF 0.7 Mio. für spezialisierte Langzeitpflege getragen haben, resultiert mit Zusatzkosten von CHF 1.5 bis CHF 1.8 Mio. eine Kostenerhöhung in der Grössenordnung von 5% bis 6% auf rund CHF 34 Mio. für sämtliche Leistungen resp. Kostenbeiträge der Zuger Gemeinden im Langzeitpflegebereich.

7.3 Leistungen „Akut- und Übergangspflege Zuger Gemeinden“

1.	Akut- und Übergangspflege, ambulant (niederschwellig)
	Leistungsbeschreibung/Definition Getreu dem gesundheitspolitischen Grundsatz „ambulant vor stationär“ soll die Akut- und Übergangspflege (AÜP) im Kanton Zug wenn immer möglich ambulant, andernfalls stationär erfolgen (vgl. nachstehender Punkt 2: Akut- und Übergangspflege, stationär). Die ambulante AÜP beinhaltet Leistungen nach Art. 25a Abs. 2 KVG. Das Angebot umfasst gemäss Art. 7 KLV die Massnahmen der Abklärung und Beratung, der Untersuchung und Behandlung sowie der Grundpflege. Die AÜP erfolgt nach einem Spitalaufenthalt auf spitalärztliche Verordnung und beinhaltet vorübergehend umfangreiche Pflegeleistungen. Die Abgeltung der Kosten während den ersten 14 Tagen erfolgt nach den Regeln der Spitalfinanzierung (55% der Kosten tragen die Gemeinden, restliche Kosten die Krankenversicherungen). Ab dem 15. Tag erbringt die Spitex die AÜP-Leistungen (Spitex-Normleistungen) gemäss bestehender Leistungsvereinbarung mit den Zuger Gemeinden und gemäss den Finanzierungsgrundsätzen in der Langzeitpflege. AÜP kann vom Spitalarzt verordnet werden, wenn folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sind: a) Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital sind nicht mehr nötig. b) Der Patient benötigt vorübergehend eine qualifizierte fachliche Betreuung, insbesondere durch Pflegepersonal. c) Ein Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik oder einer geriatrischen Abteilung eines Spitals ist nicht indiziert. Die AÜP ist nicht als Wartezeit für einen Eintritt in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Heim vorgesehen. d) Die AÜP hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass der Patient oder die Patientin die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann. e) Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele nach Buchstabe d aufgestellt. Soweit ebenfalls medizinische, therapeutische und psychosoziale Betreuung oder Behandlung notwendig sind, können diese ambulant oder im Pflegeheim als Einzelleistungen erbracht werden. Sie sind nicht Bestandteil der AÜP. Hinweise Versorgungsstruktur AÜP (nieder- und hochschwellig) und Slow-Stream Rehabilitation liegen fachlich nahe beieinander; wenn alles an einem Ort gemacht wird, ist die Überweisungs- und Abgrenzungsthematik

einfacher.		
Planmenge 2014		
200 KLV*-Stunden *Krankenpflege-Leistungsverordnung		
Kosten (CHF)		
min.	max.	
20'000	20'000	
Nachweis Berechnung: 200 KLV-Stunden à CHF 100 = CHF 20'000; Das Budget 2012 der Spitex Kanton Zug SPXZG sieht 187 KLV-Stunden vor. Dafür bezahlt der Kanton Zug in Anlehnung an die Regeln der Spitalfinanzierung einen Kostenanteil von 55%. Für 2013 budgetiert die SPXZG einen Kantonsbeitrag AÜP von CHF 20'500. Die Hochrechnung für geleistete AÜP-Stunden 2012 sieht rund 100 Std. à CHF 100 vor. Mit dem neuen Spitalgesetz haben die Zuger Gemeinden den bisherigen Kantonsanteil von 55% der Kosten ab 1.1.2014 zu tragen.		
Diverses		
AÜP ambulant gut koordinieren mit AÜP stationär, Slow-Stream Rehabilitation, Rehabilitation sowie Langzeitpflege. Die Stadt Zug vertritt im Brief vom 20. November 2012 zHd. der AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ die Meinung, dass die Zuordnung der AÜP vom Kanton neu zu den Gemeinden durch die SOVOKO mit der Gesundheitsdirektion des Kantons Zug nochmals diskutiert werden sollte. Die AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ schliesst sich der Forderung der Stadt Zug an und stellt der SOVOKO einen entsprechenden Antrag.		

2.	Akut- und Übergangspflege, stationär (hochschwellig)	
	Leistungsbeschreibung/Definition	
	Vgl. vorstehender Punkt 1: Akut- und Übergangspflege, ambulant.	
	Der Leistungsauftrag AÜP stationär sieht vor, dass die Ø Aufenthaltsdauer 40 Tage ist. Nach insgesamt 30 Tagen ist für einen weiteren Verbleib in der AÜP eine Kostengutsprache notwendig.	
	Ein Leistungsauftrag für AÜP stationär wird unter der Annahme erteilt, dass kein Leistungsauftrag für Akutgeriatrie durch den Kanton Zug erteilt wird.	
	Hinweise Versorgungsstruktur	
	AÜP (nieder- und hochschwellig) und Slow-Stream Rehabilitation liegen fachlich nahe beieinander; wenn alles an einem Ort gemacht wird, ist die Überweisungs- und Abgrenzungsthematik einfacher.	
	Planmenge 2014	
	10 Betten, 2'750 Pflage tage	
	Kosten (CHF)	
	min.	max.
	690'000	825'000
	Nachweis Berechnung: 8 Betten, 2'200 Pflage tage (bei 75% Auslastung) für die ersten 14 Tage AÜP stationär 2 Betten, 550 Pflage tage (bei 75% Auslastung), ab dem 15. Tag AÜP stationär Kosten pro Pflage tag: Das Budget 2012 für AÜP-Leistungen im PZ Baar sieht bei 1'100 Pflage tagen einen Kantonsbeitrag (55%) von CHF 275'000 vor. Pro Pflage-	

	tag resultieren Kosten von rund CHF 250 pro Pflege-tag. Mit dem neuen Spitalgesetz haben die Zuger Gemeinden mit einem Anteil von 55% die Kosten ab 1.1.2014 in der Akut- und Übergangspflege zu tragen. Ausgehend von CHF 250 bis 300 pro Pflege-tag errechnen sich bei 2'750 Pflege-tag Gesamtkosten von CHF 690'000 bis 825'000.
	Diverses
	Die Stadt Zug vertritt im Brief vom 20. November 2012 zHd. der AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ die Meinung, dass die Zuordnung der AÜP vom Kanton neu zu den Gemeinden durch die SOVOKO mit der Gesundheitsdirektion des Kantons Zug nochmals diskutiert werden sollte. Die AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ schliesst sich der Forderung der Stadt Zug an und stellt der SOVOKO einen entsprechenden Antrag.

7.4 Leistungen „Spezialisierte Langzeitpflege Zuger Gemeinden“

3.	Slow-Stream Rehabilitation (stationär)
	Leistungsbeschreibung/Definition
	Die Patienten in der Slow-Stream Rehabilitation benötigen nach einem Spitalaufenthalt für eine erfolgreiche Rehabilitation mehr als 40 Tage Pflege, medizinische Versorgung, therapeutische Unterstützung und soziale Beratung (vgl. Punkt 2, Akut- und Übergangspflege, stationär). Slow Stream Rehabilitation kann bis maximal 10 Wochen dauern. Die Patienten haben ihren Aufenthalt auf der Spezialabteilung im Akutspital und einen allfälligen Rehabilitationsaufenthalt abgeschlossen, sind gesundheitlich stabil und nicht mehr spitalbedürftig (z.B. Patienten mit halbseitiger Lähmung). In der anschliessenden Slow-Stream Rehabilitation wird in einem für die Patienten optimalen Tempo die Selbständigkeit durch gezielte pflegerische, therapeutische, medizinische und soziale Massnahmen verbessert. Primäres Ziel ist die Rückkehr nach Hause, oder falls dies nach der intensiven Rehabilitation nicht mehr möglich ist, der Eintritt in eine andere geeignete Institution. Methode: Interdisziplinäres Vorgehen unter ärztlicher Leitung. Dieses umfasst Assessment, Zielvereinbarung, Festlegen des Pflege- und Behandlungsprozesses, intensive Therapien, Festlegen der Bedingungen für die Rückkehr, Einbezug der häuslichen Ressourcen und Fallmanagement. Abklärung und Behandlung während der ersten 14 Tage und während der Übergangspflege erfolgen nach festgelegten Schritten. Der Rehabilitationsverlauf bei der Übergangspflege wird vierzehntäglich überprüft.
	Hinweise Versorgungsstruktur
	AÜP (nieder- und hochschwellig) und Slow-Stream Rehabilitation liegen fachlich nahe beieinander; wenn alles an einem Ort gemacht wird, ist die Überweisungs- und Abgrenzungsthematik einfacher. Vgl. Indikatoren für die Zuweisung zur „Slow-Stream Reha, Kap. 3, Folder Stadt Zürich“
	Planmenge 2014
	1 Bett, 275 Pflege-tage
	Kosten (CHF)

min.	max.	
70'000	85'000	
Nachweis Berechnung: 1 Betten, 275 Pflage tage (bei 75% Auslastung), ab dem 41. Tag AÜP stationär Kosten pro Pflage tag: Das Budget 2012 für AÜP-Leistungen im PZ Baar sieht bei 1'100 Pflage tagen einen Kantonsbeitrag (55%) von CHF 275'000 vor. Pro Pflage tag resultieren Kosten von rund CHF 250 pro Pflage tag. Ausgehend von CHF 250 bis 300 pro Pflage tag errechnen sich bei 275 Pflage tagen Gesamtkosten von CHF 69'000 bis 83'000.		
Diverses		
Gemäss Schreiben vom 7. August 2012 sieht die Klinik Adelheid, Unterägeri, für die AÜP sowie die Slow-Stream Rehabilitation keine Option in ihrer Klinik. Die Leistungsumschreibung des Pflegezentrums Baar vom 17. August 2012 geht davon aus, dass folgende Patienten im PZ Baar bei einer allfälligen Erteilung eines Leistungsauftrages nicht aufgenommen werden: a) multimorbide und instabile Patienten (Behandlung sollte in Akutgeriatrie mit geriatrischer frührehabitativer Komplexbehandlung erfolgen) b) gut abgeklärte demenzkranke Patienten c) tracheotomierte/beatmete Personen d) Personen mit multiresistenten Keimen e) Adipositaspatienten f) Personen mit intravenöser Infusion und Dialyse g) Reanimationen mit Herz-Kreislauf-Wiederbelebung werden nicht durchgeführt. Gemäss Schreiben des Pflegezentrums Baar vom 21. August 2012 kann sich das Pflegezentrum eine Erweiterung der AÜP auf 40 Tage vorstellen. Dies könne durchaus Sinn machen. Es sei dann zu prüfen, ob nach 40 Tagen eine anschliessende Slow-Stream Rehabilitation notwendig ist. Bei einer Ausdehnung der Zahl der Pflage tage der AÜP sei zu klären, ob und in welcher Form die Krankenversicherer die Mitfinanzierung gewährleisten. Die heutige vertragliche Regelung mit den Krankenversicherungen geht von 14 Tagen aus.		

