



Ergebnis der 1. Lesung im Regierungsrat vom 23. Februar 2010

Auszug aus dem Protokoll
Sitzung vom
Versandt am

**Verordnung
über die stationäre und ambulante Langzeitpflege
Änderung vom ...**

Der Regierungsrat des Kantons Zug,

gestützt auf § 47 Abs. 1 Bst. d der Verfassung des Kantons Zug¹⁾, das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008²⁾, die Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 24. Juni 2009³⁾, §§ 4 und 10 des Spitalgesetzes vom 29. Oktober 1998⁴⁾, § 3 Abs. 1 Bst. b und Abs. 2 des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 29. Februar 1996⁵⁾,

beschliesst:

I.

Die Verordnung über die stationäre und ambulante Langzeitpflege vom 1. Juni 2004⁶⁾ wird wie folgt geändert:

Der Ingress lautet neu:

gestützt auf § 47 Abs. 1 Bst. d der Verfassung des Kantons Zug¹⁾, Art. 25a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung⁷⁾, Art. 7 ff. der Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995⁸⁾, §§ 1 bis 7 sowie 9 und 10 des Spitalgesetzes vom 29. Oktober 1998⁴⁾, §§ 26 bis 30 des Gesetzes über das Gesundheitswesen im Kanton Zug vom 30. Oktober 2008⁹⁾ und auf § 3 Abs. 1 Bst. b und Abs. 2 Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 29. Februar 1996⁵⁾,

§ 2a (neu)

Stationäre Akut- und Übergangspflege

¹ Institutionen der stationären Langzeitpflege, welche Akut- und Übergangspflege im Sinne von Art. 25a Abs. 1 KVG⁷⁾ anbieten, benötigen einen Leistungsauftrag des Regierungsrates.

² Der Kanton finanziert die Akut- und Übergangspflege entsprechend dem vom Regierungsrat festgelegten Kostenteiler.

¹⁾ BGS 111.1

²⁾ AS 2009, Nr. 28, S. 3517

³⁾ AS 2009, Nr. 28, S. 3527

⁴⁾ BGS 826.11

⁵⁾ BGS 842.1

⁶⁾ GS 28,101, BGS 826.113

⁷⁾ SR 832.10

⁸⁾ SR 832.112.31

⁹⁾ BGS 821.1

§ 3 Abs. 3 (neu)

³ Fehlt es an einer Einigung, setzt der Regierungsrat auf Antrag hin die einzelnen Pauschalen fest.

§ 4 Abs. 3

³ Die Gemeinden sorgen für eine einheitliche Taxberechnung. Solange die effektiven Kosten nicht ausgewiesen werden können, gelten die von der Lehre und Rechtsprechung entwickelten normativen Sätze.

§ 5 Abs. 1

¹ Die Institutionen der Langzeitpflege müssen sich an die vertraglich und behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach dieser Verordnung namentlich den Bewohnerinnen und Bewohnern keine weitergehende Vergütungen berechnen (Tarifschutz).

§ 6 Abs. 2

² Die ungedeckten Pflegekosten nach Abzug allfälliger Vergütungen Dritter sowie des Eigenbeitrages der Bewohnerinnen und Bewohner von 10 Prozent des Krankenkassenbeitrages für die entsprechende Pflegebedarfsstufe gehen zu Lasten der Wohnsitzgemeinde.

§ 7 Abs. 1

¹ Die Pensionstaxe umfasst 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, Getränk am Vor- und Nachmittag), für die Besorgung der Wäsche (inkl. Leibwäsche und bügelfreier Bekleidung, ohne chemische Reinigung) durch das Heim, für die Zimmerreinigung, für Heizung, Wasser, Strom und Kabelnetzanschluss für Radio und Fernsehen (exkl. Konzession), für die Teilnahme an Anlässen und kulturellen Veranstaltungen, welche im Heim angeboten werden.

§ 8a (neu)

g) Bedarfserhebung

Im Kanton wird ein einheitliches Bedarfserhebungssystem angewandt. Können sich die Gemeinden nicht einigen, setzt der Regierungsrat das System fest.

§ 12 Abs. 1

Spitalexterne Gesundheits- und Krankenpflege

¹ Der ambulante Bereich der Langzeitpflege umfasst die spitalexterne Gesundheits- und Krankenpflege zu Hause sowie in Tages- und Nachtstrukturen im Sinne von Art. 25a Abs. 1 KVG¹⁾.

§ 12a (neu)

Tarifvereinbarung

¹ Für die Vergütung vereinbaren die Gemeinden mit den Leistungserbringenden Pflegepauschalen. Sie umfassen die Kosten für Pflichtleistungen gemäss Art. 7 ff. KLV²⁾ pro Stunde. Bei fehlender Einigung legt der Regierungsrat die Pauschalen fest.

¹⁾ SR 832.10

²⁾ SR 832.112.31

² Die Pauschalen decken die vollen Kosten der darin enthaltenen Leistungen nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit. Darin eingeschlossen sind die Kosten der Finanzierung der Abschreibung der Investitionen sowie der Aus- und Weiterbildung.

³ Die vertraglich oder behördlich festgelegten Pflēgetarife gelten auch für alle im Kanton zugelassenen Leistungserbringenden der ambulanten Langzeitpflege. Davon nicht betroffen sind vereinbarte gemeinwirtschaftliche Leistungen.

§ 12b (neu)

Beteiligung an den ungedeckten Pflegekosten

Die Versicherten beteiligen sich an den Pflegekosten jeweils mit 10 % des effektiven Tagesaufwandes, jedoch maximal mit 10 % des höchsten Krankenversicherungsbeitrages pro Stunde (Eigenbeitrag). Kinder und Jugendlichen sowie Bezügerinnen und -bezüger von Pflegeleistungen in Tages- und Nachtstrukturen wird kein Eigenbeitrag auferlegt.

§ 12c (neu)

Ambulante Akut- und Übergangspflege

Die Bestimmungen über die stationäre Akut- und Übergangspflege (§ 2a) finden sinngemäss Anwendung.

II.

Diese Änderung tritt am 1. Januar 2011 in Kraft.

Zug,

Regierungsrat des Kantons Zug

Peter Hegglin
Landammann

Renée Spillmann Siegwart
stv. Landschreiberin

I. Ausgangslage

Mit dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10), das am 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist, hat der Bereich der Langzeitpflege wesentliche Erweiterungen erfahren. Im Gegensatz zum bisherigen Recht vergütet die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Pflegemassnahmen, die ambulant bei Hausbesuchen oder stationär in einem Pflegeheim durchgeführt werden. Gleichzeitig fand auch eine Ausweitung der möglichen Leistungserbringenden statt. Dies führte schnell zu steigenden Pflegekosten, weshalb der Bund im Jahr 1998 auf Verordnungsstufe Beitragsleistungen in der Bandbreite von Rahmentarifen einföhrte. Die Rahmentarife galten als zeitlich befristete kostendämpfende Massnahme. Die demographische, medizinische und gesellschaftliche Entwicklung erhöht jedoch stetig den Bedarf an Pflegeleistungen mit dem Ergebnis, dass die Kosten weiter ansteigen. Der stetige Kostenanstieg föhrte für bestimmte Gruppen pflegebedürftiger Personen zu teilweise sozialpolitisch schwierigen Situationen. Damit die Finanzierung der Langzeitpflege für die Betroffenen in Zukunft tragbar bleibt, haben die Eidgenössischen Räte am 13. Juni 2008 die Revision des KVG betreffend Neuordnung der Pflegefinanzierung beschlossen. Die Revision enthält Leitlinien, welche die Vereinheitlichung der Finanzierung der Langzeitpflege in den Kantonen mit sich bringt. Mit anderen Worten haben die Kantone ihr Recht nach den bundesrechtlichen Vorgaben auszurichten. Je nach kantonaler Regelung bringt die Neuordnung der Pflegefinanzierung unterschiedlich hohen Revisionsbedarf mit sich.

