



**Neuordnung der Spitalplanung und -finanzierung
(Änderung des Spitalgesetzes und des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die
Krankenversicherung)**

Bericht und Antrag des Regierungsrates
vom 5. April 2011

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen die Vorlage zur Neuordnung der Spitalplanung und -finanzierung und
erstatten Ihnen hierzu den nachstehenden Bericht, den wir wie folgt gliedern:

1.	In Kürze	3
2.	Ausgangslage	4
2.1	Allgemeines	4
2.2	Heutige Spitalplanung und -finanzierung im Kanton Zug	4
3.	Die neue Spitalplanung und -finanzierung	5
3.1	Bundesrechtliche Vorgaben	5
3.1.1	Überblick	5
3.1.2	Die relevanten Neuerungen im Einzelnen	6
3.2	Anpassungsbedarf und Handlungsspielraum für den Kanton	8
4.	Konzeption der Revisionsvorlage	8
4.1	Grundsätzliches	8
4.2	Planung und Finanzierung als Gesamtpaket	9
4.3	Teilrevision von Spitalgesetz und EG KVG	9
4.4	Ziele der Neuordnung	10
5.	Schwerpunkte	11
5.1	Neues Vergütungssystem	11
5.2	Leistungsorientierte Spitalplanung	15
5.3	Konsequente Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden	16
6.	Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens	18
6.1	Im Allgemeinen	18
6.2	Zu einzelnen Themen	19
6.2.1	Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden (§ 4 Spitalgesetz)	19
6.2.2	Finanzielle Steuerungsinstrumente (§ 6 Abs. 1 Bst. c und § 8 Abs. 3 Spitalgesetz)	19
6.2.3	Gemeinwirtschaftliche Leistungen (§ 9 Spitalgesetz)	19
6.2.4	Anlagefinanzierung (§ 9a und 11a Spitalgesetz)	19
6.2.5	Spitalplanung und Leistungssteuerung (§§ 5b und 5c EG KVG)	20
6.3	Konsequenzen aus der Vernehmlassung	20
6.3.1	Berücksichtigte Anliegen	20
6.3.2	Nicht berücksichtigte Anliegen	20
7.	Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen	21
7.1	Spitalgesetz	21
7.2	EG KVG	32

7.3	Kantonsratsbeschlüsse	35
7.4	In-Kraft-Treten	35
8.	Finanzielle Auswirkungen	35
9.	Antrag	36

1. In Kürze

Auf den 1. Januar 2012 tritt die neue Spitalfinanzierung des Bundes in Kraft. Die bundesrechtlichen Vorgaben bedingen auf diesen Zeitpunkt einen Systemwechsel und Anpassungen der kantonalen Regelungen zur Spitalplanung und Spitalfinanzierung. Die Neuordnung hat eine Teilrevision von zwei Gesetzen und die Aufhebung zweier Kantonsratsbeschlüsse zur Folge.

Die neuen Spitalfinanzierungsvorschriften des Bundes sehen vor, dass Versicherer und Kantone ihre Vergütungen an die Spitäler künftig nach den gleichen, im Bundesrecht festgelegten Regeln ausrichten. Das gilt für alle Spitäler, die gestützt auf die kantonalen Spitalplanungen für die Krankenversicherung zugelassen sind. Die bisherige Unterscheidung zwischen öffentlich subventionierten und nicht subventionierten Spitälern entfällt. Damit bekämen im Kanton Zug neben dem Zuger Kantonsspital, der Rehabilitations-Klinik Adelheid und der Psychiatrischen Klinik Zugersee künftig auch die private AndreasKlinik und die Klinik Meissenberg Staatsgelder, sofern sie wie heute auf der Zuger Spitalliste sind. Neu sollen die Leistungen der Listenspitäler deshalb begrenzt und im Detail beschrieben werden.

Neues Vergütungsregime

Im Spitalgesetz werden die Versorgungsaufgaben und das Vergütungssystem im Bereich der stationären Spitalversorgung neu geregelt und auf eine leistungsorientierte Abgeltung ausgerichtet. Gleichzeitig wird das Globalbudget als Option zur Kostenlenkung eingeführt und das Instrumentarium für die Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen bereitgestellt. Anpassungsbedarf besteht auch bei den Regeln zur Anlagefinanzierung. Hier setzt der Entwurf zunächst auf die Eigenverantwortung der Spitäler, indem diese die erforderlichen Mittel möglichst selbstständig auf dem freien Kapitalmarkt beschaffen sollen. Ist das nicht möglich, kann der Kanton den Listenspitälern Darlehen gewähren oder Garantien abgeben, damit sie die erforderlichen Anlagen beschaffen können. Um für alle Spitäler eine gleichwertige Ausgangslage für die zukünftige Spitalfinanzierung zu schaffen, sollen die bisher an die Spitalinfrastruktur geleisteten Kantonsbeiträge in Darlehen umgewandelt werden.