4.	Neurologische Abklärung bei Verdacht auf Demenz Angehörigenberatung/Casemanagement bei Verdacht auf Demenz	
	Leistungsbeschreibung/Definition	
	Neurologische Abklärung und Beratung bei Verdacht auf Demenz (Beratung von Patient und Angehörigen). Ziel der Leistung: Patienten möglichst zuhause und nicht im Pflegezentrum betreuen.	
	Hinweise Versorgungsstruktur	
	1 bis 2 Pflegefachpersonen im Teilzeitpensum, die ein neuromedizinisches Demenzassessment machen können (inkl. Massnahmenentwicklung, Angehörigenberatung/Casemanagement).	
	Planmenge 2014	
	75%- bis 100%-Stelle, 1 bis 2 Pflegefachpersonen	
	Kosten (CHF)	
	min.	max.
	75'000	100'000

	Nachweis Berechnung: Annahme: ca. CHF 100'000 Jahreslohn für Pflegefachperson
	Diverses
	Die Erfahrung mit diesem Angebot im Kanton Zürich zeigt, dass viele demenzerkrankte Personen zuhause betreut werden können und somit Langzeitaufenthalte vermieden werden können. Die Ausbildung für die Durchführung von Demenzassessments kann z.B. in der Memory-Klinik in Zürich erfolgen.
	Der Ambulante Psychiatrische Dienst des Kantons Zug führt eine Gerontopsychiatrische Abklärungs- und Beratungsstelle für Betroffene, Angehörige und Betreuende. Die Stelle berät bei psychischen Störungen im Alter und führt ambulante Demenzabklärungen durch.

5.	Beratung von Betreuungspersonen (in Privathaushalten), v.a. bei Betreuung von Menschen mit Demenz
	Leistungsbeschreibung/Definition
	Privat im Haushalt lebende Betreuungspersonen kommen immer wieder in schwierige Situationen bei der Betreuung in der Langzeitpflege, insbesondere von Menschen mit Demenz, selbst wenn die Betreuungspersonen gut ausgebildet sind. Für solche Situationen wird eine Beratung und Unterstützung angeboten (evtl. in Verbindung mit Leistungsangebot 4 (Angehörigenberatung/Casemanagement bei Personen mit Verdacht auf Demenz).
	Hinweise Versorgungsstruktur
	-
	Planmenge 2014
	50%- bis 60%-Stelle
	Kosten (CHF)
	min. max.
	50'000 60'000
	Nachweis Berechnung: Annahme: ca. CHF 100'000 Jahreslohn für Pflegefachperson
	Diverses
	-

6.	Station für schwierige Demenzerkrankte, inkl. ärztliche Begleitung oder ärztlich geführt
	Leistungsbeschreibung/Definition
	„Es handelt sich um geschlossene Pflegebereiche mit angeschlossenem Freibereich, der Bewegung (Wandern) ermöglicht. Das Pflegepersonal in speziellen Demenzbereichen ist in Bezug auf die Pflege Dementer sehr gut ausgebildet und weist eine hohe Toleranz in Bezug auf dementenspezifische Verhaltensweisen auf. Den Bewohnern werden maßgeschneiderte Beschäftigungsprogramme angeboten, die die dementenspezifischen Anforderungen berücksichtigen. Das bauliche Milieu ist auf spezifische Anforderungen ausgerichtet.“ (Radzey, B. et al. 2001)
	Im Gegensatz zu den normalen Pflegeeinheiten für demente Personen werden in der spezialisierten Station Personen betreut, die „herausforderndes Verhalten“ in ausgeprägtem Ausmass zeigen. Dies kann auch nur vorübergehend während einer längeren Pha-

se der Fall sein (man spricht oft von der sog. mittleren Phase). Die Ausbildung und Haltung des Pflegepersonals ist auf diese Zielgruppe speziell ausgerichtet und wird ärztlich und interdisziplinär begleitet. Nach dem aktuellen umfassenderen pflegewissenschaftlichen Verständnis umfasst der Begriff „<i>herausforderndes Verhalten</i>“ aber das gesamte passive und aktive Verhaltensrepertoire eines demenzkranken Menschen mit den sich daraus ergebenden Herausforderungen für die Betreuungspersonen (Halek, M., Bartholomeyczik, S. 2006 ; Jonas, I. 2006). Das bedeutet, dass nicht nur aktiv störende Verhaltensweisen wie Agitation, Aggressivität, Wandern und vokale Störungen, sondern auch Passivität und Apathie als professionelle Herausforderung verstanden werden, obwohl Personen mit Passivität und Apathie von sich aus aktiv keine professionellen Handlungen einfordern. „Unerwünschtes Verhalten“ kann aus Sicht der Person mit Demenz durchaus auch mit dem Gefühl des Wohlbefindens verbunden sein. Interventionen haben das Ziel, das Wohlbefinden der Person mit Demenz zu fördern und sind nicht Trigger zur Herstellung von „erwünschtem Verhalten“.	
Hinweise Versorgungsstruktur	
Die AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ geht von einer integrativen Versorgung aus. Dies bedeutet, dass alle Alters- und Pflegeheime sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten an der Betreuung von schwierigen Klient/innen beteiligen. Dabei sind die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Person, die betrieblichen Voraussetzungen und die Situation der anderen Bewohner zu berücksichtigen. Derzeit wird im PZ Frauensteinmatt eine Wohngruppe für schwierige Demenzerkrankte geführt.	
Planmenge 2014	
10 Betten, 3'000 Pflegetage (10 Betten à 300 Pflegetage)	
Kosten (CHF)	
min.	max.
180'000	210'000
Nachweis Berechnung: für die Pflege von schwierigen demenzerkrankten Patienten werden für Leistungen, die nicht mehr über das 12-Stufen-Tarifsysteem abgedeckt werden, in einer Abteilung mit 10 Betten ca. 2 Pflegestellen zusätzlich benötigt. Ausgehend von Lohnkosten von CHF 200'000 resultieren pro Bett Zusatzkosten von CHF 20'000. Mit einer Belegung von durchschnittlich 300 Tagen pro Jahr resultieren pro Pflege tag Mehrkosten in der Grössenordnung von CHF 60 bis 70. 3'000 Pflegetage à CHF 60 bis 70 ergeben Kosten von CHF 180'000 bis 210'000.	
Diverses	
-	

7.	Gerontopsychiatrie; Patienten mit Verhaltensstörungen inkl. Sucht, mit chronischer Psychose (stationär)	
	Leistungsbeschreibung/Definition	
	Auf einer gerontopsychiatrischen Wohngruppe leben ältere Menschen, die eine konstante psychiatrische Pflege und Betreuung brauchen, weil ihre Erkrankung sehr schwer verläuft. Eine Integration der Betroffenen auf einer allgemeinen geriatrischen Abteilung ist nicht möglich. Den Bewohnern werden Programme angeboten, die die spezifischen Anforderungen berücksichtigen. Zur Aufnahme in eine gerontopsychiatrische Wohngruppe müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: - Diagnose einer chronischen psychischen Erkrankung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die eine Demenzerkrankung, eine geistige Behinderung sowie eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausschliesst. - Eine ambulante Betreuung sowie das Wohnen zu Hause sind für die betroffene Person nicht mehr möglich und eine ärztliche Fachkraft sowie die Pflegepersonen befürworten ihre Unterbringung in einer Wohngruppe. - Der körperliche Gesundheitszustand der aufzunehmenden Person erlaubt ihr die Angebote der Wohngruppe wahrzunehmen. Es handelt sich um geschlossene Pflegebereiche mit angeschlossenen Freibereich, der Bewegung, Aufenthalt in Nischen etc. ermöglicht. Das Pflegepersonal ist in Bezug auf die Pflege der psychogeriatrischen, respektive Verhaltensstörungen sehr gut ausgebildet und weist eine hohe Toleranz in Bezug auf herausfordernde Verhaltensweisen auf. Die Arbeit wird ärztlich und interdisziplinär begleitet. Für die medizinische Versorgung können die Bewohner ihren bisherigen Hausarzt beibehalten oder ihre medizinische Versorgung dem Hausarzt übertragen. Die psychiatrische Versorgung der Bewohner erfolgt durch das gerontopsychiatrische Team der Ambulanten psychiatrischen Dienste (APD) Zug bzw. durch den bisherigen Psychiater.	
	Hinweise Versorgungsstruktur	
	Die AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ geht von einer integrativen Versorgung aus. Dies bedeutet, dass alle Alters- und Pflegeheime sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten an der Betreuung von schwierigen Klienten beteiligen. Dabei sind die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Person, die betrieblichen Voraussetzungen und die Situation der anderen Bewohner zu berücksichtigen. Das heisst: Psychisch kranke Patienten möglichst in Langzeitpflege-Institutionen unterbringen und mit ärztlichem Konsiliardienst begleiten. Eine Langzeitpflege-Institution mit ca. 50 Betten sollte mindestens einen gerontopsychiatrischen Patienten integrativ betreuen können. Daneben verbleibt eine Restgruppe, gemäss obigem Beschrieb von psychisch kranken Patienten, die z.B. heute im Pflegezentrum Frauensteinmatt in einer Wohngruppe von 11 Patienten betreut werden.	
	Planmenge 2014	
	11 Betten, 3'300 Pflagetage (11 Betten à 300 Pflagetage)	
	Kosten (CHF)	
	min.	max.

	198'000	231'000	
Nachweis Berechnung: Annahme: Im Kanton Zug ca. 30 gerontopsychiatrische Patienten. Rund 10 bis 20 Patientinnen und Patienten sind in Pflegezentren (mit ca. 50 Betten) betreut resp. aufgeteilt (ca. 1 Pat. pro Pflegezentrum). Es verbleiben rund 10 Patienten. Analog der Berechnung resp. Kosten für schwierige Demenzerkrankte (siehe Punkt 6 oben) wird mit Zusatzkosten von CHF 60 bis 70 gerechnet. Bei 11 Betten à 300 Pflagetagen zu CHF 60 bis 70 pro Pflage-tag resultieren folgende Kosten: 3'300 Pflage-tage zu total CHF 198'000 bis 231'000.			
Diverses			
Die Klinik Zugersee in Oberwil betreut keine Langzeitpatienten mehr in diesem Bereich.			

8.	Tagesheim
Leistungsbeschreibung/Definition	
Betreuung von leicht bis mittel pflegebedürftigen Personen an einzelnen Tagen in einer Gruppe von ca. zehn Personen. Die Infrastruktur, die Beschäftigungsangebote und das entsprechend geschulte Personal ermöglichen eine umfassende Betreuung und Förderung und die zeitweilige Entlastung der betreuenden Angehörigen.	
Bisherige Betreuungszeiten Mo bis Fr 09.00 bis 17.00 Uhr.	
Hinweise Versorgungsstruktur	
Tagesheim Pflegezentrum Baar, 12 Betreuungsplätze	
Planmenge 2014	
10 bis 15 Plätze bei 250 Arbeitstagen, d.h. 2'500 bis 3'750 Pflage-tage	
Kosten (CHF)	
min.	max.
200'000	300'000
Nachweis Berechnung: 10 bis 15 Plätzen bei 250 Arbeitstagen ergibt 2'500 bis 3'750 Pflage-tage. Mit Kosten von ca. CHF 80 pro Pflage-tag resultieren insgesamt Kosten von CHF 200'000 bis 300'000.	
Diverses	
Dieses Angebot wird von den Gemeinden bereits heute finanziert.	

9.	Tag-/Nachtstation
Leistungsbeschreibung/Definition	
Betreuung von mittel bis schwer pflegebedürftigen Personen an einzelnen Tagen und Nächten in einer Gruppe von ca. zehn Personen. Das entsprechend geschulte Personal ermöglichen eine umfassende Pflege und Betreuung und die zeitweilige Entlastung der betreuenden Angehörigen. Es handelt sich eigentlich um eine Teilzeit-Langzeitpflegeinstitution.	
Betreuungszeiten ergänzend zum Tagesheim 17.00 bis 09.00 Uhr.	
Hinweise Versorgungsstruktur	
In einem Pflegezentrum, da Nachtwachen notwendig. (Tarife: vgl. Sonnweid, Wetzikon, Kanton Zürich)	
In der Schweiz finden sich bisher kaum Tag-/Nachtstationen oder Nachtstationen für betagte Langzeitpatienten.	