II. Grundzüge der bundesrechtlichen Neuerung

Gemäss der bundesrechtlich neu geordneten Pflegefinanzierung beschränkt sich die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei der Finanzierung der Langzeitpflege auf Frankenbeiträge, welche je nach Pflegebedarf in ihrer Höhe abgestuft sind (neu = nArt. 25a Abs. 1 KVG). Diese Beiträge sind nicht mehr Ergebnis von Tarifverhandlungen zwischen Leistungserbringenden und Krankenversicherern, sondern werden vom Bund für die ganze Schweiz einheitlich festgelegt. Sie betreffen wie bisher einzig die Pflegeleistungen im Sinne von Art. 7 ff. KrankenpflegeLeistungsverordnung (KLV, SR 832.112.31). Das Bundesparlament hat den Bundesrat mit der Beitragsfestsetzung differenziert nach dem Pflegebedarf beauftragt (nArt. 25a Abs. 4 KVG). Dieser hat in der vorliegend revidierten Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) seine Kompetenz an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) delegiert (nArt. 33 Bst. h und i KVV).

Krankenkassenbeiträge

Das EDI sieht nun unter Anpassung der KLV für den ambulanten Bereich einen nach den drei Massnahmen der Pflege differenzierten Zeittarif vor. Die Krankenversicherer bezahlen somit pro Stunde Fr. 79.80 für Abklärung und Beratung, Fr. 65.40 für Untersuchung und Behandlungspflege und Fr. 54.60 für die Grundpflege (nArt. 7a Abs. 1 KLV). Die Vergütung der Beiträge erfolgt in Zeiteinheiten von 5 Minuten, wobei mindestens 10 Minuten in Rechnung gestellt werden dürfen (nArt. 7a Abs. 2 KLV). Die Krankenkassenbeiträge im stationären Bereich sind nach zwölf Pflegebedarfsstufen differenziert festgelegt (nArt. 7a Abs. 3 KLV). Die unterste Stufe deckt einen täglichen Pflegebedarf von 20 Minuten ab. Für diese Stufe bezahlen die Krankenversicherer Fr. 9.-- pro Tag. Der Pflegebedarf erhöht sich in 20 Minuten Schritten. Die Krankenversicherer bezahlen pro Pflegebedarfstufe linear Fr. 9.--. Die zwölfte und damit höchste Stufe deckt einen Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten ab. Der maximale Krankenkassenbeitrag liegt somit bei Fr. 108.-- (12 x Fr. 9.--).

Beteiligung an den ungedeckten Pflegekosten (Eigenbeitrag)

In nArt. 25a Abs. 5 KVG ist neu eine maximale Kostenbeteiligung der versicherten Personen an den Pflegekosten vorgesehen. Danach dürfen ihnen von den nicht von den Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 % des höchsten vom Bund festgesetzten Pflegebeitrages überwält werden. D. h. ausgehend von den vom EDI in nArt. 7a KLV festgelegten Pflegebeiträgen im ambulanten Bereich maximal Fr. 15.96 (20 % von Fr. 79.80) und im stationären Bereich maximal Fr. 21.60 (20 % von Fr. 108.--) pro Tag. Wer für den Rest der Pflegekosten aufzukommen hat, haben die Kantone zu regeln (nArt. 25a Abs. 5 KVG). Klarzustellen ist, dass die Kostenbeteiligung an den Krankenkassenbeiträgen im Sinne von Art. 64 KVG und Art. 103 KVV mit einer Franchise von mindestens Fr. 300.-- und einem Selbstbehalt von maximal Fr. 700.-- pro Jahr bestehen bleibt.

Akut- und Übergangspflege

Als neues Leistungsangebot der Grundversicherung ist im KVG die sogenannte Akut- und Übergangspflege vorgesehen (nArt. 25a Abs. 2 KVG). Diese wird im Anschluss an einen Spitalaufenthalt erbracht, sofern sie sich als notwendig erweist und im Spital ärztlich angeordnet wurde. Ziel ist es, nach einem Spitalaufenthalt mit spezifischen Pflegemassnahmen eine drohende Langzeitpflege zu verhindern. Als eine von den Krankenversicherern mitfinanzierte Leistung gilt die Akut- und Übergangspflege längstens 14 Tage und die Finanzierung erfolgt nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a KVG). Danach haben der Kanton und die Krankenversicherer die vereinbarte Pflegepauschale gemeinsam zu tragen, der Kanton mindestens 55 % und die Krankenversicherer maximal 45 %.

Ambulantes Leistungsangebot

Als Leistungen gelten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 Bst. a KLV und nach Art. 8 KLV auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden, und zwar von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (Art. 49 KVV), von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV)(nArt. 7 Abs. 1 KLV). Dabei gilt neu, dass der versicherten Person eine Eigenbeteiligung an den ungedeckten Pflegekosten auferlegt werden kann. Diese Eigenbeteiligung beträgt höchstens 20 % des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages. Die Kantone haben weiter die Restfinanzierung zu regeln (nArt. 25a Abs. 5 KVG). Diese bundesgesetzlichen Vorgaben bedeuten konkret, dass Pflegefachleute und Spitexorganisationen auch ohne Leistungsauftrag einen Anspruch auf die Abgeltung ihrer Leistungen haben, sofern die Voraussetzungen zur Abrechnung über die obligatorische Grundversicherung erfüllt sind. Gegenüber der versicherten Person haben sie somit einen Abgeltungsanspruch in Höhe der Krankenversicherungsbeiträge sowie auf den Eigenbeitrag im Sinne von nArt. 25a Abs. 5 KVG und gegenüber dem öffentlichen Kostenträger auf die Abgeltung der ungedeckten Pflegekosten im Rahmen der kantonal festgelegten Restfinanzierung.

III. Bestehende Regelung im Kanton

Die Finanzierung der Langzeitpflege wird im Kanton Zug im Spitalgesetz (SpG, BGS 826.11) und in der Verordnung über die stationäre und ambulante Langzeitpflege (Vo Langzeitpflege, BGS 826.113) geregelt. Abgesehen von einigen Ausnahmen erfüllt der Kanton Zug bereits weitgehend die neuen bundesrechtlichen Vorgaben. So übernehmen entsprechend der in § 4 SpG vorgesehenen innerkantonalen Aufgabenteilung die Gemeinden die ungedeckten Pflegekosten der stationären und ambulanten Langzeitpflege und damit die Restfinanzierung der Pflegekosten. Hingegen sind die Auferlegung des Eigenbeitrags an den Pflegekosten und das Leistungsangebot der Akut- und Übergangspflege im stationären wie im ambulanten Bereich in der Vo Langzeitpflege festzuschreiben. Ebenfalls besteht in der ambulanten Langzeitpflege er-

höherer Regelungsbedarf, weil spezialexterne Dienste und Pflegefachpersonen im Sinne von nArt. 7 Abs. 1 Bst. a und b KLV auch ohne speziellen Leistungsauftrag der Gemeinden tätig sein dürfen und Anspruch sowohl auf die Krankenkassenbeiträge als auch auf die ungedeckten Pflegekosten haben (nArt. 25a Abs. 5 KVG). Zudem können mit der vorliegenden Revision einige wenige Anpassungen vorgenommen werden, die sich aufgrund der Erfahrung im bisherigen Umgang mit dieser Verordnung ergeben haben.