Anforderungen an Listenspitäler und Steuerungsmassnahmen

Anpassungen im Bereich der Spitalplanung erfährt auch das kantonale Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG). Die vorgesehenen Änderungen legen die Anforderungen an die Spitäler fest, die erfüllt werden müssen, damit diese eine Spitalistenplatzierung mit sogenannten Leistungsaufträgen erhalten. Zudem werden die planerischen Steuerungsmassnahmen wie Mengengrenzungen gesetzlich verankert.

Rückzug des Kantons aus der Langzeitpflege

Daneben bringt der Entwurf auch eine Änderung im Bereich der Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden. Vorgesehen ist, dass sich der Kanton bis im Jahr 2014 aus der Langzeitpflege zurückzieht und nur mehr beratende und koordinierende Aufgaben wahrnimmt. Der Kanton soll den Pflegeheimen mit regionalem Leistungsprogramm (Pflegezentrum Baar, Pflegezentrum Ennetsee [Cham], Luegeten Zentrum für Pflege und Betreuung [Menzingen], Betagtenzentrum Neustadt [Zug]) künftig keine Kantonsbeiträge an die Investitionen mehr ausrichten und auch nicht mehr ihre Leistungsprogramme festsetzen. Der Sonderstatus dieser Heimkategorie wird fallen gelassen, nachdem er bereits in der Vergangenheit oft umstritten war. Den Gemeinden wird die alleinige Versorgungs- und Finanzierungsverantwortung für die Langzeitpflege übertragen. Damit sich die Gemeinden und die betroffenen Leistungserbringer auf den Regimewechsel einstellen und die erforderlichen Strukturen aufbauen können, wird eine Übergangsfrist bis Ende 2013 vorgesehen. Der Rückzug des Kantons rechtfertigt sich aber auch fi-

nanzpolitisch angesichts der zusätzlichen Aufwendungen, die der Kanton künftig für die akut-medizinische Versorgung leisten muss.

2. Ausgangslage

2.1 Allgemeines

Am 21. Dezember 2007 verabschiedeten die eidgenössischen Räte eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10), worin sie die Spitalfinanzierung und -planung grundlegend neu ordneten. Die neuen Finanzierungsregeln gelten ab 1. Januar 2012. Die neue Planung muss auf den 1. Januar 2015 abgeschlossen sein.

Das Bundesrecht verpflichtet die Kantone weiterhin, eine bedarfsgerechte Spitalversorgung sicherzustellen, wobei für die Planung ein leistungsorientierter Ansatz vorgeschrieben wird. Welche Aufgaben ein Spital im Rahmen der kantonalen Planung zu erfüllen hat, wird mit dem Leistungsauftrag umschrieben. Der Systemwechsel bedingt eine Anpassung bei den Leistungsaufträgen bzw. bei der Spitalplanung. Es gilt den Kanton vor allzu hohen Kostenfolgen zu bewahren.

Zentrales Element der Neuordnung ist die Umstellung von der bisherigen Objektfinanzierung auf eine leistungsbezogene Subjektfinanzierung bzw. der Wechsel vom Prinzip der Kostenerstattung zu einem Preissystem. Neu müssen alle auf den kantonalen Spitallisten geführten Spitäler (sog. Listenspitäler) grundsätzlich leistungsbezogen mittels Fallpauschalen entschädigt werden. Die Abgeltung der stationären Leistungen wird zwischen den Versicherern und den Kantonen neu zu festen Prozentsätzen aufgeteilt und zwar unabhängig vom Status des Spitals. Durch diese Gleichstellung der Privatspitäler und der öffentlichen Spitäler erwachsen dem Kanton Zug bedeutende zusätzliche Kosten.

Anders als heute umfassen die Pauschalen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung künftig auch die Kostenanteile der Anlagenutzung, d. h. die Abschreibung und Verzinsung der Investitionen. Die Investitionen werden dabei über feste Fallpauschalanteile durch Versicherer und Kantone abgegolten. Dies wiederum entlastet den Kanton, da künftig auf separate Investitionsbeitragsleistungen an die öffentlich subventionierten Spitäler und Kliniken verzichtet werden kann.