Planmenge 2014		
2 Betten, 180 Nächte		
Kosten (CHF)		
min.	max.	
36'000	54 '000	
Nachweis Berechnung: 2 Betten à 180 Nächten belegt à CHF 100 bis CHF 150 = CHF 36'000 bis CHF 54'000.		
Diverses		
Tag-/Nachstation evtl. mit Tagesheim zusammennehmen.		

10.	Spitalexterne Palliative Care (ambulant, während der Nacht), inkl. Nachspitex
	Leistungsbeschreibung/Definition
	Krankenpflege nach KVG: Behandlungs- und Grundpflege Spitalexterne Palliative Care (ambulant, während der Nacht). Zusätzliche Unterstützung und Coaching der Pflegenden durch eine Spitex-Fachperson mit Zusatzausbildung im Bereich Palliative Care.
	Unter Nachspitex werden alle KLV-Einsätze verstanden, die in der Nacht von 23.00 Uhr bis 7.00 Uhr erbracht werden, inkl. spitalexterne Palliative Care. Die KLV-Dienstleistungen in der Nacht entsprechen den Leistungen gemäss KLV 7 und unterscheiden sich demnach inhaltlich nicht von denjenigen Leistungen während des Tages. Unterschiedlich ist aber der Bedarf. Nachts werden Leistungen der Grund- und der Behandlungspflege erbracht. Für den Nachtdienst muss daher eine diplomierte Pflegefachperson im Einsatz sein.
	Typische pflegerische Leistungen in der Nacht sind: a) Medikation b) Umlagerungen c) Grundpflege bei Inkontinenz / Toilettengänge d) Hilfe bei zu Bett gehen/aufstehen, Transfer e) evtl. Kontrollbesuche f) Notfalleinsätze (bei bestehenden Kunden).
	Hinweise Versorgungsstruktur
	-
	Planmenge 2014
	1 Pflegefachperson (eine 100%-Stelle) für die Zeit von 23.00 Uhr bis 07.00 Uhr (d.h. 8 Std.) à 365 Tage.
	Kosten (CHF)
	min. max.
	190'000 350'000
	Nachweis Berechnung: Maximalbeitrag: Beitrag Gemeinden an Verein Spitex Kanton Zug 2013: CHF 89 plus Zuschlag Abendstunde von CHF 15 = CHF 104 plus Nachtzuschlag von 15% = CHF 120; 1 Person à 365 Tage à 8 Std. à CHF 120 = CHF 350'000. Minimalbeitrag: Der Verein Spitex Kanton Zug rechnet für die Abdeckung der Leistungen mit einem Stellenbedarf von 1.9 Stellen für 365 Tage à 9 Std. mit Kosten für die Gemeinden in der Grössenordnung von CHF 250'000 bis 280'000 (vgl. Kap. 14, Anhang 3: Mail Frau Doris Ruckstuhl, Verein Spitex Kanton Zug, zu Nachspitex und Palliative Care nachts, vom 10. August 2012). Diese Kosten entstehen für die Gemeinden, wenn kein Einsatz resp. keine verrechenbare Stunden entstehen. Mit jeder geleisteten Einsatzstunde reduziert sich der Beitrag der Ge-

	meinden um den Krankenkassenbeitrag und um die Einnahmen aus der Patientenbeteiligung. Unter der Annahme, dass 3 Stunden Grundpflege à CHF 55 pro Nacht verrechnet werden können, resultieren Einnahmen von rd. CHF 60'000 (3 Std. à 365 Nächte à CHF 55). Für die nicht ganz einfache Personalsuche und den Aufbau des Angebots ist zusätzlich mit einem einmaligen Kostenbetrag zu rechnen.
	Diverses
	Ambulante Palliative Care während des Tages ist bereits heute mit der Spitex Kanton Zug im Rahmen der Leistungsvereinbarung mit den Zuger Gemeinden geregelt.
	Gemäss mündlicher Auskunft von Frau Ruckstuhl vom 4. September 2012 geht der Verein Spitex Kanton Zug davon aus, dass Nachteinsätze durch eine Person erfolgen können und nicht im Zweierteam erfolgen müssen. Im Einerteam kann die Nachtsplitex somit mit deutlich tieferen Kosten erbracht werden. Siehe auch Anhang 3 (E-Mail von Doris Ruckstuhl vom 10. August 2012).

11.	Spezialisierte Palliative Care stationär, d.h. über 24 Std. - Separate Abteilung/Betten vergleichbar mit „Modell Eichhof“
	Leistungsbeschreibung/Definition
	Palliative Care hat zum Ziel, bei fortschreitenden, unheilbaren Erkrankungen das Leiden des Kranken zu lindern, die bestmögliche Lebensqualität zu sichern und Rahmenbedingungen zu schaffen, damit ein Sterben in Würde möglich ist.
	Auf einer spezialisierten Palliativabteilung werden schwer kranke erwachsene Menschen jeden Alters betreut und gepflegt. Aufgaben des interdisziplinären Teams sind: umfassende medizinische und pflegerische Behandlung von Schmerzen und Beschwerden; die individuelle, sorgende und aufmerksame Begleitung der Betroffenen und ihrer Angehörigen; die Vernetzung mit externen Diensten, um die Kontinuität in der Betreuung zu ermöglichen; Hilfestellung, die persönliche Spiritualität zu leben.
	Die spezialisierte Palliativabteilung bietet ausschliesslich Einbettzimmer in einer wohnlichen Atmosphäre an. Der Aufenthalt wird nach spätestens sechs Monaten überprüft. Es sind auch vorübergehende Aufenthalte möglich. Die Besuchszeiten richten sich nach den Bedürfnissen der Patienten. Für Angehörige werden Verpflegung und Übernachtung im Patientenzimmer oder im Angehörigenraum angeboten. Den Patienten stehen neben klassischen auch alternative Therapien zur Verfügung.
	Hinweise Versorgungsstruktur
	Das Angebot einer spezialisierten Palliativ Care-Abteilung richtet sich primär an jüngere schwerkranke Menschen und ihre Angehörigen. Das Betagtenzentrum Eichhof in Luzern bietet z.B. dieses Angebot Patienten aus der ganzen Zentralschweiz an.
	Für ältere schwerkranke Menschen sollte primär jede Langzeitpflege-Institution dafür eingerichtet sein, nebst der Grundversorgung in Palliative Care auch spezialisierte Palliative Care mit Unterstützung von mobilen Palliative-Care-Teams abdecken zu können.
	Planmenge 2014
	2 Betten, 730 Pflage tage
	Kosten (CHF)

min.	max.	
37'000	37'000	
Nachweis Berechnung: 2 Betten à 365 Pflgetage (100% Auslastung) = 730 Pflgetage Die Kosten werden gemäss üblicher Taxordnung des Pflegeheims sowie einem Zuschlag von CHF 50 pro Tag gerechnet. 730 Pflgetage à CHF 50 = CHF 36'500		
Diverses		
Unter der Leitung der Gesundheitsdirektoren-Konferenz GDK hat eine Expertengruppe sogenannte „Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care“ erarbeitet. Die Kriterien dienen als Entscheidungshilfe, wann der Beizug von spezialisierten Fachpersonen oder die Zuweisung in eine spezialisierte Palliative Care-Einrichtung angezeigt ist. Anhand von vier Patientenbeispielen werden die Indikationskriterien erläutert und veranschaulicht. Die Kriterien richten sich in erster Linie an das Fachpersonal, das unheilbar kranke Patienten in der Grundversorgung behandelt, z.B. Hausärzte, Spitex, Pflegeheime, Spitäler. Kostenloser Bezug unter: www.bag.admin.ch/Palliativecare Siehe dazu auch das Positionspapier der Curaviva Schweiz vom 6. April 2011 zur Umsetzung der nationalen Strategie Palliative Care in stationären Langzeitpflege-Institutionen (www.curaviva.ch). Zu möglichen Mengenabschätzungen: vgl. auch den Antrag von Frieda Waldispühl vom 23. Juli 2012 an die SOVOKO bezüglich Palliativabteilung in einer stationären Pflegeeinrichtung mit Pflegeheimstatus.		

12.	Entlastungs-Pflege für Angehörige (Ferienbett)
	Leistungsbeschreibung/Definition Ferienbetten, welche ausschliesslich für Kurzaufenthalte genutzt werden können und bei denen eine Reservation im Voraus möglich ist. Ferienplätze stehen heute in Alters- und Pflegeheimen teilweise zur Verfügung. Doch diese Plätze sind nicht ausschliesslich für Feriengäste reserviert, sondern werden auch für die Langzeitpflege eingesetzt, damit die Auslastung betriebswirtschaftlich ist. Somit können pflegende Angehörige Ferien nicht zum Voraus buchen, da eine Reservation des Ferienbettes praktisch nicht möglich ist. Die Auslastung eines Ferienbettes, das ausschliesslich Feriengästen zur Verfügung steht, liegt erfahrungsgemäss bei rund 50 % und ist somit im Vergleich mit der kalkulierten Auslastung der anderen Zimmer von 98 % deutlich tiefer. Somit entsteht einerseits ein Minderertrag, aber andererseits auch eine relativ gute Verfügbarkeit der Betten. Eine Betten-Reservation zum Voraus wird daher möglich und für pflegende Angehörige werden Ferien als Entlastung planbar. Um ein solches Angebot im Kanton Zug zu sichern, soll der beschriebene Ertragsausfall durch die Gemeinden für eine bedarfsgerechte Anzahl Ferienbetten übernommen werden. Durch die Entlastung pflegender Angehöriger können die Gemeinden die Pflege zu Hause aktiv unterstützen und präventiv dafür sorgen, dass diese nicht durch Pflegeheime übernommen

werden muss, da pflegende Angehörige an ihre Grenzen kommen oder gar mit der „Rund um die Uhr-Pflege“ überfordert sind.		
Hinweise Versorgungsstruktur		
3 Ferienbetten, falls möglich in einer einzigen Institution, damit Auslastung möglichst flexibel planbar ist (z.B. Annahof Unterägeri).		
Planmenge 2014		
3 (Ferien-)Betten zu 50% pro Jahr belegt		
Kosten (CHF)		
min.	max.	
75'000	75'000	
Nachweis Berechnung: Annahme: Die drei Ferienbetten sind zu 50% ausgelastet. D.h., dass dem Leistungserbringer während rund 180 Tagen pro Jahr die Einnahmen aus der Pension (Pensionstaxe) entfallen. Ausgehend von einer Pensionstaxe von CHF 130 pro Tag resultieren pro Bett entgangene Einnahmen von rund CHF 25'000 (180 Tage à CHF 130 = CHF 23'400). Bei 3 Ferienbetten resultieren für die Gemeinden insgesamt Kosten von CHF 75'000 (3 Ferienbetten à CHF 25'000)		
Diverses		
Das Altersheim Martinspark in Baar betreibt zurzeit 1 Ferienbett; Gemeinde Baar bezahlt einen Beitrag von CHF 25'000. Das Ferienbett wird exklusiv Feriengästen für mehrtägige Aufenthalte zur Verfügung gestellt (z.B. für 2 – 3 Wochen).		