IV. Arbeitsgruppe der Zuger Gemeinden

Gemäss § 4 SpG fällt die Pflegefinanzierung weitgehend in die Zuständigkeit der Gemeinden. Dementsprechend sind die Gemeinden von der Neuordnung der Pflegefinanzierung zur Hauptsache betroffen. Die Gesundheitsdirektion informierte Ende August 2009 die Präsidentin der SOVOKO, Gemeinderätin Käty Hofer und die Vorsitzende der Kantonalen Gruppe Langzeitpflege, Gemeinderätin Marianne Weber über die Neuordnung der Pflegefinanzierung und lud die Gemeinden ein, sich zu den offenen Fragen der Neuordnung der Pflegefinanzierung zu äussern, so dass die Antworten in der Revision der Langzeitpflegeverordnung berücksichtigt werden können. Mit Zustimmung der zuständigen Gemeinderätinnen und Gemeinderäte setzte die SOVOKO eine Arbeitsgruppe ein, bestehend aus Käty Hofer, Präsidentin SOVOKO, Vorsitz; Margrit Hegglin, Mitglied Tarifgruppe, Gemeindepräsidentin Menzingen; Marianne Weber, Vorsitzende Kantonale Gruppe Langzeitpflege, Sozialvorsteherin Oberägeri; Ruth Beglinger, Fachstelle Gesundheit/Alter Zug; Christian Bollinger, Leiter Soziales und Gesundheit Hünenberg und Verfasser des Berichts; Barbara Hotz, Fachstelle Gesundheit/Alter Baar; Felix Lienert, Geschäftsführer CURAVIVA Sektion Zug; Paul Müller, Delegierter CURAVIVA Sektion Zug und Gesamtleiter Chlösterli Unterägeri; Nadia Iten, Sachbearbeiterin Hünenberg, Protokoll. Die Arbeitsgruppe erstellte nach fünf Sitzungen den Bericht der Arbeitsgruppe neue Pflegefinanzierung vom 19. November 2009 (**Beilage 1**). Auf den Bericht wird in den Erläuterungen zu den einzelnen Änderungen Bezug genommen.

V. Einführungszeitpunkt Neuordnung der Langzeitpflege

Ursprünglich sah der Bundesrat vor, die Neuordnung der Pflegefinanzierung und damit die entsprechende Änderung des KVG vom 13. Juni 2008 mit den dazugehörigen Verordnungen per 1. Juli 2010 in Kraft zu setzen. Dagegen erwuchs grosser Widerstand von Seiten der Kantone, weil die Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung teilweise grosse Anpassungsprozesse mit sich bringt. An seiner Sitzung vom 4. Dezember 2009 kam der Bundesrat auf seinen Entscheid zurück und setzte den Einführungszeitpunkt auf den 1. Januar 2011 fest.

VI. Erläuterungen zu den einzelnen Änderungen

1. Stationäre Akut- und Übergangspflege (§ 2a)

1.1 Akut- und Übergangspflege als neue KVG-Leistung

1.1.1 Bundesrechtliche Vorgabe

Die Eidgenössischen Räte haben mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung die Akut- und Übergangspflege als zusätzliches Leistungsangebot der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aufgenommen (nArt. 25a Abs. 2 KVG). Diese auf maximal 14 Tage begrenzte Leistung wird im Anschluss an einen Spitalaufenthalt - also ausserhalb des Spitals - erbracht, soweit sich diese als notwendig erweist und im Spital ärztlich angeordnet wurde. Die Vergütung richtet

sich nach den Regeln der Spitalfinanzierung im Sinne von Art. 49a KVG. Die Versicherer und Leistungserbringenden vereinbaren Pauschalen, wobei der Wohnkanton der versicherten Person mindestens 55 % der Kosten trägt und die Krankenversicherer maximal 45 %. Gemäss nArt. 7b Abs. 1 KLV setzt der Wohnkanton jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den für alle Kantonseinwohnerinnen und -inwohner geltenden kantonalen Anteil, und zwar mindestens auf 55 %, fest.

1.1.2 Begriff Akut- und Übergangspflege

Weder im KVG noch in der KLV lässt sich eine nähere Umschreibung der Akut- und Übergangspflege entnehmen. Das EDI stellt immerhin in seinem Kommentar zu nArt. 7b klar, dass bei der Akut- und Übergangspflege einzig Pflegeleistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten werden und keine Hotelleriekosten. Auf diese Äusserung beruft sich die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) in ihren Empfehlungen zur Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 22. Oktober 2009. In Empfehlung 4 weist sie darauf hin, dass "Akut- und Übergangspflege" ein nicht zu trennendes Begriffspaar darstellten und Leistungserbringende und Krankenversicherer Pauschalen vereinbaren, die einzig die Pflegeleistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 2 KLV betreffen. Die Betreuungs- und Pensionsleistungen sind somit nicht Gegenstand der zu vereinbarenden Pauschale. Im Sinne eines einheitlichen Verständnisses und einer einheitlichen Handhabung schlägt die GDK in ihren Umsetzungsempfehlungen vor, die Akut- und Übergangspflege wie folgt zu definieren:

"Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG 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 notwendig.
- b) Die Patientin oder der Patient benötigt vorübergehend eine qualifizierte fachliche Betreuung, insbesondere durch Pflegepersonal.
- c) Ein Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik ist nicht indiziert.
- d) Ein Aufenthalt in einer geriatrischen Abteilung eines Spitals ist nicht indiziert.
- e) die Akut- und Übergangspflege hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patientin oder der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann.
- f) Es wird ein Pflegeplan mit Massnahmen zur Erreichung der Ziele nach Bst. e aufgestellt.

Soweit ebenfalls medizinische, therapeutische oder psychosoziale Betreuung oder Behandlung notwendig sind, können diese ambulant oder im Pflegeheim als Einzelleistungen erbracht werden. Sie sind nicht Bestandteil der Akut- und Übergangspflege."

Weil die Akut- und Übergangspflege erwartungsgemäss einem Wandel unterstehen wird, ist von der Aufnahme dieser Definition im Verordnungstext abzusehen. Zudem muss die Vo Langzeitpflege auch für allfällige pauschale Vereinbarungen mit den Krankenversicherern Platz bieten können.

Von der Akut- und Übergangspflege weiter zu unterscheiden ist die sog. Überbrückungspflege. Die Überbrückungspflege hat zum Ziel, Pflegebetten für einen vorübergehenden Aufenthalt zur Verfügung zu stellen, wie beispielsweise bei Ferienbetten oder beim Warten auf einen definitiven Pflegeheimplatz. Dabei geht es nicht mehr um die Erlangung der Selbstpflegekompetenz, sondern einzig um Langzeitpflege. Dementsprechend kommen bei der Überbrückungspflege auch die Regeln der Langzeitpflege im Sinne von Art. 50 KVG zu Anwendung.