Die Umsetzung des geänderten Bundesrechts bedingt verschiedene Anpassungen im kantonalen Recht. In diesem Zusammenhang soll auch die Aufgaben- und Lastenteilung zwischen Kanton und Gemeinden in den Versorgungsbereichen Spital, Pflegeheim und Spitex künftig konsequent ausgestaltet werden. Der Kanton wird sich deshalb neu im Langzeitpflegebereich auf die rein planerische, beratende und koordinierende Ebene beschränken.

2.2 Heutige Spitalplanung und -finanzierung im Kanton Zug

Nach bisherigem Recht waren die Kantone bei der Ausgestaltung der Spitalplanung weitgehend frei. Das KVG forderte im Wesentlichen nur, dass das Angebot an Spitalbetten den Bedarf der Kantonsbevölkerung deckt, diesen aber nicht überschreitet. Auf dieser Basis verabschiedete der Regierungsrat die Zuger Spitalliste 1997. Darin begrenzte er die Kapazitäten der somatischen Akutspitäler (Kantonsspital 190 Betten und AndreasKlinik 50 Betten), nicht jedoch diejenigen der Rehabilitationskliniken (Klinik Adelheid) und der psychiatrischen Kliniken (Psychiatrische Klinik Zugersee, Klinik Meissenberg). Die in der Zuger Spitalliste aufgeführten Spitäler wurden berechtigt und verpflichtet, Patientinnen und Patienten der Allgemeinen Abteilung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu behandeln.

Die Kostenbeteiligung der Krankenversicherer bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Institutionen ist nach geltendem Recht auf maximal 50 Prozent der Betriebskosten (ohne Anlagenutzungskosten) beschränkt (Art. 49 Abs. 1 KVG). Bei Privatspitälern entschädigen die Versicherer die vollen anrechenbaren Betriebskosten (2 x 50 Prozent) und die Anlagenutzungskosten (nach standardisierten Ansätzen). In der Praxis zeigte sich, dass die Spitäler die geforderte Kostentransparenz nie erreichten, sodass die Versicherer nie den maximalen Anteil an den Betriebskosten (von 50 Prozent bzw. 2 x 50 Prozent) vergüteten. Die Kostendifferenz bei den öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern und Kliniken trug entsprechend der Kanton, indem er seinen Anteil auf 52 bzw. 54 Prozent an hob (vgl. Art. 49 KVG i.V.m. § 8 Abs. 2 Spitalgesetz). Zudem finanzierte er deren Investitionen über Investitionsbeiträge und übernahm auch die daraus fliessenden Kosten der Finanzierung und Abschreibung (§ 6 Abs. 1 und § 8 Abs. 3 Spitalgesetz). Schliesslich vergütete er diesen Spitälern die gemäss Leistungsprogramm anfallenden Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen und für Lehre und Forschung (§ 8 Abs. 3 Spitalgesetz). Entsprechend leistet der Kanton Zug dem Zuger Kantonsspital unter dem Titel Gemeinwirtschaftlichkeit heute Pauschalvergütungen etwa für die Vorhalteleistungen der Notfallstation (2.5 Mio. Franken) und für Aufgaben im Bereich Bevölkerungsschutz (20'000 Franken). Die Kosten für Lehre und Forschung entschädigt der Kanton den öffentlichen oder öffentlich subventionierten Häusern nach den von der Preisüberwachung entwickelten normativen Sätzen (5 Prozent der Personalkosten bei Spitälern über 125 Betten, 2 Prozent bei Spitälern mit 75 - 124 Betten bzw. 1 Prozent bei tieferen Bettenzahlen).

3. Die neue Spitalplanung und -finanzierung

3.1 Bundesrechtliche Vorgaben

3.1.1 Überblick

Die KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung) bringt – wie eingangs erwähnt – verschiedene Veränderungen im System der Spitalfinanzierung und -planung. Unverändert bleibt dagegen die Verpflichtung der Kantone, eine bedarfsgerechte Spitalplanung und -versorgung sicherzustellen.

Von zentraler Bedeutung sind folgende Neuerungen:

- Die Spitalplanung muss grundsätzlich leistungsorientiert erfolgen (Art. 58c Bst. a der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV]; SR 832.102). Dabei sind Qualität und Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen (Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG).
- Die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten beschränkt sich ab 2012 nicht mehr auf die auf der Liste des Wohnkantons figurierenden Spitäler, sondern umfasst neu sämtliche Listenspitäler aller Kantone (Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG). Die Kantone müssen ihre Planungen koordinieren (Art. 39 Abs. 2 KVG).
- Die auf der Spitalliste geführten Spitäler werden ab 1. Januar 2012 für die stationäre Untersuchung und Behandlung von Patientinnen und Patienten in der Regel mit leistungsbezogenen Fallpauschalen entschädigt (Art. 49 KVG und Abs. 1 Übergangsbestimmungen). Mit diesen Pauschalen werden neben den Betriebskosten neu auch die Investitionskosten abgegolten; d. h. die Investitionen müssen ab 2012 von den Spitälern grundsätzlich aus den laufenden Erträgen finanziert werden.
- Die Fallpauschalen werden von den Versicherern mit den Spitälern ausgehandelt (Art. 49 Abs. 1 KVG und Art. 46 Abs. 1 KVG); von den vereinbarten Pauschalen muss der Kanton mindestens 55 Prozent und die obligatorische Krankenversicherung höchstens 45 Prozent übernehmen (Art. 49a Abs. 1 und 2 KVG). Eine direkte Beteiligung des Kan-

tons bei der Aushandlung der Pauschalen ist – wie heute – nicht vorgesehen. Es obliegt dem Kanton jedoch weiterhin, die Tarife (nachträglich) auf "Wirtschaftlichkeit und Billigkeit" zu prüfen bzw. zu genehmigen oder – falls kein Vertrag zustande kommt – den Tarif festzusetzen (Art. 46 und 47 KVG).

- Ab 2012 müssen die Kantone auch bisher nicht subventionierte Privatspitäler, die auf der Spitalliste aufgeführt sind, für ihre Leistungen entschädigen (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG und Abs. 4 Übergangsbestimmungen).
- Spitäler, die nicht auf die Spitalliste aufgenommen werden, können neu die Stellung eines Vertragsspitals erlangen (Art. 49a Abs. 4 KVG). In dieser Position können die Spitäler den Versicherern auf vertraglicher Grundlage höchstens den gleichen Fallpauschalenanteil verrechnen, wie er einem Listenspital für eine analoge Behandlung auf der allgemeinen Abteilung geschuldet wäre; eine finanzielle Beteiligung des Kantons erfolgt in diesen Fällen nicht.

3.1.2 Die relevanten Neuerungen im Einzelnen

Spitalplanung

Die Spitalplanung hat sich nach den Planungskriterien des Bundesrates auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit auszurichten (Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG in Verbindung mit Art. 58a bis 58e Verordnung über die Krankenversicherung, KVV, 832.102). Die Kantone sind bei der Spitalplanung zur interkantonalen Koordination verpflichtet (Art. 39 Abs. 2 KVG). Den Planungsauftrag mit Bezug auf die hochspezialisierte Medizin (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG) haben die Kantone bereits erfüllt.

Leistungsbezogene Vergütung

Die auf die Spitalliste aufgenommenen Spitäler, Kliniken und gegebenenfalls Geburtshäuser erhalten vom Kanton detaillierte Leistungsaufträge. Die Vergütung der Spitaltarife erfolgt, basierend auf einer schweizweit einheitlichen Tarifstruktur, gemeinsam durch Krankenversicherer und Kanton (Art. 49 Ziff. 1 KVG). Vor allem im akutsomatischen Bereich sollen die Fälle mit dem bis dahin zu entwickelnden SwissDRG-Tarifmodell (DRG = Diagnosis Related Groups) abgegolten werden. Bei einer DRG-Vergütung wird jede Patientin und jeder Patient eines Spitals einer diagnosebezogenen Fallgruppe mit entsprechendem Fallgewicht zugeteilt. In einer bestimmten Fallgruppe finden sich Patientinnen und Patienten mit ähnlichen klinischen Eigenschaften und einem zu erwartenden ähnlichen Behandlungsaufwand. Mittels Multiplikation mit dem von den Krankenversicherern und den Spitälern ausgehandelten Basispreis (Baserate) errechnet sich die Vergütung pro Fall.

Die direkte Subventionierung der Spitäler durch den Staat (Objektfinanzierung und Defizitdeckung) entfällt generell. Die Finanzierung erfolgt leistungsbezogen mittels Pauschalen.

Die Pauschalen beinhalten die Betriebskosten und neu auch Investitionskostenanteile. Die separate Vergütung der Investitionskosten an bisher sog. öffentlich subventionierte Spitäler entfällt. Gemeinwirtschaftliche Leistungen wie universitäre Lehre und Forschung sowie Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sind wie bisher nicht in den Pauschalen enthalten und deshalb vom Kanton separat zu vergüten (Art. 49 Abs. 3 KVG).