13.	Junge pflegebedürftige Menschen (Langzeitpflege stationär)
	Leistungsbeschreibung/Definition
	Die Abteilung für junge pflegebedürftige Menschen bietet chronisch kranken jüngeren Menschen ein Zuhause zusammen mit der nötigen Pflege und Betreuung.
	Ziel ist Normalität, Lebensqualität und hohe Autonomie der Bewohner. Die auf einer stationären Abteilung vorhandene elektronische Infrastruktur ermöglicht einem Teil der Bewohnerinnen und Bewohner, trotz schwerer Pflegebedürftigkeit, gewisse Aufgaben ihres Alltags selbständig zu meistern. Pflege, Betreuung und Therapiedienste werden ressourcenorientiert angeboten.
	Bewohner sind vor allem Menschen mit neurologischen Erkrankungen unterhalb des AHV-Alters. Bei hoher Autonomie und vorhandenen Möglichkeiten, die Angebote und die technisierte Infrastruktur zu nutzen, kann die übliche Altersgrenze von 65 Jahren auch hinaufgesetzt werden.
	Die Bewohner leben in etwas grösseren Zimmern mit eigenem Balkon, ausgerüstet mit einem elektronischen Umweltkontrollsystem, das ihnen die Steuerung von Geräten, Türen und Fenstern erlaubt. Sie werden durch ein interdisziplinäres Team (Arzt, Pflege, Logopädie, Ergo-, Physio- und Aktivierungstherapie) unterstützt.
	Hinweise Versorgungsstruktur
	Das Pflegezentrum Baar bietet zwölf pflegebedürftigen Menschen die Möglichkeit, in einer Wohngruppe zusammen zu leben.
	Planmenge 2014
	3'300 Pflegetage (entspricht ca. 10 bis 12 Betten)
	Kosten (CHF)

	min.	max.	
	135'000	150'000	
Nachweis Berechnung: Im Budget 2012 des PZ Baar wird mit einem Pflegekostenzuschlag in den Pflegestufen 8 bis 12 von CHF 41 pro Pflegetag gerechnet. 3'300 Pflegetage à CHF 41 = CHF 135'300; im Budgetantrag 2013 des PZ Baar wird mit 3'000 Pflegetagen à CHF 50 gerechnet, d.h. CHF 150'000.			
Diverses			
Pflegetage eher rückläufig, da die jungen pflegebedürftigen Menschen von der IV Beiträge für die Alltagsassistentz erhalten und somit nicht mehr zwingend im Pflegeheim wohnen müssen.			

14.	Pflegeplätze für Patienten mit Trachealkanülen +/- Beatmung		
	Leistungsbeschreibung/Definition		
	Pflegebett(en) für Patienten mit besonderem Pflegebedarf (z.B. Trachealkanülen, Langzeitbeatmung, Vakuumverband)		
	Hinweise Versorgungsstruktur		
	„Krisenkonzept“ mit einem Pflegezentrum		
	Das Pflegezentrum Gehrenholz in Zürich betreibt eine Abteilung mit besonderem Pflegebedarf. Die Patientinnen und Patienten benötigen spezielle Infrastruktur sowie Pflegepersonal mit spezialisiertem Fachwissen.		
	Planmenge 2014		
	Einzelfall-Lösungen a) den Fall „Trachealkanülen“ vorausdenken. Mit einem Pflegezentrum den voraussichtlichen Ablauf klären/entwickeln. Ein „Krisenkonzept“ erarbeiten. b) weitere voraussehbare Fälle: vgl. a) c) nicht voraussehbare Fälle: Taskforce für spezialisierte Langzeitpflege bietet kompetente Unterstützungs- und Beratungsleistungen (z.B. Case-Management).		
	Kosten (CHF)		
	min.	max.	
	Einzelfall	Einzelfall	
	Nachweis Berechnung: - Die Pflegekosten im Pflegezentrum Gehrenholz in Zürich werden im Rahmen der ordentlichen Taxgestaltung abgerechnet (Gemeindeanteil für höchste Pflegestufe 12 im Jahr 2011: rund CHF 220 pro Tag).		
	Diverses		
	-		

15.	Konsiliardienst stationäre Einrichtungen		
	Leistungsbeschreibung/Definition		
	In enger Zusammenarbeit mit Hausärzten und Psychiatern sowie mit stationären Pflegeeinrichtungen werden psychische Erkrankungen im Alter abgeklärt und behandelt. Angehörige und Betreuende werden fachlich beraten und unterstützt. Das Behandlungsangebot richtet sich an ältere Menschen mit psychischen Krisen und Erkrankungen wie Depressionen, Angstzustände, wahnhafte Störungen, psychosomatische Leiden sowie Demenz. Die Zuger Gemeinden beantragen z.Hd. des Kantons, dass diese Leistungen durch den Ambulanten Psychiatrischen Dienst für		

Erwachsene (APD-E) erbracht werden und die entsprechenden Ressourcen bereitgestellt werden.		
Hinweise Versorgungsstruktur		
Der APD-E in Baar betreibt eine gerontopsychiatrische Abklärungs- und Beratungsstelle für Betroffene, Angehörige und Betreuende.		
Das Pflegezentrum Baar plant, den leitenden Arzt des Geriatrie-Zentrums im Rahmen eines Konsiliardienstes auch den Alters- und Pflegeheimen im Kanton Zug zur Verfügung zu stellen. Das Pflegezentrum hat bereits heute mit dem Kantonsspital Baar einen Vertrag für einen diesbezüglichen Konsiliardienst.		
Planmenge 2014		
600 bis 900 Std. Konsiliardienst		
Kosten (CHF)		
min.	max.	
0	0	
Nachweis Berechnung: Bei 1'000 Pflegeplätzen im Kanton Zug sind 10% bis 15% der Bewohnerinnen und Bewohner durch den Konsiliardienst abzuklären, d.h. 100 bis 150 Personen. Wenn davon ausgegangen wird, dass der Konsiliardienst pro Person alle 2 Monate ca. 1 Std. einsetzt, dann resultieren pro Jahr und Person rund 6 Std. Konsiliardienst. Im Falle von 100 bis 150 Personen ergibt sich ein Zeitaufwand von 600 bis 900 Std. Unter der Annahme eines Stundensatzes von CHF 150 resultiert ein Aufwand von CHF 90'000 bis 135'000. Die Zuger Gemeinden gehen davon aus, dass diese Leistungen durch den APD-E erbracht werden und die Kosten somit durch den Kanton getragen werden.		
Diverses		
-		

16.	Kinder-, Psycho- und Onkologie-Spitex
Leistungsbeschreibung/Definition	
a) Kinderspitex: ist im Leistungsauftrag vom 30. November 2010 der Zuger Gemeinden mit der Spitex Kanton Zug im Rahmen der Krankenpflegeleistungen enthalten. b) Ambulante psychiatrische Pflege: ist im Leistungsauftrag vom 30. November 2010 der Zuger Gemeinden mit der Spitex Kanton Zug im Rahmen der Krankenpflegeleistungen enthalten. c) Onkologie-Spitex: ist im Leistungsauftrag vom 30. November 2010 der Zuger Gemeinden mit der Spitex Kanton Zug im Rahmen der Krankenpflegeleistungen enthalten.	
Hinweise Versorgungsstruktur	
-	
Planmenge 2014	
a) Kinderspitex: Die Pflegestunden schwanken gemäss bisheriger Erfahrung stark und sind daher schwierig abschätzbar. Im Budget 2013 der Spitex Kanton Zug sind daher Mengen und Kosten nicht budgetiert. b) Ambulante psychiatrische Pflege: Die Pflegestunden sind in den KLV-Stunden der Spitex Kanton Zug mitbudgetiert und dort mengen- und kostenmässig enthalten. c) Onkologie-Spitex:	

	Die Pflegestunden sind in den KLV-Stunden der Spitex Kanton Zug mitbudgetiert und dort mengen- und kostenmässig enthalten.	
	Kosten (CHF)	
	min.	max.
	-	-
	Nachweis Berechnung: ...	
	Diverses	
	-	

8. Aufgeschobene Leistung: Spezialisierte Palliative Care (stationär), integriert in den Abteilungen der Alters- und Pflegeheime

Auf Bundesebene sind Anstrengungen im Gange, die Leistungen in der spezialisierten Palliative Care gemäss nachstehendem Leistungsbeschrieb gesetzlich gesamtschweizerisch zu regeln. Die AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ hat sich daher entschlossen, die Resultate dieser Arbeiten abzuwarten. Daher wird für nachfolgend beschriebene spezialisierte Palliative Care-Leistung zumindest vorerst kein gemeinsamer Leistungsauftrag vorgesehen.

	Spezialisierte Palliative Care (stationär), d.h. über 24 Std. - Integriert in den Abteilungen der Alters- und Pflegeheime mit Unterstützung eines mobilen Palliative-Care-Teams
	Leistungsbeschrieb/Definition
	Nebst einer spezialisierten Palliative Care in einer separaten Abteilung (siehe Kap. 7.4, Punkt 11) wird in jeder Langzeitpflege-Institution im Rahmen der Grundversorgung Palliative Care angeboten. Die Alters- und Pflegeheime sollten jedoch darauf eingerichtet sein, nebst einer Grundversorgung in Palliative Care auch Patienten pflegen zu können, welche vorübergehend zusätzliche spezifische Leistungen der spezialisierten Palliative Care benötigen, z.B. bei schubweisem Krankheitsverlauf, einer Verstärkung der Symptomatik sowie längeren Phasen der Instabilität. Der Übergang zwischen Grundversorgung und spezialisierter Palliative Care ist fließend.
	Für die Grundversorgung benötigen die Pflegenden in den Langzeitpflege-Institutionen palliative Basiskompetenzen. Es kann z.B. eine Pflegefachperson im Heim als Experte für Palliativ-Pflege berufsbegleitend weitergebildet werden und dieses Wissen den Kollegen weitergeben. Es ist in kleineren Institutionen von Vorteil, wenn die Pflegeleitung resp. - wenn vorhanden - die Stellvertretung selbst Experte für Palliative Care ist.
	In instabilen Phasen oder bei erhöhter Komplexität im Krankheitsverlauf wird in den Langzeitpflege-Institutionen zur Unterstüt-

zung des regulären Pflege- und Betreuungsteams punktuell ein spezialisiertes Palliative-Care-Team beigezogen. Dadurch kann die spezialisierte Palliative Care in jedem Heim sichergestellt werden, damit die Patienten nicht verlegt werden müssen. Für die Realisierung dieses Angebots wäre z.B. eine Synergienutzung mit dem Spitex-Angebot der ambulanten Palliative Care denkbar (siehe Kap. 7.4, Punkt 10).		
Hinweise Versorgungsstruktur		
Planmenge		
Mengenschätzung bei Bedarf in Zukunft erstellen.		
Kosten (CHF)		
min.	max.	
...	...	
Nachweis Berechnung: <i>Kosten für die Grundversorgung in Palliative Care werden gemäss Pflegeeinstufungssystem 1 – 12 bereits heute im Rahmen der Pflegefinanzierung abgerechnet. Diese können aufgrund fachspezifischer Weiterbildung des Pflegepersonals in der Palliative Care noch genauer abgerechnet werden (z.B. Koordinative Tätigkeiten werden durch Krankenkassen mitfinanziert), wodurch auch Sparpotenzial entsteht.</i> <i>Kosten für komplexe palliative Pflegesituationen sollten leistungsmässig erfasst und das mobile Palliative-Care-Team der Spitex als spezialisierte Langzeitpflege finanziert werden.</i>		
Diverses		
Die „Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care“ dienen als Entscheidungshilfe, wann der Beizug von spezialisierten Fachpersonen oder die Zuweisung in eine spezialisierte Palliative Care-Einrichtung angezeigt ist. Kostenloser Bezug der Indikationskriterien unter: www.bag.admin.ch/Palliativecare Auf Bundesebene sind Anstrengungen im Gang, diese Leistung gesamtschweizerisch zu regeln. Siehe auch das Positionspapier der Curaviva Schweiz vom 6. April 2011 zur Umsetzung der nationalen Strategie Palliative Care in stationären Langzeitpflege-Institutionen (www.curaviva.ch).		

9. Empfehlungen an die Gemeinden für individuelle, ergänzende Angebote/Massnahmen in der spezialisierten Langzeitpflege

9.1 Überbrückungspflege

Mit der Überbrückungspflege werden Betten zur Verfügung gestellt, die von Langzeitpflegepatienten belegt werden, die auf einen freien Platz in einem geeigneten Pflegezentrum warten (Zwischenlösung). Die AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ kam zum Schluss, dass dieses Bedürfnis mit 1 bis 2 Betten auch nur in beschränktem Ausmass abgedeckt werden kann (wenn z.B. drei oder mehr Betagte zur selben Zeit auf einen Platz warten). Daher

wird kein gemeinsamer Leistungsauftrag vorgesehen. Insbesondere ist man der Ansicht, dass mit der Empfehlung an die Gemeinden, die bisherigen Zielgrössen für die Bettenauslastung in den Pflegeheimen leicht zu reduzieren, das Bedürfnis besser abgedeckt werden kann. Zugleich ist über die Curaviva-Zug-Plattform ersichtlich, wo freie Plätze zur Verfügung stehen.