1.2 Mitfinanzierung durch den Kanton (§ 2a Abs. 2)

1.2.1 Kantonale Zuständigkeit

Die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege richtet sich nach den Regeln der Spitalfinanzierung im Sinne von Art. 49a KVG (nArt. 25a Abs. 2 KVG). Das bedeutet, dass die Kosten nach dem für die Spitalfinanzierung geltenden Kostenteiler und zwar mindestens zu 55 % vom Kanton und im Maximum zu 45 % von den Krankenversicherern getragen wird. Weil die Akut- und Übergangspflege wie vom KVG vorgeschrieben lediglich maximal 14 Tage dauert und die Leistung sozusagen zwischen der Akutpflege und der Rehabilitation steht, ergibt sich schon allein aus dem Wortlaut in § 4 Abs. 1 SpG die Zuständigkeit des Kantons. Dass es sich dabei eben nicht um Langzeitpflege handelt, zeigt die bundesrechtlich vorgegebene Finanzierung nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a KVG). Daran ändert nichts, dass die Akut- und Übergangspflege nicht im Spital durchgeführt wird. Entscheidend ist viel mehr, dass die Akut- und Übergangspflege die Wiedererlangung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel hat, um gerade die Langzeitpflege zu verhindern. Vor diesem Hintergrund erscheint die Zuständigkeit des Kantons sachgerecht und mit der Aufteilung der Aufgaben zwischen Kanton und Gemeinden im Sinne von § 4 Abs. 2 SpG kongruent. Die Finanzierungszuständigkeit des Kantons bezüglich Akut- und Übergangspflege wird nun mit der Aufnahme von § 2a Abs. 2 Vo Langzeitpflege klargestellt. Der Kanton trägt mindestens 55 % der Kosten, die während maximal 14 Tagen anfallen. Dauert die Pflege länger, so kommen in jedem Fall die Finanzierungsregeln der Langzeitpflege zur Anwendung, wofür die Gemeinden zuständig sind (§ 4 Abs. 2 SpG). Die Arbeitsgruppe neue Pflegefinanzierung teilt diese Auffassung. So führt sie in ihrem Bericht vom 19. November 2009 aus, dass die Frist von 14 Tagen eher kurz gegriffen sei. Dies sei auch von verschiedenen Fachleuten konstatiert worden. Angesichts der bundesgesetzlichen Begrenzung der Mitfinanzierung durch die Krankenversicherer auf 14 Tage komme jedoch eine längere Finanzierung der Akut- und Übergangspflege zu Lasten der Gemeinden nicht in Frage. Dementsprechend empfiehlt die Arbeitsgruppe, die Dauer der Akut- und Übergangspflege bei 14 Tagen zu belassen und ab dem 15. Tag die Regeln der Langzeitpflege anzuwenden.

1.2.2 Vereinbarung von Pauschalen

Die Leistungserbringenden und die Krankenversicherer vereinbaren bezüglich Finanzierung der Akut- und Übergangspflege Pauschalen (nArt. 25a Abs. 2 KVG). Gestützt auf § 3 Abs. 1 Bst. a Einföhrungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG, BGS 842.1) ist der Regierungsrat für die Genehmigung von Tarifverträgen und die Festsetzung von Tarifen im Sinne von Art. 46 ff. KVG zuständig. Das bedeutet, dass der Regierungsrat die Tarifverträge mit Bezug auf die Akut- und Übergangspflege zwischen den Leistungserbringenden und den Krankenversicherern zu genehmigen oder notfalls festzusetzen hat. Eine Gesetzesanpassung ist damit nicht erforderlich.

1.3 Leistungsauftrag für Akut- und Übergangspflege (§ 2a Abs. 1)

Der Regierungsrat ist für die Spital- und Pflegeheimversorgung im Sinne von Art. 39 KVG zuständig (§ 3 Abs. 1 Bst. b EG KVG). Er kann auch die Bedingungen festlegen, welche erfüllt sein müssen, um auf die Pflegeheimliste aufgenommen zu werden. Mit seiner Zuständigkeit für die Akut- und Übergangspflege entsprechend der Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden, ist der Regierungsrat somit berechtigt, die Institutionen zu bezeichnen und entsprechende Leistungsaufträge zu erteilen. Die Institutionen haben keinen Anspruch darauf, mit einem entsprechenden Auftrag auf die Pflegeheimliste aufgenommen zu werden. Denn bei der Erteilung der Leistungsaufträge hat der Regierungsrat dem Versorgungsauftrag entsprechend zu vermeiden, dass Unter- und Überkapazitäten bestehen. Der Regierungsrat ist deshalb ver-

pflichtet, bei der Akut- und Übergangspflege die betriebene Bettenzahl nach dem Bedarf festzulegen.

Bis anhin verfügt das Pflegezentrum Baar über einen Leistungsauftrag zur Durchführung von Übergangspflege. Der Auftrag ist in der Pflegeheimliste mit der entsprechenden Pflegebettenzahl aufgeführt. Die Durchführung der Übergangspflege basiert auf einem vom Pflegezentrum Baar und der Gesundheitsdirektion erarbeiteten Konzept. Angesichts der bundesrechtlichen Rahmenbedingungen ist das Konzept und allenfalls der Leistungsauftrag entsprechend anzupassen.

1.4 Festsetzung des Kostenteilers (§ 2a Abs. 2)

Gemäss nArt. 7b Abs. 1 KLV legt der Wohnkanton den Kostenteiler bezüglich Aufteilung der Kosten zwischen Kanton und Krankenversicherer fest, wobei der kantonale Anteil mindestens 55 % beträgt. Gestützt auf die Kompetenz des Regierungsrates, ergänzende Vollzugsbestimmungen zum KVG zu erlassen (§ 3 Abs. 2 EG KVG), ist es sachlich gerechtfertigt, dass der Regierungsrat den Kostenteiler bei der Akut- und Übergangspflege festlegt. Die Zuständigkeit des Regierungsrates den Kostenteiler festzulegen, wird nun in § 2a Abs. 2 Vo Langzeitpflege explizit erwähnt.

2. Tariffestsetzung durch den Regierungsrat (§ 3 Abs. 3 sowie § 5 Abs. 1)

Diese Änderung steht mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung nicht im direkten Zusammenhang. Die jüngsten Erfahrungen haben jedoch gezeigt, dass diese Klarstellung der Zuständigkeit des Regierungsrates zur ausnahmsweisen Festsetzung der Taxen unabdingbar ist. Die Leistungserbringenden und die Gemeinden einigen sich jährlich über die Pflege-, Betreuungs- und Pensionstaxen. Dies traf im Jahr 2009 bei zwei Institutionen erstmals nicht mehr zu. Der Fall einer Nicht-Einigung war weder bei der Konzeption des Spitalgesetzes noch bei jener der Vo Langzeitpflege vorstellbar. Es ist auch weiterhin anzunehmen, dass sich die gemeindlichen Altersheime mit Pflegeabteilung in Zukunft mit der jeweiligen Standortgemeinde ohne Weiteres auf einen Tarif einigen. Hingegen hat sich gezeigt, dass dies bei den Pflegeheimen mit regionalem Leistungsprogramm, die sich mit sämtlichen Gemeinden bzw. mit der Kantonalen Tarifgruppe (KTL) auf einen Tarif einigen müssen, offenbar nicht immer der Fall ist. Dass sich die Parteien auf einen Tarif einigen müssen, ergibt sich ja bereits aus § 10 Abs. 1 und 3 SpG. Danach müssen sich die Institutionen der stationären Langzeitpflege und die spitalexternen Dienstleistenden an die vertraglich und behördlich festgelegten Tarife und Preise halten. Kommt ausnahmsweise keine Einigung zustande, so fehlt eine explizite Regelung, wer den Tarif festzusetzen hat. Gestützt auf die aus § 2 Abs. 2 Organisationsgesetz (OG, BGS 153.1) grundsätzliche Entscheidzuständigkeit ist der Regierungsrat dazu berufen, analog zur Regelung des KVG, bei einer fehlenden Einigung den Tarif festzusetzen. Dies ist auch in sachlicher Hinsicht gerechtfertigt, da der Regierungsrat im Bereich Pflege bereits als Genehmigungsbehörde bezüglich Rahmentarif amtiert (§ 10 Abs. 1 SpG). Eine entsprechende Klarstellung seiner Zuständigkeit in der Vo Langzeitpflege sollte sich in Zukunft als hilfreich erweisen. Gleichzeitig ist zu betonen, dass diese Regelung am Primat der vertraglichen Einigung nichts ändert.