Kostenteiler zwischen Kanton und Krankenversicherer

Bei der Vergütung tragen die Kantone mindestens 55 Prozent und die Krankenversicherer maximal 45 Prozent der Fallkosten (Art. 49a Abs. 2 KVG). Kantone, deren Krankenkassenprämien unter dem schweizerischen Durchschnitt liegen, können ihren Anteil zwischen 45 und 55 Prozent festlegen. Bis zum 1. Januar 2017 darf die jährliche Anpassung des Finanzierungsanteils ab erstmaliger Festsetzung höchstens 2 Prozentpunkte betragen (Übergangsbestimmungen Abs. 5 KVG).

Freie Spitalwahl

Allgemeinversicherte dürfen künftig landesweit frei unter allen Spitälern wählen, die auf der Spitalliste des Wohn- oder Standortkantons aufgeführt sind (Listenspitäler) (Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG). Für den Aufenthalt in einem ausserkantonalen Listenspital, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, vergüten Versicherer und Wohnkanton nach dem Tarif, der im Wohnkanton gilt. Eine allfällige Differenz müssen die Versicherten selber oder über eine Zusatzversicherung berappen. Eine Ausnahme bilden medizinisch indizierte Aufenthalte (notfallbedingt oder wenn die entsprechende Behandlung auf einem Listenspital des Wohnkantons nicht angeboten wird). In diesen Fällen vergüten Versicherer und Wohnkanton die Leistung nach dem Tarif des Leistungserbringers (Art. 41^{bis} Abs. 3 KVG).

Gleichbehandlung der Listenspitäler

Die Finanzierungsregeln gelten ohne Unterschied, ob es sich entsprechend der bisherigen Terminologie um ein öffentliches bzw. öffentlich subventioniertes oder ein privates Spital handelt. Entscheidend für die finanzielle Beteiligung von Versicherer und Wohnkanton ist, dass sich das Spital auf der Liste des Standortkantons oder des Wohnkantons der Patientin oder des Patienten befindet (Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG). Der Begriff öffentlich subventioniert wird mit der neuen Spitalfinanzierung obsolet.

Vertragsspitäler

Die Krankenversicherer können auf freiwilliger Basis mit Spitälern Verträge abschliessen, die nicht auf der Spitalliste stehen (sog. Vertragsspitälern). Die Krankenversicherer beteiligen sich an den Kosten höchstens wie bei den Spitälern, die sich auf der Spitalliste befinden (Art. 49a Abs. 4 KVG). Hingegen muss die Patientin oder der Patient den anderen Teil, d. h. den Teil des Wohnkantons, entweder selber berappen oder mittels Zusatzversicherung abdecken.

Datenbekanntgabe

Die Leistungserbringenden sind verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden jene Daten bekannt zu geben, die zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen nötig sind (Art. 22a KVG). Die Daten werden via Bundesamt für Statistik (BFS) u. a. den Kantonen und den Krankenversicherern zur Verfügung gestellt (Art. 22a Abs. 3 KVG).

Betriebsvergleiche

Der Bundesrat ordnet in Zusammenarbeit mit den Kantonen schweizweit Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. Er veröffentlicht die Betriebsvergleiche (Art. 49 Abs. 8 KVG).

3.2 Anpassungsbedarf und Handlungsspielraum für den Kanton

Die neuen bundesrechtlichen Vorgaben bedingen sowohl einen Systemwechsel bei der Spitalplanung als auch bei der Spitalfinanzierung, da das KVG für beide Bereiche dem Grundsatz nach einen leistungsorientierten Ansatz vorschreibt. Bei der Planung liess der Bund entgegen seiner ursprünglichen Absicht in den Ausführungsverordnungen zum KVG viele Fragen offen. Das Bundesrecht schreibt zwar eine bedarfsgerechte Planung nach Massgabe von Wirtschaftlichkeit und Qualität vor. In der Detailausgestaltung verfügen die Kantone aber über einen gewissen Handlungsspielraum. So können sie etwa die Ziele der Spitalplanung selbstständig formulieren und auch die Anforderungen an die Leistungserbringer und das Evaluationssystem für die Vergabe der Leistungsaufträge bestimmen.

Sache des kantonalen Rechts ist es auch, die Beiträge der öffentlichen Hand an gemeinwirtschaftlichen Leistungen zu regeln. Darüber hinaus stellt sich für den Kanton die Frage, ob und inwieweit er die Listenspitäler über eine Gewinn- bzw. Ertragsverwendung in die Finanzierung miteinbeziehen will. Schliesslich gilt es zu klären, wie mit den bisher geleisteten Investitionsbeiträgen der öffentlichen Hand zu verfahren ist.