9.2 Pflegeplätze für Patienten mit chronischen Wunden

Allenfalls sind individuell nach Bedarf Wundspezialisten zuzuziehen.

9.3 Pflegeplätze für schwere Patienten >140 kg

Es braucht technische Massnahmen. Allenfalls ist nach Bedarf in einem Alters- oder Pflegeheim ein spezielles Bett anzuschaffen/zu mieten.

9.4 Spezialisierte Abteilungen für infektiologische Probleme (MRSA, ESBL)

Die Thematik kommt auf die Zuger Gemeinden zu. Die Entwicklung ist im Auge zu behalten.

9.5 Pflege von Migrantinnen und Migranten

Als mögliche Leistung im Bereich der spezialisierten Langzeitpflege wurde in der AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ die Migrantenpflege diskutiert. Darunter wird eine Langzeitpflege verstanden, die in der Lage ist, auf kulturelle Unterschiede und daraus resultierende Pflege- und Betreuungsbedürfnisse sowie Bedürfnisse an die Hotellerie einzugehen. Die AG empfiehlt, solche Leistungen derzeit nicht in den Bereich der „Spezialisierten Langzeitpflege Kanton Zug“ aufzunehmen. Sie ist der Meinung, dass es zur Alltagsarbeit des einzelnen Pflegezentrums gehört, solche kulturbedingte Anforderungen zu erfüllen.

Die AG empfiehlt indes den Gemeinden, sich zusammen mit den Pflegezentren mit dieser Thematik zu beschäftigen. Die AG geht davon aus, dass diese Thematik an Bedeutung zunehmen wird.

9.6 Ambulantes IT-Coaching

Empfehlung an Gemeinden für individuelle Ausgestaltung von Massnahmen, da Potenzial für Kostendämpfung (Kommunikationsgeräte PC; Skyping für Kommunikation; IT-Shopping; e-home-Unterstützung; einrichten/justieren von Alarmgeräten/Infrarotsensor in Küche, etc.)

9.7 Home-Anpassungen an Menschen mit Behinderung

inkl. Elektromobil und Treppenlift, Schwellen entfernen (nützt viel und kostet wenig; verhilft Betagten zu grosser Autonomie)

9.8 Home Coiffeur-, Fusspflege-, Haustierbetreuungs-Dienst

Die Alltagsassistenten der Pro Senectute Kanton Zug bieten solche Dienstleistungen an. Die Gemeinden können mit der Pro Senectute für die Alltagsassistenten individuelle Leistungsvereinbarungen abschliessen.

9.9 Behinderten-, Rollstuhl-Taxidienst zu ÖV-Tarif

Das Behindertentaxi „Tixi Zug“ wird vom Kanton Zug subventioniert. Die Fahrkosten für die Kunden liegen jedoch über den ÖV-Tarifen.

9.10 Betreuung zu Hause statt im Ferienbett

Wenn eine angehörige Betreuungsperson in die Ferien geht und die zu betreuende Person zu Hause gepflegt werden soll, kann die Gemeinde statt eines Beitrages für ein Ferienbett einen Beitrag an einen Entlastungsdienst für die Betreuung zu Hause leisten.

10. Phase 3: Organisations-/Rechtsform ermitteln

Zeit: 20. September 2012 bis 28. Februar 2013

10.1 Vorgehen

An der Sitzung der AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ vom 20. September 2012 wird Christian Bollinger beauftragt, in Absprache mit Barbara Hotz und Othmar Hausheer die möglichen Aufgaben der zukünftigen Organisation der spezialisierten Langzeitpflege in einer Liste zusammenzutragen. Dies erfolgt in Anlehnung an die bestehende „Verwaltungsvereinbarung der Zuger Einwohnergemeinden über die Spitexkommission der Gemeinden des Kantons Zug (SpiGZ)“ und die „Verwaltungsvereinbarung der Zuger Einwohnergemeinden über die gemeinsame Fachstelle zur Kostenkontrolle bei Langzeitpflege und Spitex“. Im Rahmen dieses Auftrages wurde z.Hd. der AG-Sitzung vom 4. Oktober 2012 ein Entwurf für eine Verwaltungsvereinbarung der Zuger Einwohnergemeinden über die gemeinsame Organisation der Langzeitpflege und Spitex im Kanton Zug erarbeitet.

An der Sitzung der AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ vom 4. Oktober 2012 beschliesst die AG nach einer Einstiegsdiskussion folgendes weiteres Vorgehen:

- Der vorliegende Entwurf umschreibt im Grundsatz die aus Sicht der AG zukünftig sinnvolle Organisation.

- Der Vorschlag zur Organisationsform wird auf dieser Grundlage zHd. der SOVOKO eingereicht.

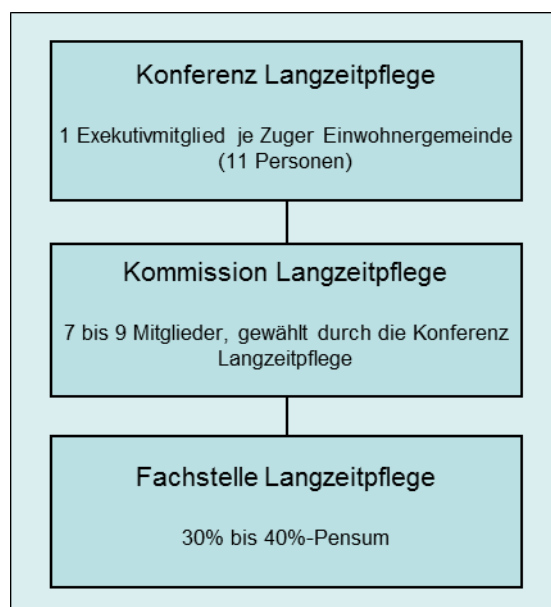
In den anschliessenden Detailberatungen in den AG-Sitzungen vom 4. Oktober 2012, 6. Dezember 2012 und 24. Januar 2013 wurde der Vorschlag bereinigt. Dabei sind auch die Empfehlungen von Frau Béatrice Gross, stellvertretende Generalsekretärin der Gesundheitsdirektion des Kantons Zug, und von Herrn Beat Moos, Rechtskonsulent der Stadt Zug, eingeflossen.

Der durch die AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ an der AG-Sitzung vom 28. Februar 2013 verabschiedete Vorschlag ist im Anhang 1 „Vereinbarung der Zuger Einwohnergemeinden über die gemeinsame Organisation Langzeitpflege der Gemeinden des Kantons Zug“ beigelegt. Dieser Vorschlag wird auch von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zug unterstützt.

10.2 Rechtsform/Organisation

Die Steuerung und Verwaltung der Leistungen in der spezialisierten Langzeitpflege und in der Akut- und Übergangspflege soll auf der Basis einer Verwaltungsvereinbarung (Rechtsgrundlage) erfolgen.

Gemäss nachstehendem Organigramm wird vorgesehen, dass die Arbeiten in der Konferenz Langzeitpflege, in der Kommission Langzeitpflege sowie in der Fachstelle Langzeitpflege erfolgen. Die langfristigen und eher strategischen Entscheide, wie z.B. Festlegen der Leistungsangebote in der spezialisierten Langzeitpflege oder Festlegen der Höhe der Patientenbeteiligung in der Langzeitpflege erfolgen durch die Konferenz Langzeitpflege.



Im Zusammenhang mit der Diskussion der Entscheidungsfindung resp. der Verteilung der Stimmrechte in der Konferenz-Langzeitpflege standen folgende zwei Varianten im Vordergrund:

- jede Einwohnergemeinde verfügt über ein Stimmrecht
- die Stimmrechte sind nach den Einwohnerzahlen je Gemeinde verteilt.

In nachstehender Tabelle sind die Argumente aufgeführt, welche die AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ im Wesentlichen in der Diskussion der Verteilung der Stimmrechte berücksichtigte:

Gleichwertige Stimmrechte	Stimmrechte nach Einwohnerzahlen
Die Gemeinderäte werden als gleichwertig erachtet.	Die Grösse der Gemeinde wird für die Entscheidungen berücksichtigt.
Die kleineren Gemeinden werden vor Ausweitungen der Leistungen besser geschützt.	Die umfangmässig grössere Belastung durch Entscheide wird besser berücksichtigt.
Leistungsausweitungen sind im Allgemeinen ein Anliegen grösserer Gemeinden.	
Der Leistungsbezug ist gerade in der spezialisierten Langzeitpflege nicht direkt von den Einwohnerzahlen abhängig.	Der mutmassliche Leistungsbezug nach Menge wird besser abgebildet.
Es ist eine Mehrheit der Gemeinden für einen Beschluss notwendig.	Zug, Baar und eine weitere grössere Gemeinde haben die Stimmenmehrheit.
Qualifiziertes Mehr kann die Ausgangslage entschärfen.	Qualifiziertes Mehr kann die Ausgangslage entschärfen.
	Die Bevölkerung des Kantons Zug soll die gleichen Leistungen nach einheitlichen Kriterien beziehen können.
Stimmenverhältnis stimmt eher mit der Zuständigkeit des Gemeinderates überein.	Andere Stimmenverhältnisse könnten eine Gemeindeversammlungsentscheid voraussetzen.
Breitere Abstützung der Entscheide durch die Teilnahme mehrerer Exekutivmitglieder.	Personell grösserer Aufwand für Exekutivmitglieder. Einfachere Terminfindung Einfachere Organisationsform durch weniger Personen.

Nach eingehendem Abwägen der Argumente und nach Rücksprache mit Herrn Beat Moos, Rechtskonsulent der Stadt Zug, gelangte die AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ an der Sitzung vom 6. Dezember 2012 zum Schluss, dass jede Gemeinde über ein Stimmrecht verfügen soll (Details vgl. Anhang 1: Vereinbarung der Zuger Einwohnergemeinden über die gemeinsame Organisation Langzeitpflege der Gemeinden des Kantons Zug).

Im Zusammenhang mit der Diskussion, ob die Leistungsvereinbarung der Zuger Gemeinden mit dem Verein Spitex Kanton Zug über die Spitex-Basisleistungen (vgl. Leistungsvereinbarung vom 30. November 2010) durch

die Konferenz Langzeitpflege oder durch jede Gemeinde einzeln unterzeichnet werden soll, wurden die nachfolgend angeführten Argumente abgewogen:

Separate Lösung Spitexbasisleistungen	Einbezug der Spitexbasisleistungen
Die Basisdienstleistungen der Spitex sind keine spezialisierte Langzeitpflege.	Kinder-, Psychiatrie-, Onkologie- und palliative Spitex gelten als spezialisierte Langzeitpflege und sind sowieso gemeinsam zu regeln.
Gegen eine befürchtete Fremdbestimmung im Bereich der Basis-Spitexleistungen besteht Widerstand.	Die Spitexbelange werden als gemeinsam definierte Aufgabe im gleichen Modus entschieden.
Die Entscheidungsautonomie der Gemeinden wird gewahrt.	Doppelspurigkeiten können vermieden werden.
Schrittweises Vorgehen bleibt möglich.	Gemeinsame Lösung von Beginn weg.
Neue Organisationsform umfasst nur die Geschäfte gemäss Spitalgesetz.	Die neue Organisationsform rechtfertigt sich eher bei einem grösseren finanziellen Umfang. Die Basisleistungen der Spitex bilden dabei einen wesentlichen Anteil.