Mit der vorliegenden expliziten Regelung einer allfälligen Zuständigkeit des Regierungsrates zur Festsetzung der Taxen wird auch der Passus "Rahmentarif" in § 5 Abs. 1 obsolet. Er ist vorliegend zu streichen. Denn vom Tarifschutz sind nicht nur der Rahmentarif, sondern auch alle vereinbarten und festgesetzten Taxen der Gemeinden oder des Kantons betroffen. Dies entspricht auch dem klaren Wortlaut in § 10 Abs. 3 SpG.

3. Einheitliche Taxberechnung (§ 4 Abs. 3)

Was die Berechnung der Pflege-, Betreuungs- und Pensionskosten anbelangt, haben sich die Gemeinden weitgehend auf einheitliche Berechnungsweisen geeinigt. Weil die Pflögetaxen mit den Leistungserbringenden nicht mehr ausgehandelt, sondern vom Bund zum Vornherein festgelegt werden, entfällt die entsprechende Kontrolle der Krankenversicherer mit Bezug auf die Einheitlichkeit der Berechnungsweise der Pflegekosten. Dieser Grundsatz ist deshalb in die Vo Langzeitpflege aufzunehmen. Das Erfordernis betrifft nicht nur die Pflegekosten, sondern sämtliche Taxen im Bereich Langzeitpflege und damit auch die Betreuungs- und Pensionstaxen. Weil der Regierungsrat den Rahmentarif zu genehmigen und damit die Wirtschaftlichkeit bzw. Sozialverträglichkeit zu überprüfen hat, ist es angebracht, dass die Taxen nach einer einheitlichen Methode berechnet werden, um die Vergleichbarkeit der Kosten zwischen den Langzeitpflegeinstitutionen sicherzustellen. Abgesehen vom Erfordernis der Einheitlichkeit der Berechnung werden keine Vorschriften mit Bezug auf die Berechnungsmodalitäten gemacht, da der Bereich Pflege in die Zuständigkeit der Gemeinden fällt.

Die Arbeitsgruppe neue Pflegefinanzierung hat in ihrem Bericht empfohlen, die bisherige Berechnung der Pflegekosten anhand der direkten Pflegekosten beizubehalten und nicht die Berechnungsweise der Luzerner Altersheimleiterinnen und -leiter Konferenz (LAK) zu übernehmen, welche auch die Verwaltungs- und Pflegeinfrastrukturkosten mit einbezieht.

Wie bis anhin sollen gemäss der Empfehlung der Arbeitsgruppe neue Pflegefinanzierung die Betreuungstaxen normativ festgelegt werden, solange die effektiven Kosten nicht ausgewiesen werden können (§ 4 Vo Langzeitpflege). Es obliegt auch vorliegend den Gemeinden, sich auf einen Berechnungsmodus zu einigen, wie er im Bericht auch schon bereits skizziert ist.

Das Einheitlichkeitserfordernis betrifft auch die Pensionstaxen. Das heisst, dass sich die Gemeinden auch auf eine einheitliche und nachvollziehbare Berechnung der Pensionstaxen verständigen müssen.

4. Eigenbeitrag (§ 6 Abs. 2)

Gestützt auf die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden im Sinne von § 4 Abs. 2 und 3 SpG trägt die Wohnsitzgemeinde nach Abzug allfälliger Vergütungen Dritter die ungedeckten Pflegekosten (§ 6 Abs. 2 Vo Langzeitpflege). So werden von den Pflegekosten Vergütungen Dritter wie die Hilflosenentschädigung und Krankenkassenbeiträge abgezogen und der Rest von der entsprechenden Wohnsitzgemeinde getragen. Zwecks Vereinheitlichung und Limitierung der Kostentragung durch die Bewohnerinnen und Bewohner sieht der Bundesgesetzgeber in nArt. 25a Abs. 5 KVG vor, dass der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden darf. In Anwendung der inzwischen vom Bund festgesetzten Krankenkassenbeiträge (Art. 7a KLV) bedeutet dies, dass Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Langzeitpflegeinstitutionen zur Deckung der Pflegekosten maximal Fr. 21.60 pro Tag bzw. Fr. 7'884.-- pro Jahr belastet werden dürfen.

Für Bewohnerinnen und Bewohner von Langzeitpflegeinstitutionen bedeutet die Beteiligung an den ungedeckten Pflegekosten eine zusätzliche Belastung. Denn nach dem geltenden Recht müssen sich die betroffenen Personen nicht an den ungedeckten Pflegekosten beteiligen. Mit der Auferlegung der neuen Kostenbeteiligung werden Einwohnergemeinden im entsprechenden Umfang entlastet. Diese vom Bundesrecht vorgesehene Eigenbeteiligung bildet gleichzeitig eine Höchstbeteiligungsgrenze, womit es den Kantonen frei steht, diese zu reduzieren oder dar-

auf gänzlich zu verzichten (vgl. nArt. 25a Abs. 5 KVG). Gestützt auf die formell-gesetzliche Grundlage in nArt. 25a Abs. 5 KVG in Verbindung mit § 4 Abs. 2 SpG (ungedeckte Pflegekosten) und § 3 Abs. 2 EG KVG (Kompetenz zum Erlass ergänzender Vollzugsbestimmungen) ist der Regierungsrat befugt, den Eigenbeitrag und dessen Modalitäten festzusetzen.

Die Arbeitsgruppe neue Pflegefinanzierung ist in ihrem Bericht vom 19. November 2009 zum Schluss gekommen, dass die Höhe der Eigenbeteiligung mit Rücksicht auf die Gesamtkosten (Pflegekosten, Betreuungskosten und Pensionskosten) bestimmt werden müsse. Dabei hält sie dafür, dass der Eigenbeitrag nach einem einheitlich festzusetzenden Prozentsatz der jeweiligen und nicht in jedem Fall von der höchsten Pflegebedarfsstufe berechnet werden soll. Anhand einer Vergleichsrechnung zwischen der heutigen Belastung und der zusätzlichen zukünftigen Belastung der Bewohnerinnen und Bewohner geht die Arbeitsgruppe davon aus, dass die Festsetzung des Eigenbeitrags bei 10 % sozialverträglich sei, was für die Bewohnerinnen und Bewohner in etwa einer Erhöhung der Gesamtbelastung um 5 % gleichkäme. Wegen dieser Wirkung folgt der Regierungsrat vorläufig dieser Empfehlung und setzt die Eigenbeteiligung von Bewohnerinnen und Bewohner an den ungedeckten Pflegekosten bei 10 % des Krankenversicherungsbeitrages entsprechend der jeweiligen Pflegebedarfstufe fest. Es wird jedoch - unter Berücksichtigung der Gesetzgebung zur kantonalen Ergänzungsleistung - zu prüfen sein, ob die bundesrechtliche Höchstbelastungsgrenze von 20 % später ausgeschöpft werden soll.