Im Zusammenhang mit der Neuordnung des Spitalbereichs und dem Rückzug des Kantons aus dem Bereich der Langzeitpflege sind auf Stufe Kantonsrat folgende kantonalen Erlasse anzupassen:

Änderungen:

- Spitalgesetz vom 29. Oktober 1998 (BGS 826.11);
- Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 29. Februar 1996 (EG KVG; BGS 842.1).

Aufhebungen:

- Kantonsratsbeschluss betreffend Anerkennung öffentlich subventionierter Spitäler vom 17. Dezember 1998 (BGS 826.115);
- Kantonsratsbeschluss betreffend Anerkennung von Pflegeheimen mit regionalem Leistungsprogramm vom 17. Dezember 1998 (BGS 826.116).

Durch den Regierungsrat sind des Weiteren folgende Verordnungen anzupassen:

- Verordnung über Investitionsbeiträge an die öffentlich subventionierten Spitäler und die Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm vom 16. August 2000 (BGS 826.117) und
- Verordnung über die stationäre und ambulante Langzeitpflege vom 1. Juni 2004 (BGS 826.113)

4. Konzeption der Revisionsvorlage

4.1 Grundsätzliches

Um die Bedürfnisse des Kantons bei der Ausarbeitung der Gesetzesgrundlagen und der neuen Spitalliste möglichst frühzeitig und umfassend erfassen zu können, rief die Gesundheitsdirektion Anfang 2010 eine Steuergruppe sowie eine Projektgruppe aus Mitarbeitenden der kantonalen Verwaltung ins Leben. Diese analysierte den gesetzgeberischen Handlungsbedarf und erstellte in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich eine kantonale Bedarfsanalyse und -prognose.

Ende Juni 2010 veröffentlichte die Gesundheitsdirektion den Versorgungsbericht¹. Er enthält als erste Etappe der Zuger Spitalplanung 2012 die Bedarfsprognosen bis 2020. Der Bericht beruht auf dem Zürcher Leistungsgruppenkonzept, dem das DRG-System zugrunde gelegt ist. Ein sog. Strukturbericht enthält die medizinischen Leistungsgruppen mit den dazugehörigen Auflagen (Facharzt, Notfall- und IPS-Level, allfällige Mindestzahlen).

Der ermittelte Bedarf und die Leistungsgruppen bilden sodann Ausgangspunkt für die künftigen Leistungsaufträge in der somatischen Akutversorgung und der Rehabilitation, die der Regierungsrat den Leistungserbringern auf Anfang 2012 erteilt. Die Psychiatrieplanung ist dagegen nicht Gegenstand dieses Projekts. Da der Kanton Zug die psychiatrische Versorgung zusammen mit den Kantonen Schwyz und Uri in einem Konkordat sicherstellt, ist dafür eine gemeinsame Planung vorgesehen, die separat erstellt wird.

Weitere Grundlage für die Spitalplanung und die vorliegende Revision bildeten die Erkenntnisse und Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)². Anlässlich einer Aussprache vom 31. August 2010 traf der Regierungsrat zudem verschiedene Grundsatzentscheide, die als Basis für die Ausarbeitung des Revisionsentwurfs dienen.

4.2 Planung und Finanzierung als Gesamtpaket

Eine auf Art. 59d KVV beruhende Abgeltung auf der Grundlage einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur mit diagnosebezogenen Fallpauschalen ist in Vorbereitung. Diese Tarifstruktur baut auf dem DRG-System (diagnosis related groups) auf, bei dem medizinisch ähnliche Fälle zu kostenhomogenen Gruppen zusammengefasst und mit einer Pauschale entschädigt werden. Als Folge davon sind die Leistungsaufträge und dementsprechend die Spitalplanung soweit möglich auf die DRG-Struktur abzustimmen.

Auf den 1. Januar 2012 soll die neue Spitalliste auf Leistungsgruppen basierend in Kraft treten. Der Regierungsrat muss somit die Spitalliste im Oktober 2011 verabschieden und die Leistungsaufträge zur Unterzeichnung freigeben.

Wegen dieses Zusammenspiels von Planung und Finanzierung ist es sachgerecht, die Spitalfinanzierung nicht nur zeitlich koordiniert mit der Spitalplanung anzugehen, sondern auch die rechtlichen Vorgaben dazu dem Kantonsrat in einer Gesamtvorlage zu unterbreiten. Das gilt umso mehr, als der Kanton mit In-Kraft-Treten der neuen Finanzierungsregeln per 1. Januar 2012 auch die Leistungen der auf der Liste befindlichen Privatspitäler vergüten muss.

Ab 1. Januar 2012 soll (im akutsomatischen Bereich) die neue Spitalliste samt Leistungsaufträgen gelten. Ab diesem Zeitpunkt wird auch die neue Finanzierungsregelung in Kraft sein.