Die AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ gelangte in der Sitzung vom 6. Dezember 2012 zum Entschluss, dass für die Spitex-Basisleistungen wie bis anhin eine gemeinsame separate Leistungsvereinbarung geführt wird, die von jeder Gemeinde unterzeichnet werden muss.

Die Kommission Langzeitpflege nimmt vor allem Aufgaben wahr, die im Jahres- oder Quartalsrhythmus entstehen. Dazu gehören z.B. Aufgaben wie Leistungsvereinbarungen aushandeln, Tarife und Abgeltungen der Gemeinden zu verhandeln oder die Entwicklung der Leistungsmengen und deren Qualität zu verfolgen und bei Bedarf im Sinne der Gemeinden die entsprechenden Korrekturen zu veranlassen. Die „Vereinbarung der Zuger Einwohnergemeinden über die gemeinsame Organisation Langzeitpflege der Gemeinden des Kantons Zug“ sieht vor, dass die Aufgaben der Spitex-Kommission der Gemeinden des Kantons Zug (SpiGZ) in Personalunion durch die Kommission Langzeitpflege wahrgenommen werden (vgl. Anhang 1, Kapitel 5.1).

Die Fachstelle Langzeitpflege unterstützt, begleitet und berät die Konferenz Langzeitpflege und die Kommission Langzeitpflege.

Wie erwähnt, sind die Aufgaben und Kompetenzen der drei Organisationseinheiten detailliert im Anhang 1 „Vereinbarung der Zuger Einwohnergemeinden über die gemeinsame Organisation Langzeitpflege der Gemeinden des Kantons Zug“ umschrieben.

Mit Inkrafttreten der „Vereinbarung der Zuger Einwohnergemeinden über die gemeinsame Organisation Langzeitpflege der Gemeinden des Kantons Zug“ werden folgende Beschlüsse aufgehoben:

- Verwaltungsvereinbarung der Zuger Einwohnergemeinden über die gemeinsame Fachstelle zur Kostenkontrolle Langzeitpflege und Spitex
- Vereinbarung bezüglich Kantonale Tarifgruppe Langzeitpflege (KTL) als Verhandlungspartner der Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm.

11. Phase 4: Weiteres Vorgehen / Umsetzung durch die SOVOKO

Zeit: 1. März 2013 bis 30. Juni 2013

Die AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ empfiehlt der SOVOKO resp. den Zuger Gemeinden, bis zu den Sommerferien 2013 ihr Mitglied und dessen Vertretung für die Konferenz Langzeitpflege bzw. die Kommission Langzeitpflege zu bestimmen. Nach den Sommerferien soll die Konferenz Langzeitpflege die Arbeit aufnehmen. Insbesondere soll die Konferenz Langzeitpflege bis zum 31. August 2013 die Mitglieder der Kommission Langzeitpflege einsetzen. Danach können beide Gremien die Arbeiten gemäss der getroffenen Vereinbarung über die gemeinsame Organisation Langzeitpflege der Gemeinden des Kantons Zug aufnehmen.

Die detaillierten Anträge der AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ an die SOVOKO sind dem Begleitbrief zum vorliegenden Bericht an die SOVOKO vom 1. März 2013 zu entnehmen.

Zusätzlich hat die AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ zuhanden der Gemeinden die „Muster“- Gemeinderatsbeschlüsse 1 und 2 vorbereitet.

Der vorliegende Schlussbericht wurde planmässig am 5. März 2013 von der AG „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz“ verabschiedet.

12. Anhang 1: Vereinbarung der Zuger Einwohnergemeinden über die gemeinsame Organisation Langzeitpflege der Gemeinden des Kantons Zug

(Regelung der gemeinsamen Aufgabenerfüllung bei der Akut- und Übergangspflege, der einheitlichen Taxgestaltung und der Patientenbeteiligung, Regelung der spezialisierten Langzeitpflege und der vertraglich geregelten gemeinsamen Aufgaben im Bereich der Spitex)

Die Stadt Zug

Die Einwohnergemeinde Oberägeri

Die Einwohnergemeinde Unterägeri

Die Einwohnergemeinde Menzingen

Die Einwohnergemeinde Baar

Die Einwohnergemeinde Cham

Die Einwohnergemeinde Hünenberg

Die Einwohnergemeinde Steinhausen

Die Einwohnergemeinde Risch

Die Einwohnergemeinde Walchwil

Die Einwohnergemeinde Neuheim

schliessen

die nachstehende Vereinbarung über die gemeinsame Organisation der Langzeitpflege der Gemeinden des Kantons Zug ab.

1. Gesetzliche und vertragliche Grundlagen

1.1 Das Spitalgesetz des Kantons Zug (BGS 826.11) verpflichtet die Gemeinden in § 7a Abs. 1 und 2 zu folgenden gemeinsamen Aufgaben:

- Leistungsaufträge für die spezialisierte Langzeitpflegeversorgung festzulegen und die Abgeltung zu regeln
- Leistungsaufträge für die Akut- und Übergangspflege festzulegen und die Abgeltung zu regeln
- im Rahmen des Bundesrechtes (Art. 25a Abs. 5 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) die Patientenbeteiligung für ambulante und stationäre Pflegeleistungen für das Kantonsgebiet einheitlich festzulegen
- dafür zu sorgen, dass die Taxberechnung für die Langzeitpflege einheitlich erfolgt

- 1.2 Vertraglich haben sich die Einwohnergemeinden zur gemeinsamen Organisation der Spitexleistungen verpflichtet (Verwaltungsvereinbarung der Zuger Einwohnergemeinden über die Spitexkommission der Gemeinden des Kantons Zug [SpiGZ] aus dem Jahr 2008).

2. Art und Umfang der Zusammenarbeit

- 2.1 Mit dieser Vereinbarung regeln die Zuger Einwohnergemeinden die gesetzlich notwendige und vertraglich vereinbarte gemeinsame Aufgabenerfüllung bei der Organisation, Finanzierung und Durchführung der Leistungen zu Gunsten der pflegebedürftigen Einwohnerinnen und Einwohner.
- 2.2 Die Zusammenarbeit umfasst:
- die gemeinsamen Aufgaben gemäss Spitalgesetz des Kantons Zug
 - die vertraglich geregelte gemeinsame Organisation der Spitexleistungen
- 2.3 Die Einwohnergemeinden organisieren diese gemeinsamen Aufgaben zusammen. Sie schaffen dazu die notwendigen gemeinsamen Entscheidungs-, Verwaltungs- und Kontrollstrukturen.
- 2.4 Als Ansprechpartner der Leistungserbringenden in der spezialisierten Langzeitpflege und der spitalexternen Krankenpflege setzen die Zuger Einwohnergemeinden die Konferenz Langzeitpflege, die Kommission Langzeitpflege und die Fachstelle Langzeitpflege ein.
- 2.5 Delegiert werden Kompetenzen der Gemeindeexekutiven in der gesetzlichen Aufgabenerfüllung der Langzeitpflege. Die Befugnisse der Gemeindeversammlungen sind nicht betroffen.

3. Organisation

- 3.1 Unter dem Namen „Organisation Langzeitpflege der Gemeinden des Kantons Zug“ betreiben die Vertragsgemeinden eine gemeinsame Verwaltungsstelle im Sinne von § 40 Abs. 1 Ziff. 3 des Gesetzes über die Organisation und die Verwaltung der Gemeinden vom 4. September 1980 (Gemeindengesetz, GG; BGS 171.1).
- 3.2 Die „Organisation Langzeitpflege der Gemeinden des Kantons Zug“ besteht aus folgenden Gremien:
- Konferenz Langzeitpflege (strategisch-politische Ebene)

- Kommission Langzeitpflege (vorbereitende strategische Ebene, operative Entscheidungen)
- Fachstelle Langzeitpflege (operative Ebene)

3.3 Die Organisation Langzeitpflege der Gemeinden des Kantons Zug handelt namens und im Auftrag der Gemeindeexekutiven.

4. Konferenz Langzeitpflege

4.1 Zusammensetzung und Stimmberechtigung

Die Konferenz Langzeitpflege wird aus Exekutivmitgliedern der Gemeinden gebildet. Jede Gemeinde verfügt über eine Stimme. Jede Gemeinde bezeichnet das stimmberechtigte Mitglied sowie dessen Stellvertretung. An den Sitzungen der Konferenz nimmt die Kommission Langzeitpflege teil.

4.2 Sitzungen, Vorsitz, Entschädigungen

Die Konferenz tritt mindestens einmal jährlich zusammen. Sie konstituiert sich selbst und regelt den Vorsitz. Mitglieder der Kommission Langzeitpflege können nicht als Mitglied der Konferenz Langzeitpflege delegiert werden. Die stimmberechtigten Mitglieder der Konferenz Langzeitpflege werden durch die jeweilige Gemeinde entschädigt.

4.3 Aufgaben und Kompetenzen der Konferenz Langzeitpflege:

- Abschliessen von Leistungsvereinbarungen mit Leistungserbringern für die spezialisierte Langzeitpflege
- Festlegen der Höhe der Patientenbeteiligung für ambulante und stationäre Pflegeleistungen gemäss Bundesrecht
- Wählen und Abberufen der Mitglieder der Kommission Langzeitpflege
- Wählen und Abberufen des Präsidiums der Kommission Langzeitpflege
- Festlegen der einheitlichen Taxberechnung
- Entscheide über Art und Umfang der Angebote in der spezialisierten Langzeitpflege
- Entscheide über die Betriebskosten der Fachstelle Langzeitpflege und der Kommission Langzeitpflege

- 4.3.1 Von den Aufgaben der Konferenz Langzeitpflege ausdrücklich ausgenommen sind diejenigen Aufgaben, die in der Verwaltungsvereinbarung über die Spitexkommission der Gemeinden und in der Leistungsvereinbarung mit dem Verein Spitex Kanton Zug für die Spitex-Basisleistungen geregelt sind. Wird in diesem Zusammenhang eine Entscheidung notwendig, wird er von der Kommission Langzeitpflege vorbereitet und allen Gemeinden zur Genehmigung zugestellt.
- 4.3.2 Bei den nachstehenden Entscheidungen ist ein qualifiziertes Mehr von 2/3 der anwesenden Stimmen notwendig:
- Leistungsvereinbarungen mit den Leistungserbringenden der spezialisierten Langzeitpflege
 - Höhe der Patientenbeteiligung für ambulante und stationäre Pflegeleistungen gemäss Bundesrecht
- 4.3.3 Folgende Entscheidungen sind von der Konferenz Langzeitpflege durch Mehrheitsentscheid der Anwesenden zu treffen. Bei Stimmengleichheit trifft der/die Vorsitzende den Stichentscheid.
- Wählen und Abberufen der Mitglieder der Kommission Langzeitpflege
 - Wählen und Abberufen des Präsidiums der Kommission Langzeitpflege
 - Festlegen der einheitlichen Taxberechnung
 - Entscheide über Art und Umfang der Angebote in der spezialisierten Langzeitpflege
 - Entscheide über die Betriebskosten der Fachstelle Langzeitpflege und der Kommission Langzeitpflege

5. Kommission Langzeitpflege

5.1 Grundauftrag

Die Kommission Langzeitpflege handelt im Auftrage der Gemeinden gegenüber den Leistungserbringenden. Sie sorgt für die Erarbeitung der Grundlagen für die gemeinsame Aufgabenerfüllung. Sie übernimmt die Aufgaben der Spitexkommission gemäss Verwaltungsvereinbarung über die Spitexkommission der Gemeinden des Kantons Zug vom 18.03.2008 und der Ergänzung zur freiberuflichen Pflege vom 30.11.2010.

5.2 Zusammensetzung und Wahl

Die Kommission Langzeitpflege besteht aus 7-9 Personen. Sie wird von der Konferenz Langzeitpflege gewählt und eingesetzt. Als Mitglieder wählbar sind Gemeinderatsmitglieder und Mitarbeitende der Zuger Einwohnergemeinden, des Kantons oder ausgewiesene Fachpersonen. Die Leitung der Fachstelle Langzeitpflege nimmt mit beratender Stimme an den Sitzungen teil.