5. Leistungskatalog Pensionstaxe (§ 7 Abs. 1)

Die Teilnahme an der Aktivierungsgruppe stellt eine Leistung der Betreuung dar und betrifft nicht eigentlich die Pensionsleistung. Zur Pensionsleistung gehört, wie in § 7 Abs. 1 aufgeführt, die Teilnahme an Anlässen und kulturellen Veranstaltungen, die im Heim angeboten werden. Betreuungsleistungen stehen den Pflegeleistungen nahe, sind aber nicht im Leistungskatalog von § 7 Abs. 2 KLV aufgeführt. Der Passus "Teilnahme in der Aktivierungsgruppe" ist, um Missverständnisse zu vermeiden, aus dem Pensionsleistungskatalog zu streichen. Diese Leistung wird über die Betreuungstaxen abgegolten und hat für den Betroffenen nach geltender Berechnungsweise keine finanzielle Auswirkungen.

6. Einheitliches System bei der Bedarfserhebung (neu § 8a)

6.1 Bedarfseinstufungssystem

Bewohnerinnen und Bewohner von Langzeitpflegeinstitutionen werden von der Heimärztin bzw. vom Hausarzt entsprechend ihres Pflegebedarfs eingestuft (nArt. 8 Abs. 4 KLV). Die Krankenversicherer leisten abgestuft nach Pflegebedarf einen Pflegebeitrag (nArt. 25a Abs. 4 KVG). Das EDI hat den Pflegebedarf und damit die Beitragsleistung der Krankenversicherer differenziert nach Pflegebedarf neu in zwölf Stufen aufgeteilt (nArt. 7a Abs. 3 KLV). Der Pflegebedarf bemisst sich nach dem täglichen Zeitaufwand in Bandbreiten von 20 Minuten, wobei die Krankenversicherer pro 20 Minuten bzw. pro Stufe Fr. 9.-- bezahlen (vgl. nArt. 7a Abs. 3 KLV). Die zwölfte und oberste Pflegebedarfsstufe bedeutet einen täglichen Pflegeaufwand von über 220 Minuten, was die Krankenversicherer mit Fr. 108.-- vergüten (12 x Fr. 9.--).

Daraus erhellt, dass die Pflegeeinstufung durch die Heimärztin bzw. den Hausarzt und auch das Einstufungssystem einen namhaften Einfluss auf die Berechnung der Pflegebesteuerung, die Eigenbeteiligung an der Pflegebesteuerung und je nach Berechnungsart auf die Betreuungstaxe haben. Mit anderen Worten hat die Pflegebedarfseinstufung weitreichende finanzielle Folgen für die betroffene Person, die Langzeitpflegeinstitution und für die weiteren Kostenträger wie Krankenversicherer und Gemeinden.

6.2 Einheitliches Bedarfseinstufungssystem im Kanton als Vorgabe

Gemäss § 10 Abs. 1 SpG erheben die Institutionen der stationären Langzeitpflege Tarife nach einem Rahmentarif, der durch den Regierungsrat genehmigt wird. Die Genehmigung des Rahmentarifs bedingt, dass die Leistungserhebung und Abrechnung nach einem einheitlichen System vorgenommen wird. Denn der Rahmentarif dient einerseits dazu, die Sozialverträglichkeit und andererseits auch die Einhaltung der krankensicherungsrechtlichen Wirtschaftlichkeitskriterien im Sinne von Art. 43 Abs. 6 KVG zu überprüfen. Auch wenn die Krankenversicherungen sich auf eine Beitragsleistung nach einem vorgegebenen Rahmen beschränken, bedeutet dies nicht, dass die vom Krankenversicherungsgesetz vorgegebenen Wirtschaftlichkeitsanforderungen entfallen. Ganz im Gegenteil, mit der nun vom Bund vorgegebenen Beitragsleistung entfällt die Aushandlung der Krankenkassenbeiträge zwischen Leistungsbringenden und Krankenversicherern. Das bedeutet, dass die Kontrolle der Kostenrechnung durch die Krankenversicherer entfällt und es den Gemeinden bzw. dem Kanton obliegt, die Pflegekosten anhand von Betriebsvergleichen (Benchmarking) zu überprüfen. Betriebsvergleiche werden bereits heute anlässlich der Genehmigung der Rahmentarife durch den Regierungsrat vorgenommen. Benchmarkings setzen voraus, dass die Betriebe gleich behandelt und somit nach einem einheitlichen System verglichen werden. Zur Zeit sind drei gängige Einstufungssysteme (BESA, RAI, PLAISIR) (**vgl. Beilage 2**) bekannt, die jedoch systematisch einen unterschiedlichen Pflegebedarf ausweisen. Auf den Pflegebedarf angewandt bedeuten die Unterschiede, dass die Einstufung nach Zeit erfolgt und nicht nach dem Inhalt. So ist gemäss einem Bericht der GDK vom 22. Oktober 2009 von Abweichungen bis zu 20 % auszugehen. Auch wenn noch Angleichungsbemühungen stattfinden, werden selbst nach den gegenwärtigen Kalibrierungsbemühungen Abweichungen von 3 - 5 % bestehen bleiben, wobei in Einzelfällen auch grössere Abweichungen auftreten können. Der Regierungsrat hält deshalb dafür, dass es angesichts der vergleichsweise kleinen Zahl an Langzeitpflegeinstitutionen im Kanton Zug angezeigt ist, sich für ein System zu entscheiden. Nur so kann die Gleichbehandlung der Betroffenen und die Vergleichbarkeit der Institutionen sichergestellt werden.

6.3 Entscheid der Gemeinden

Die Gesundheitsdirektion hat die Gemeinden eingeladen, sich für ein Bedarfseinstufungssystem zu entscheiden, welches im Kanton Zug gelten soll. Die Arbeitsgruppe neue Pflegefinanzierung hat sich für ein differenziertes Evaluationssystem entschieden. So liess sie sich am 14. November 2009 anlässlich einer Veranstaltung über die in Frage kommenden Bedarfsermittlungssysteme RAI Nursing Home (RAI-NH) und BESA (Version Leistungskatalog 2010) informieren und lud in der Folge CURAVIVA Sektion Zug zur Stellungnahme ein. Mit Schreiben vom 23. Dezember 2009 teilte die SOVOKO der Gesundheitsdirektion mit, dass sie sich in ihrer Entscheidung auf den anlässlich einer ausserordentlichen Mitgliederversammlung vom 14. Dezember 2009 getroffenen Entscheid der CURAVIVA stütze und empfehle, ab 1. Januar 2011 einheitlich mit dem Bedarfseinstufungssystem BESA 4.0 zu arbeiten. Gleichzeitig erbat sie den Regierungsrat um rasche Mitteilung des Systementscheides an die Gemeinden und Institutionen, da die Umstellung auf ein neues System zwölf Monate beanspruche. Am 10. Februar 2010 hingegen teilte die SOVOKO mit, dass sie die zwei Bedarfserhebungssysteme RAI und BESA für die Heime zulassen werde. Dank dieses Entscheides verfügten die Heime über einen genügend grossen Zeithorizont, um ein System auszuwählen und das Personal zu schulen.