4.3 Teilrevision von Spitalgesetz und EG KVG

Thematische Revisionspunkte der Vorlage bilden einerseits die Spitalplanung, andererseits die Spitalfinanzierung. Die Spitalplanung ist heute auf Ebene Kanton im Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG; BGS 842.1) geordnet. Dieser Erlass stammt aus dem Jahr 1996. Die Spitalfinanzierung ist im Spitalgesetz (BGS 826.11) geregelt,

¹ Im Internet unter: www.zug.ch/behoerden/gesundheitsdirektion/direktionssekretariat/spitaeler

² Empfehlungen der GDK vom 14. Mai 2009 zur Spitalplanung unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007 (www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/EM_Spitalplanung_20090514-d.pdf)

das aus dem Jahr 1998 datiert. Beide Vorlagen befriedigen gesetzestechnisch und auch sprachlich heute noch. An der (historisch gewachsenen) Gliederung der kantonalen Gesetzgebung soll deshalb festgehalten werden. Entsprechend drängt sich eine Teilrevision auf, bei der die erforderlichen Anpassungen im Bereich der Finanzierung im Spitalgesetz und bezüglich der Spitalplanung im EG KVG vorgenommen werden.

Das Vorgehen über ein Gesamterlasspaket ist rechtlich zulässig, da die Einheit der Materie eingehalten ist. Auch gesetzgebungstechnisch ist das vernünftig. Da die Revision in Form einer Gesamtvorlage ausgestaltet ist, erweist es sich auch hinsichtlich des politischen Meinungsbildungsprozesses als sachgerecht.

Im Spitalgesetz werden die Versorgungsaufgaben und das Vergütungssystem im Bereich der stationären Spitalversorgung neu geregelt. Zugleich wird dort das Globalbudget als Option zur Kostenlenkung eingeführt und es wird das Instrumentarium für die Versorgungsdeckung über gemeinwirtschaftliche Leistungen bereitgestellt. Anpassungsbedarf besteht auch bei den Regeln zur Anlagefinanzierung. Hier setzt der Entwurf zunächst auf die Eigenverantwortung der Spitäler, indem diese die erforderlichen Mittel möglichst selbstständig auf dem freien Kapitalmarkt beschaffen sollen. Ist das nicht möglich, kann der Kanton den Listenspitälern Darlehen gewähren oder Garantien abgeben, damit sie die erforderlichen Anlagen beschaffen können. Um für alle Spitäler eine gleichwertige Ausgangslage für die zukünftige Spitalfinanzierung zu schaffen, sollen die bisher an die Spitalinfrastruktur geleisteten Kantonsbeiträge in Darlehen umgewandelt werden.

Daneben bringt der Entwurf auch eine Änderung im Bereich der Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden. Vorgesehen ist, dass sich der Kanton aus der Langzeitpflege zurückzieht und nur mehr koordinierende Aufgaben wahrnimmt. Der Kanton soll den Pflegeheimen mit regionalem Leistungsprogramm künftig keine Kantonsbeiträge an die Investitionen mehr ausrichten und auch nicht mehr ihre Leistungsprogramme festsetzen. Der Sonderstatus dieser Heimkategorie wird fallen gelassen, und den Gemeinden wird die alleinige Versorgungs- und Finanzierungsverantwortung für die gesamte Langzeitpflege übertragen.

Weiter erfährt das EG KVG Anpassungen im Bereich der Spitalplanung. Die dort vorgesehenen Änderungen legen die Anforderungen an die Spitäler fest, damit diese eine Spitalistenplatzierung mit sog. Leistungsaufträgen erhalten. Zudem werden die planerischen Steuerungsmassnahmen wie Mengengrenzungen gesetzlich verankert.

4.4 Ziele der Neuordnung

Bei der neuen kantonalen Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzgebung gilt es Lösungen und Modelle zu finden, die den teilweise unterschiedlichen Interessen von Spitalern, Versicherern und Kanton gerecht werden. Für den Kanton ist – neben der Kostendämpfung – die Sicherstellung der qualitativ hochstehenden Versorgung für seine Bevölkerung von zentraler Bedeutung. Kriterium für die Ausgestaltung der Spitalversorgung bilden in erster Linie technische bzw. medizinische Betrachtungen, die in qualitative und quantitative Vorgaben fließen.