5.3 Sitzungen und Entschädigung

Die Kommission Langzeitpflege trifft sich nach Bedarf. Sie kann Ausschüsse bilden und externe Fachpersonen beiziehen. Die Kommission Langzeitpflege trifft Mehrheitsentscheide. Bei Stimmengleichheit trifft der/die Vorsitzende den Stichentscheid. Die Mitglieder der Kommission Langzeitpflege werden durch alle Gemeinden gemäss Ziff. 7.2 gemeinsam entschädigt. Für die Exekutivmitglieder und die Angestellten der Gemeinden gelten die kantonalen Ansätze für Sitzungsgelder.

5.4 Ausstand

Die Mitglieder der Kommission Langzeitpflege beachten die Regelungen der Ausstandspflicht gemäss § 10 des Gemeindegesetzes des Kantons Zug.

5.5 Aufgaben und Kompetenzen der Kommission Langzeitpflege

5.5.1 Die Kommission Langzeitpflege organisiert sich selber.

5.5.2 Sie erarbeitet und beantragt der Konferenz Langzeitpflege Entscheidungen in folgenden Geschäften:

- Leistungsvereinbarungen in der spezialisierten Langzeitpflege
- Höhe der Patientenbeteiligung für ambulante und stationäre Pflegeleistungen gemäss Bundesrecht
- Tarifschemata zur Berechnung der Vollkosten und der Gemeindebeiträge
- Budget und Rechnung der Fachstelle Langzeitpflege

5.5.3 Sie handelt und entscheidet im Auftrag der Gemeinden gegenüber den Leistungserbringenden auf folgenden Gebieten:

- bei der Verhandlung der Leistungsvereinbarungen und Tarifschemata
- bei den Verhandlungen über die Vollkosten pro Leistungseinheit und die Gemeindebeiträge

- bei den Verhandlungen über die Tarife und die Abgeltung durch die Gemeinden
 - beim strategischen und operativen Leistungs-, Ergebnisqualitäts- und Finanzcontrolling
- 5.5.4 Sie reicht die notwendigen Grundlagen für den Rahmentarif der Leistungen der spezialisierten Langzeitpflege bei der Gesundheitsdirektion ein.
- 5.5.5 Sie informiert die Einwohnergemeinden.
- 5.5.6 Sie wählt die Fachstelle Langzeitpflege und erlässt die notwendigen organisatorischen Regelungen.

6. Fachstelle Langzeitpflege

6.1 Zusammensetzung und Organisation

Die Fachstelle Langzeitpflege wird aus einer oder mehreren Personen gebildet. Sie wird als eigenständige Organisationseinheit einer Einwohnergemeinde geführt und untersteht deren administrativer Aufsicht. Fachlich ist sie der Kommission Langzeitpflege unterstellt.

6.2 Führung der Fachstelle Langzeitpflege im Auftragsverhältnis

Wird die Fachstelle im Auftragsverhältnis durch Dritte geführt, schreibt die zuständige Einwohnergemeinde die Tätigkeit der Fachstelle Langzeitpflege aus. Die Wahl erfolgt durch die Kommission Langzeitpflege. Es wird mit der ausgewählten Person oder Organisation ein Vertrag gemäss OR abgeschlossen.

6.3 Aufgaben und Kompetenzen der Fachstelle Langzeitpflege

Die Fachstelle Langzeitpflege unterstützt die Kommission Langzeitpflege in fachlicher und administrativer Hinsicht. Sie ist für folgende Tätigkeiten und Leistungsziele verantwortlich:

- Stellen von Anträgen an die Kommission Langzeitpflege
- Erarbeiten von Grundlagen zuhanden der Kommission Langzeitpflege:
 - zum Leistungsangebot der spezialisierten Langzeitpflege
 - zum Leistungsangebot der Spitex
 - zur Entwicklung im Schweizer Gesundheitswesen
- Begleiten, Beraten und Unterstützen der Kommission in ihren Aufgaben und im Kontrahierungsprozess mit den Leistungserbringenden

- Einholen und Führen der Daten für das Leistungs-, Ergebnisqualitäts- und Finanzcontrolling
- Erstellen von Statistiken und Kennzahlen gemäss den Bedürfnissen der Kommission
- Erarbeiten der Tarifschemata für die Leistungen in der Akut- und Übergangspflege, der spezialisierten Langzeitpflege, der Spitexleistungen und der gemeindlichen Langzeitpflege
- Führen der Sekretariate der Konferenz Langzeitpflege und der Kommission Langzeitpflege

6.4 Die Fachstelle Langzeitpflege hat die ihr übertragenen Aufgaben sorgfältig und mit der notwendigen fachlichen Qualität auszuführen. Die Unterlagen zuhanden der Kommission und der Konferenz Langzeitpflege sind jeweils vollständig und rechtzeitig abzugeben.

6.5 Die Fachstelle ist berechtigt, alle Daten, die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendig sind, direkt bei den Einwohnergemeinden und den Leistungserbringenden einzuholen.

7. Finanzielles

7.1 Jede Vertragsgemeinde trägt die gemeindlichen Kosten für die von Leistungserbringenden erbrachten Dienstleistungen für die jeweiligen Einwohnerinnen und Einwohner selber.

7.2 Für die Entschädigung der Kommission Langzeitpflege und die Finanzierung der Fachstelle Langzeitpflege wird ein Budget erstellt. Die entsprechenden Kosten werden unter den Vertragsgemeinden nach Massgabe der Bevölkerungszahl am 31.12. des Vorjahres aufgeteilt.

7.3 Für ausserordentliche Aufwendungen hat die Kommission bei den Vertragsgemeinden ein entsprechendes Kreditbegehren einzureichen. Die Kostentragung erfolgt in der Regel nach Massgabe der Bevölkerungszahl am 31.12. des Vorjahres.

8. Streitbeilegung

Streitigkeiten zwischen den Vertragsgemeinden betreffend die vorliegende Verwaltungsvereinbarung sind nach Möglichkeit gütlich beizulegen. Dasselbe gilt für Streitigkeiten zwischen der Kommission Langzeitpflege und den Leistungserbringenden.

9. Vereinbarungsdauer

- 9.1 Diese Vereinbarung wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.
- 9.2 Jede Vertragspartei kann diese Vereinbarung unter Einhaltung einer Frist von einem Jahr auf das Ende eines Kalenderjahres kündigen.
- 9.3 Kündigt eine Vertragspartei, gilt die vorliegende Verwaltungsvereinbarung für die übrigen Vertragsparteien unverändert weiter, sofern sie noch von mindestens sechs Einwohnergemeinden fortgeführt wird.

10. Inkrafttreten und aufgehobene Vereinbarungen

- 10.1 Diese Vereinbarung tritt in Kraft, sobald sie von der Gesundheitsdirektion genehmigt und von sechs Einwohnergemeinden rechtsgültig unterzeichnet worden ist.
- 10.2 Mit dem Inkrafttreten werden für die angeschlossenen Gemeinden die nachstehenden Vereinbarungen aufgehoben:
 - Verwaltungsvereinbarung der Zuger Einwohnergemeinden über die gemeinsame Fachstelle zur Kostenkontrolle bei Langzeitpflege und Spitex
 - Vereinbarung bezüglich Kantonale Tarifgruppe Langzeitpflege (KTL) als Verhandlungspartnerin der Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm

Genehmigt durch die angeschlossenen Einwohnergemeinden:

.....

13. Anhang 2: Kosten 2010/2011 der Zuger Gemeinden im Langzeitpflegebereich

Gemeinde	2010 (Fr.)				2011 (Fr.)		
	Alters-Pflegeheime	Spitex	TOTAL		Alters-Pflegeheime	Spitex	TOTAL
Baar	3'984'518	1'408'559	5'393'077		4'029'034	1'439'492	5'468'526
Cham	2'261'634	1'228'018	3'489'652		2'269'682	1'383'250	3'652'932
Hünenberg	853'410	517'767	1'371'177		910'902	600'858	1'511'760
Menzingen	583'738	467'395	1'051'133		514'631	370'816	885'447
Neuheim	75'575	183'422	258'996		141'742	205'856	347'599
Oberägeri	746'570	470'015	1'216'585		793'251	499'852	1'293'103
Risch	1'061'760	666'591	1'728'351		1'156'506	523'229	1'679'735
Steinhausen	1'076'698	625'663	1'702'361		1'046'220	559'251	1'605'471
Unterägeri	1'522'452	681'076	2'203'528		1'492'700	704'063	2'196'763
Walchwil	572'762	584'723	1'157'485		633'318	515'479	1'148'797
Zug	7'579'322	3'811'905	11'391'226		7'596'894	3'572'628	11'169'522
Total Gemeinde	20'318'437	10'645'134	30'963'571		20'584'880	10'374'775	30'959'655

Quelle: Christian Bollinger, Leiter Soziales und Gesundheit Gemeinde Hünenberg, 21. August 2012

Gemäss dem von der Spitex-Kommission der Zuger Gemeinden (SpiGZ) geführten Leistungscontrolling wurden im Jahre 2011 durch die freiberuflichen Spitex-Anbieter KLV-Leistungen im Umfang von rund CHF 350'000 erbracht. Die Zuger Gemeinden bezahlten im Jahre 2011 somit im Bereich der Langzeitpflege Leistungen im Umfang von rund CHF 31.5 Mio.

14. Anhang 3: E-Mail Frau Doris Ruckstuhl, Verein Spitex Kanton Zug, zu Nachtspitex und Palliative Care nachts, vom 10. August 2012

>>> Doris Ruckstuhl, 10.08.2012 >>>

Sehr geehrte Frau Zeiter

Zu Ihren beiden Fragen im Schreiben vom 18. Juli 2012 nehme ich sehr gerne Stellung:

1. Wie umschreiben Sie für Ihre Institution die Dienstleistung der ambulanten Palliative Care nachts sowie der Nachtspitex (Definition der Leistungen einzeln pro Angebot sowie in Kombination beider Angebote)?

Unter Spitex-Nachtdienst verstehen wir alle KLV-Einsätze, welche nachts geleistet werden. Insofern ist Palliative Care ein Teil der Nachtspitex.

Die KLV-Dienstleistungen nachts entsprechen den Leistungen gemäss KLV Art. 7 und unterscheiden sich demnach inhaltlich nicht von jenen tagsüber. Unterschiedlich ist jedoch der Bedarf. Nachts werden Leistungen der Grundpflege und der Behandlungspflege erbracht. Für den Nachtdienst muss daher eine diplomierte Pflegefachperson im Einsatz sein.

Einige typische pflegerische Leistungen nachts sind:

Medikation / Umlagerungen / Grundpflege bei Inkontinenz /Toilettengänge / Hilfe bei zu Bett gehen/aufstehen, Transfer / evtl. Kontrollbesuche / Notfall-einsätze (bei bestehenden Kunden)

2. Mit welchen Kosten hätten die Gemeinden bei Ihnen für das oben aufgeführte Angebot der ambulanten Palliative Care nachts sowie der Nachtspitex zu rechnen (Kostenschätzung abzüglich der Eigenbeiträge und der Beiträge der Krankenversicherer; wiederum Angaben pro Angebot und auch in Kombination beider Dienstleistungen in der Nacht)?

Für KLV-Leistungen nachts gelten gemäss KLV die gleichen Tarife wie tagsüber. Es dürfen dem Kunden keine Zuschläge verrechnet werden. Die Tarife sind demnach:

Beratung CHF 79.80 / Behandlungspflege CHF 65.40 / Grundpflege CHF 54.60

Ebenso bleibt die Patientenbeteiligung gleich: 10% des fakturierten KLV-Betrags pro Tag bis max. CHF 15.95.