6.4 Regelung in der Vo Langzeitpflege

Der vorliegende § 8a Vo Langzeitpflege überlässt es wegen der spitalgesetzlichen Aufgabenteilung den Gemeinden, sich für ein System zu entscheiden. Kommt keine Einigung zustande, setzt der Regierungsrat das System fest. Diese regierungsrätliche Kompetenz ist erforderlich, um das Ziel des einheitlichen Systems im Kanton durchzusetzen. Gerade die unterschiedlichen Stellungnahmen der SOVOKO vom 23. Dezember 2009 und 10. Februar 2010 zeigen, dass dies nötig ist. Sonst ist davon auszugehen, dass per 1. Januar 2011 im Kanton Zug beide Systeme zur Anwendung gelangen. Die Gesundheitsdirektion informierte mit Schreiben vom 28. Januar 2010 die Einwohnergemeinden, die Trägerschaften und Heimleitungen der Langzeitpflegeinstitutionen sowie CURAVIVA über den von der SOVOKO am 23. Dezember 2009 mitgeteilten Systementscheid und den Verordnungsgebungsprozess mit der dreimonatigen Vernehmlassung. Was den vorgegebenen Bedarf einer einjährigen Umstellungsphase betrifft, ist zu sagen, dass auf der Homepage von CURAVIVA zu lesen ist, dass die Software BESA Version 4.0 erst ab Mai 2010 ausgeliefert werde.

7. Ambulante Langzeitpflege (§ 12)

7.1 Krankenpflege in Tages- oder Nachtstrukturen als ambulante Leistung (Abs. 1)

Gemäss nArt. 25a Abs. 1 KVG leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen oder im Pflegeheim erbracht werden (nArt. 25a Abs. 1 KVG). Dieser Wortlaut deutet darauf hin, dass Leistungen in Tages- und Nachtstrukturen als ambulante Leistungen betrachtet werden können. Dies korrespondiert an sich mit Art. 5 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL, SR. 832.104), wonach als ambulante Behandlung nach Art. 49 Abs. 6 KVG alle Behandlungen gelten, die nicht stationäre Behandlungen sind sowie wiederholte Aufenthalte in Tages- und Nachtkliniken. Dazu ist jedoch einschränkend zu sagen, dass sich Art. 5 VKL auf die Akutversorgung und nicht auf die Langzeitpflege bezieht. Umgekehrt lässt sich aber aus Art. 6 VKL, der die Langzeitpflege regelt, nichts über Tages- und Nachtstrukturen entnehmen. Es erscheint deshalb gerechtfertigt, entsprechend dem geltenden § 12 Vo Langzeitpflege, die Erbringung von Pflegeleistungen in Tageszentren und neu auch in Nachtstrukturen als ambulante Leistung zu definieren.

Die Krankenversicherer erstatten für Leistungen in Tages- und Nachtstrukturen Beiträge an die Pflegekosten, die für die stationäre Langzeitpflege gelten (nArt. 7a Abs. 4 KLV) und damit nicht Stundenbeiträge, sondern Tagespauschalen. Dies ist nicht neu. Denn die Krankenversicherer gelten heute schon Leistungen in Tagesstrukturen mit pauschalierten Tagesbeiträgen ab. Im Kanton Zug bietet einzig das Pflegezentrum Baar auftragsgemäss Tagesheimplätze an. Nachtstrukturen sind bis anhin nicht im Angebot. Die Pauschalen für Tages- und Nachtstrukturen werden Gegenstand von Verhandlungen zwischen den Langzeitpflegeinstitutionen und den Krankenversicherern sein.

7.2 Spitalexterne ambulante Dienste mit oder ohne Leistungsauftrag

Mit der nun bundesgesetzlich vorgeschriebenen maximalen Beteiligung der versicherten Personen an den Pflegekosten und der Verpflichtung der Kantone, die Restfinanzierung zu regeln (nArt. 25a Abs. 5 KVG), besteht eine Leistungspflicht gegenüber Pflegefachleuten (Art. 49 KVV) und Organisationen der spitalexternen Pflege (Art. 51 KVV) unabhängig davon, ob sie über einen Leistungsauftrag verfügen oder nicht. Denn das KVG setzt lediglich voraus, dass

eine ärztliche Anordnung vorliegt, der Pflegebedarf ausgewiesen ist und die Leistung von einer Person mit einer kantonalen Zulassung (Berufsausübungsbewilligung bzw. Betriebsbewilligung) und mit erteilter Zulassungsnummer des Dachverbandes der Schweizer Krankenversicherer (santésuisse) erbracht wird (nArt. 25 Abs. 2 KVG). Mit der Pflegebeitragsbeschränkung (nArt. 25a Abs. 5 KVG) können Leistungserbringende den Leistungsbezügerinnen und -bezüger neben den Krankenkassenbeiträgen weiter nur die limitierte Eigenbeteiligung an den Pflegekosten in Rechnung stellen. Den Rest können sie bei der vom kantonalen Recht bezeichneten öffentlichen Stelle (im Kanton Zug die Gemeinden gemäss § 4 Abs. 3 SpG) geltend machen. Die bundesrechtlichen Vorgaben lassen es somit nicht zu, dass Leistungserbringende zwingend einen Leistungsauftrag benötigen, um gegenüber der Gemeinde einen Anspruch auf ungedeckte Pflegekosten geltend zu machen. Im Unterschied zur stationären Langzeitpflege besteht von Bundesrechts wegen im ambulanten Bereich kein Planungsauftrag, der es den Kantonen erlaubt, die Leistungen genau auf den Bedarf abzustimmen (vgl. Art. 39 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 Bst. d und e KVG). Das bedeutet aber nicht, dass die Gemeinden spitalexternen Diensten keine Leistungsaufträge mehr erteilen können und sollen. Entsprechend dem spitalgesetzlichen Auftrag haben die Gemeinden auch im spitalexternen Bereich die Versorgung sicherzustellen (§ 4 Abs. 3 SpG). Damit können sie ausgewählten Spitex-Organisationen und Pflegefachleuten für die Sicherstellung der Versorgung gemeinwirtschaftlicher Leistungen Aufträge erteilen und diese separat zu ihren Lasten abgelden. Dies entspricht auch den Empfehlungen der GDK vom 22. Oktober 2009, wonach unter gemeinwirtschaftliche Leistungen der Bereitschaftsdienst, 24-Stunden-Dienst, die Aufnahmepflicht, Beratungsleistungen ausserhalb des KVG, spezielle Aufwendungen für Onkologie, Psychiatrie und Kinder-Spitex oder die Organisation der Patientinnen- und Patientenübernahme nach einem Spitalaufenthalt verstanden werden. Letzteres gilt wohl auch für die Erbringung von ambulanten Pflegeleistungen in Tages- oder Nachstrukturen.

8. Tarifvereinbarungen (§ 12a)

Für den Fall, dass die Pflegekosten nach KVG nicht vollständig gedeckt sind, hat der Kanton die Restfinanzierung zu regeln (nArt. 25a Abs. 5 KVG). Laut der spitalgesetzlichen Aufgabenteilung tragen die Gemeinden die ungedeckten Pflegekosten. Wie auch heute schon vereinbaren sie mit den Leistungserbringenden Abgeltungspauschalen pro geleistete Stunden. Die Pauschalen decken die vollen Kosten der darin enthaltenen krankenkassenpflichtigen Leistungen gemäss Art. 7 ff. KLV nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit. Sollte keine Einigung zustande kommen, setzt der Regierungsrat die Pauschalen fest (Abs. 1). In den Pauschalen sind die Kosten der Finanzierung und Abschreibung der Investitionen sowie der Aus- und Weiterbildung eingeschlossen (Abs. 2).

Die ambulante Langzeitpflegeversorgung wird im ganzen Kanton durch eine einzige Organisation, die Spitex Kanton Zug, sichergestellt. Bei der Spitex Kanton Zug handelt es sich um einen privatrechtlichen Verein, der im Auftrag aller Zuger Gemeinden so wie auch Meierskappel die Hilfe und Pflege zu Hause anbietet. Die Spitex Kanton Zug bildet das Ergebnis eines Zusammenschlusses von neun Spitex-Organisationen. Sie hat ihre Arbeit am 1. Januar 2009 aufgenommen. Die Zuger Gemeinden haben mit der Spitex Kanton Zug eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen. Dadurch kommen einerseits die Gemeinden ihrem Versorgungsauftrag nach und andererseits stellen sie gleichzeitig sicher, dass die ambulanten Leistungen kantonsweit im gleichem Umfang und mit der gleichen Qualität angeboten und erbracht werden. Das bedeutet aber nicht, dass Pflegefachleute (Art. 49 KVV) oder andere Spitex-Organisationen (Art. 51 KVV) von der Leistungserbringung ausgeschlossen wären. Denn aufgrund der bundesrechtlich vorgegebenen Restfinanzierungspflicht haben die Gemeinden die ungedeckten Pflegekosten auch von Leistungserbringenden zu übernehmen, die über keinen Leistungsauftrag verfügen. Für sie gelten die mit der Spitex Kanton Zug vereinbarten Pflegepauschalen (Franken pro Stun-

de) (Abs. 3). Hingegen haben sie ohne Leistungsauftrag keinen Anspruch auf die Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen.

9. Eigenbeitrag an den ambulant erbrachten Pflegeleistungen (§ 12b)

Versicherten Personen dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwält werden (nArt. 25a Abs. 5 KVG). Dies betrifft die ambulante wie die stationäre Leistung gleichermaßen. Der Höchstbetrag bei den ambulanten Leistungen beträgt in der heutigen Fassung von nArt. 7a Abs. 2 KLV Fr. 79.80 pro Stunde. Damit können Leistungsbezügerinnen und -bezüger maximal Fr. 15.95 pro Tag bzw. pro Jahr Fr. 5'821.75 als Beteiligung an den Pflegekosten überwält werden (Eigenbeitrag).

Der schweizerische Spitexverband schlägt den Kantonen vor, die ambulanten Leistungsbezügerinnen und -bezüger von der Eigenbeteiligung an den ungedeckten Pflegekosten auszunehmen. Dadurch würde die spitalexterne Krankenpflege gezielt gefördert. Die Arbeitsgruppe neue Pflegefinanzierung hält jedoch dafür, dass die Kosten für die Betroffenen ohnehin im Alters- und Pflegeheim höher seien, weshalb eine moderate Eigenbeteiligung durchaus gerechtfertigt sei. Analog zu den stationären Pflegekosten empfiehlt sie, den Eigenbeitrag an den effektiven Tagesbedarf anzuknüpfen und den Leistungsbezügerinnen bzw. Leistungsbezügern 10 % des vom Bund vorgesehenen höchsten Stundenbeitrages, also maximal Fr. 8.-- (gerundet) zu belasten. Dies ergibt eine maximale Leistungsbeteiligung von Fr. 2'920.-- pro Jahr. Hingegen schliesst sie sich der Auffassung an, dass bei Spitexleistungen für Kinder und Jugendliche auf eine Beteiligung an den Pflegekosten zu verzichten sei. Ausschlaggebend sei, dass die Kinderspitex Luzern im Leistungsauftrag der Spitex Kanton Zug qualifizierte Leistungen erbringe und der Kanton Luzern beabsichtige, bei Kinder- und Jugendlichen auf eine Eigenbeteiligung zu verzichten. Ebenfalls auf Eigenleistungen soll gegenüber Beanspruchenden von Tages- und Nachtstrukturen verzichtet werden. Denn diese hätten mit der Doppelbelastung zu Hause ohnehin hohe Kosten zu tragen. Andererseits stehen solche Strukturen durchaus im Interesse der Öffentlichkeit, weil damit u. U. stationäre Langzeitaufenthalte hinausgezögert werden können.

Der Regierungsrat nimmt die Empfehlungen der Arbeitsgruppe auf und schliesst sich mit dem neuen § 12b Vo Langzeitpflege ihrer Beurteilung an. Hingegen lehnt er die vorgeschlagene generelle Kann-Formulierung für die Auferlegung des Eigenbeitrages ab. Dies führte dazu, dass jede Gemeinde die Eigenbeteiligung unterschiedlich handhaben würde, was zu Ungleichheiten und Missverständnissen führen würde.

10. Ambulante Akut- und Übergangspflege (§ 12c)

Die Akut- und Übergangspflege kann nicht nur stationär, sondern auch ambulant erbracht werden. Die in § 2a Vo Langzeitpflege aufgeführte Regelung gilt analog auch für die ambulante Akut- und Übergangspflege. Dementsprechend kann auf die entsprechenden Ausführungen zu § 2a Vo Langzeitpflege verwiesen werden. Die ambulanten Leistungserbringer benötigen zur Erbringung von Akut- und Übergangspflege einen Leistungsauftrag des Kantons. Diese haben dann die mit den Krankenversicherern Pauschalen zu vereinbaren. In diesem Sinne kann auf die Ausführungen zu § 2a verwiesen werden.

VII. Vernehmlassung

Der Regierungsrat beauftragt die Gesundheitsdirektion mit der Durchführung einer dreimonatigen Vernehmlassung. Dabei erhalten die Einwohnergemeinden, Heime, Trägerschaften und Interessensverbände etc. Gelegenheit, sich zu den revidierten Bestimmungen bzw. zur Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Kanton Zug vernehmen zu lassen.

VIII. Inkrafttreten

Die Inkraftsetzung der Ordnungsänderungen erfolgt zusammen mit den Bundesvorschriften auf den 1. Januar 2011.

IX. Finanzielle Auswirkungen

Die vorliegende Revision hat mit Bezug auf die Beteiligung an den Kosten für Akut- und Übergangspflege Auswirkungen auf die Staatskosten. Weil mehrere Faktoren wie Anzahl Betreiberinnen und Betreiber, Bettenzahl, Auslastung und Höhe der Tagespauschale noch unklar sind, können die finanziellen Auswirkungen nur sehr grob abgeschätzt werden. Ausgehend vom bestehenden Angebot der Übergangspflege im Pflegezentrum Baar unter Berücksichtigung einer vollständigen Auslagen der drei von sechs Pflegebetten mit einer Tagespauschale von Fr. 240.-- kann die Kostenbelastung auf Fr. 262'800.-- (3 x Fr. 240.-- x 365 Tage) geschätzt werden (entspricht Fr. 87'600.-- pro Bett bzw. Fr. 3'069.-- pro Fall). Der Kanton hätte mindestens 55 % der Kosten zu übernehmen, d. h. Fr. 144'540.-- bzw. rund Fr. 150'000.--. Werden Leistungsaufträge zur Durchführung der Akut- und Übergangspflege erteilt, so wird sich entsprechend das finanzielle Engagement des Kantons erhöhen.