Will ein 24-h-Dienst eingeführt werden, heisst dies, dass die Kosten pro Stunde abhängig sind von den verrechneten Stunden pro Nacht. Einsatzlücken sind sogenannte nicht verrechenbare Vorhaltekosten.

Darum macht Sinn, wenn bei einem allfälligen Nachtdienst alle Gemeinden mitmachen. Eine Unterscheidung zwischen Palliative Care nachts und Nachtdienst allgemein ist nicht sinnvoll und auch kaum umsetzbar (Sterbenden würden Medikamente verabreicht, nicht jedoch einer akut erkrankten Person?). Aus unserer Sicht müsste einziges Kriterium die verordnete KLV-Leistung sein.

Kostenoptimierend könnten auch Kooperationen mit Institutionen wie betreutes Wohnen oder Heimen sein. Beispielsweise deckt die Spitex in Winterthur in mehreren Heimen die Pausen nachts ab. Vorstellbar wäre auch, dass die Spitex-Pflegefachperson bei Bedarf von Heimen zur Unterstützung beigezogen werden kann. Auch allfällige Kontrollbesuche oder Notfalleinsätze beim betreuten Wohnen könnten eine sinnvolle Kooperation sein.

Zu klären wäre auch die Zusammenarbeit nachts mit dem Spital und dem Notfallarzt. Im Zusammenhang mit dem neuen Modell des Notfallarztes beim Spital könnten sich da unter Umständen ebenfalls Synergien ergeben.

Für eine grobe Kostenschätzung sind wir von folgenden Annahmen ausgegangen:

Personalkosten: 1.9 Stellen für 365 Nächte à 9 Std. inkl. Planung/Organisation, Nachtzulagen, Sozialversicherungen;

Sachkosten: in gleicher Relation zu den Sachkosten für Pflege tagsüber, auf Basis der Anzahl Stellen.

Kosten pro Jahr wären demnach zwischen CHF 250'000 und 280'000.

Schwierig abzuschätzen sind die verrechneten Stunden. Aufgrund der Erfahrungen von Winterthur sind wir vorerst von rund 3 Stunden pro Nacht ausgegangen. Dies müsste allerdings noch näher überprüft werden.

Für die Finanzierung könnten wir uns verschiedene Modelle vorstellen:

- Die Gemeinden finanzieren mit CHF 1 pro Einwohner einen Sockelbeitrag, die verrechneten Nachtstunden könnten dann gleich wie die Abendstunden restfinanziert werden;
- statt Sockelbeitrag wird bei den Nachtstunden ein Zuschlag zur Abgeltungspauschale erhoben.

Ein Sockelbeitrag würde etwas ausgleichend auf Gemeindebeiträge wirken, ohne Sockel wären die Schwankungen grösser.

Winterthur hat den Nachtdienst per 1.1.12 eingeführt und leistet nun KLV-Stunden von ca. 3 Std./Nacht. Betreut werden pro Nacht rund 11 Personen. Mit Pausenvertretung in drei Heimen werden zusätzlich 2 Stunden geleistet. Das Einzugsgebiet beträgt rund 105'000 Einwohner. Die Leistungen sind primär im Bereich Inkontinenz, Medikation, Lagerungen. In Winterthur und Umgebung ist ein mobiles Team für Palliative Care tätig. Die Spitex Winterthur leistet darum eher wenige Palliative Einsätze.

Der Nachtdienst ermöglicht den (längeren) Verbleib in den eigenen vier Wänden, ganz im Sinne von ambulant vor stationär. Er ist eine wichtige Dienstleistung zur Entlastung der Angehörigen und kann ausschlaggebend dafür sein, ob Angehörige ihre pflegerische und betreuerische Aufgabe weiterführen können. Für Behinderte erweitert der Nachtdienst zudem den Lebensraum, möglicherweise auch für die Berufstätigkeit (rechtzeitiges Aufstehen morgens).

Als Spitex ist es uns ein Anliegen, sinnvolle, adäquate und qualitativ gute Dienstleistungen zu bieten. Dazu gehört auch, dass ein Nachtdienst sinnvoll organisiert werden kann. Um Mitarbeitende für einen Nachtdienst zu finden, müssen eine Regelmässigkeit in der Organisation (nicht Arbeit auf Abruf) und eine einigermaßen genügende Auslastung bestehen. Denn unausgelastete Nächte sind auch unattraktiv und ermüdend. Falls die Gemeinden es wünschen, erstellen wir gerne auf Auftrag ein Konzept und treffen weitere Abklärungen betreffend Bedarf.

Ich hoffe, Ihnen mit diesen Ausführungen die nötigen Informationen gegeben zu haben und wünsche Ihnen ein schönes Wochenende.

Freundliche Grüsse

Doris Ruckstuhl

Spitex Kanton Zug

15. Anhang 4: Regelungsbedarf tarifliche Abgeltung von Investitionen ab 2014



Kanton Zug

Gesundheitsdirektion
Direktionssekretariat

T direkt 041 728 35 12
karl.widmer@zg.ch
Zug, 26. September 2012

Erläuterungen zur Präsentation Regelungsbedarf der Gemeinden für die tarifliche Abgeltung von Investitionen ab 2014

Datum: 24. September 2012
Zeit: 08.30 Uhr
Ort: Gesundheitsdirektion

Teilnehmende

Mitglieder der SOVOKO
Mitglieder der Geschäftsleitung der Gesundheitsdirektion
Leiter Spitäler und Pflege

Thema/Fazit

Die Verordnung über Investitionsbeiträge an die öffentlich subventionierten Spitäler und die Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm wird per 31.12.2013 aufgehoben. Die Investitionsabgeltung für die Alters- und Pflegeheime muss einheitlich von den Gemeinden vereinbart werden.

Ausgangslage

Auf den 1. Januar 2012 trat das revidierte Spitalgesetz (BGS 826.11) in Kraft. Gemäss der § 4 Abs. 2 und 3 übernehmen die Gemeinden bis spätestens 1. Januar 2014 die Aufgaben in der Langzeitpflege und der Akut- und Übergangspflege vom Kanton. Da für den Kanton der Regelungsbedarf betreffend Investitionen in der Langzeitpflege hinfällig sein wird, wird die Verordnung über Investitionsbeiträge an die öffentlich subventionierten Spitäler und Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm (BGS 826.117) per 1. Januar 2014 aufgehoben. Laut § 7a Abs. 1 Spitalgesetz sorgen die Gemeinden für eine einheitliche Taxberechnung in der Langzeitpflege. Solange die effektiven Kosten nicht ausgewiesen werden können, sollen die von der Lehre und Rechtsprechung entwickelten normativen Ansätze gelten. Diese Bestimmung entspricht der bisherigen Regelung in der Verordnung für stationäre und ambulante Langzeitpflege (BGS 826.113), so dass sich grundsätzlich nichts an der bisherigen Praxis ändert.

Regelungen zur einheitlichen Taxberechnung betreffend Investitionen

Nachdem die Investitionsverordnung per 1.1.2014 aufgehoben wird, ist es Aufgabe der Gemeinden, Richtlinien zu den Investitionen und deren Finanzierung zu erlassen. Unter anderem müssen die Abschreibungssätze zur Ermittlung der Kosten für die Anlagenutzung bestimmt werden. Dazu dient die Anlagebuchhaltung gemäss Art. 10 Abs. 5 VKL für Objekte von Fr. 10'000.00 und mehr als Grundlage. Vorgaben können von CURAVIVA oder Swiss GAAP

Seite 53
von 55

Seite 2/3

FER (Schweizerische Fachempfehlungen zur Rechnungslegung) übernommen werden. Ausserdem muss definiert werden, was als Investition gilt. Kürzungen und Ausschlussgründe wie Investitionen für Nebenbetriebe (Garage, Personalhäuser, Cafeteria, Kiosk etc.) sind festzuhalten.

Regelung zur Finanzierung von Investitionen

Grundsätzlich werden die Anlagenutzungskosten über die Pensionstaxe verrechnet und damit den Bewohnerinnen und Bewohnern belastet. Die Pensionstaxe umfasst gemäss § 7 der Verordnung über die stationäre und ambulante Langzeitpflege die Kosten für die Unterkunft mit komplettem Pflegebett, Nachttisch, Kleiderschrank und sachgerechter Nasszone (inkl. Bett- und Toilettenwäsche), für die Vollpension (inkl. alkoholfreiem Getränk, verordneter Diät, Getränke am Vor- und Nachmittag), für die Besorgung der persönlichen Wäsche (ohne Spezialreinigung wie z.B. chemische Reinigung) durch das Heim, für die Zimmerreinigung, für Heizung, Wasser, Strom und Kabelnetzanschluss für Radio und Fernsehen (exkl. Konzession) sowie für die Teilnahme an Anlässen und kulturellen Veranstaltungen, welche im Heim angeboten werden.

Daraus lässt sich ableiten, dass mit der Pensionstaxe die aktuellen Wohnkosten, bestimmte Serviceleistungen sowie werterhaltende Sanierungsarbeiten abgegolten werden. Nicht von der Pensionstaxe gedeckt sind Rückstellungen für einen Ausbau der Bettenkapazitäten bzw. einen Um- oder Neubau des Pflegeheims. Dementsprechend dürfen den Bewohnerinnen und Bewohnern keine kalkulatorische Kosten belastet werden, da diese für künftige Investitionen, von denen sie nicht mehr profitieren, aufkommen müssten.

Laut § 4 Abs. 2 und 3 Spitalgesetz müssen die Gemeinden die nötigen Investitionen tätigen, um ihre Wohnbevölkerung mit Leistungen der stationären Langzeitpflege und spitalexternen Gesundheits- und Krankenpflege versorgen zu können. Dabei sorgen die Gemeinden dafür, dass durch Gemeindebeiträge die Kosten für die betroffenen Personen finanziell tragbar sind, d.h. dass diese nicht allein wegen Pflegebedürftigkeit Sozialhilfe beanspruchen müssen.

Die kantonale Gesetzgebung schreibt weder im Spitalgesetz noch in der Verordnung über die stationäre und ambulante Langzeitpflege den Gemeinden vor, wie sie ihre Institutionen der stationären Langzeitpflege zu finanzieren haben. Rechtlich jedoch nicht zulässig wäre, wenn eine Gemeinde den Bau mit Steuergeldern voll finanziert, die Investition in der Gemeindebuchhaltung zweckgebunden abschreibt und gleichzeitig die Bewohnerinnen und Bewohner die Investitionen über die Pensionstaxen refinanzieren lässt.

Seite 3/3

Freundliche Grüsse
Gesundheitsdirektion

Karl Widmer
Leiter Spitäler und Pflege

Seite 54
von 55

16. Anhang 5: gesammelte/verwendete Dokumente

Leistungsauftrag in der ambulanten Akut- und Übergangspflege (RRB vom 28.9.2010)

Definition der Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG (aus Dokumenten der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren bzw. des Schweizerischen Verbandes der privaten Spitex-Organisationen)

Spitex privée Suisse: Definition der Akut- und Übergangspflege gemäss GDK-Bericht (22.10.2010)

Indikatoren für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten aus dem Akutspital in eine Institution des Geriatrienetzes der Stadt Zürich (Ausgabe Januar 2008 / Internet Mai 2012)

Leitlinien Nationale Strategie Palliative Care 2010 - 2012

Palliative Care in der stationären Langzeitpflege - Positionspapier Curaviva Schweiz zur Umsetzung der nationalen Strategie Palliative Care (6.4.2011)

Palliativ Zug: Schlussbericht Projekt Palliative Care Kanton Zug vom 11. Mai 2011

Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK): Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care (Bern, April 2011)

<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/10907/11020/index.html?lang=de>

Frieda Waldspühl: Stellungnahmen zum Bericht der Arbeitsgruppe „Umsetzung Änderungen Spitalgesetz (11.6.2012)

GDK, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und -direktorinnen: Empfehlungen zur Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung (22.10.2009)