Daneben spielen immer auch sozial- und volkswirtschaftliche Aspekte eine gewichtige Rolle. Ein gut ausgebautes Spitalangebot trägt zur Standortattraktivität unserer Region bei. Das Wahlrecht unter den Leistungserbringern und die Tragbarkeit der Kassenprämien wiederum sind für die Versicherten von zentraler Bedeutung. Es gilt entsprechend auf den bestehenden Strukturen aufzubauen. Unnötige Wettbewerbsverzerrungen sind zu vermeiden. Für die Marktteilnehmer sollen vergleichbar lange Spiesse gelten. Ihnen soll der erforderliche Spielraum für innovative Lösungen im Wettbewerb belassen werden. Die Spitäler sollen gleichermaßen gefordert sein, ihre Angebote patientengerecht, effizient und kostengünstig zu gestalten.

Der Regierungsrat hat sich für die Spitalplanung und Spitalfinanzierung folgende Ziele gesetzt:

- Der Spitalstandort Kanton Zug wird gestärkt.
- Die erweiterte Grundversorgung wird innerkantonal in hoher Qualität angeboten.
- Die spezialisierte Versorgung wird grundsätzlich ausserkantonal sichergestellt. Begründete Ausnahmen sind in Nachachtung der anderen Ziele zulässig.
- Die Krankenkassenprämien bleiben im gesamtschweizerischen Vergleich im untersten Quartil.
- Die Gesamtkosten für Vergütungen nach Art. 49 Abs. 1 KVG sollen – unter Berücksichtigung des Bevölkerungswachstums – nicht stärker steigen als im gesamtschweizerischen Durchschnitt.

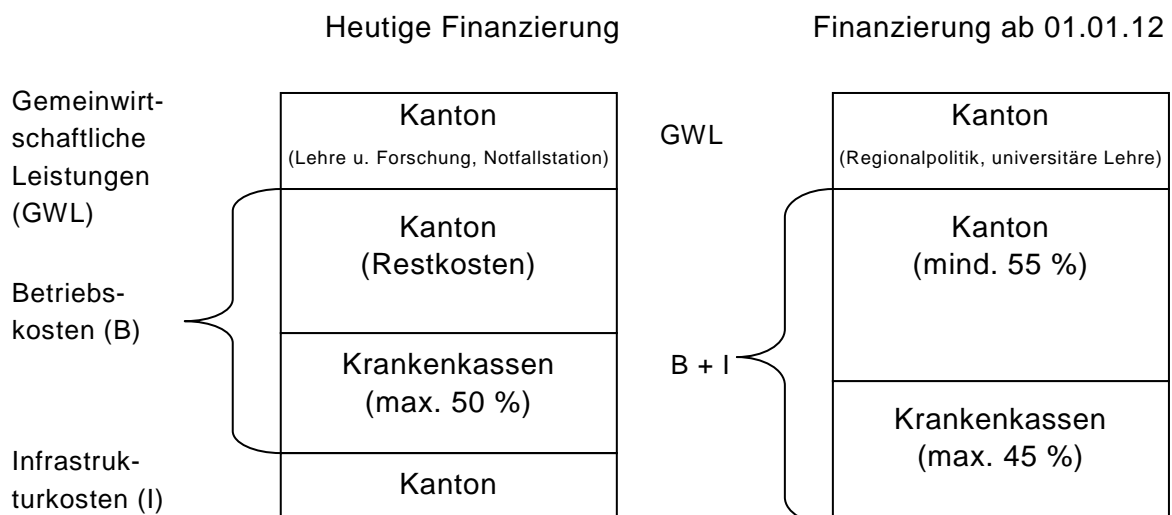
5. Schwerpunkte

5.1 Neues Vergütungssystem

Stationäre Spitalbehandlungen werden heute unterschiedlich finanziert, je nachdem ob sie in öffentlichen oder privaten Spitälern durchgeführt werden. Bei öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern vergütet die Krankenversicherung maximal 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten. Den Rest der Betriebskosten und die Investitionskosten übernimmt die öffentliche Hand. Bei den privaten Spitälern trägt die Krankenversicherung die vollen anrechenbaren Kosten. Die Kantone leisten hier keine Beiträge.

Mit In-Kraft-Treten der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 tragen Versicherer und Kantone die stationären Spitalkosten anteilmässig. Die Vergütung basiert neu auf Fallpauschalen. Diese umfassen neben den Betriebskosten neu auch die Investitionskostenanteile. Die Kantone vergüten dabei mindestens 55 Prozent und die Krankenversicherer maximal 45 Prozent der Fallkosten (Art. 49a Abs. 2 KVG). Gemeinwirtschaftliche Leistungen wie universitäre Lehre und Forschung sowie Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sind nicht in den Pauschalen enthalten. Sie sind vom Kanton wie heute schon separat zu vergüten (Art. 49 Abs. 3 KVG).

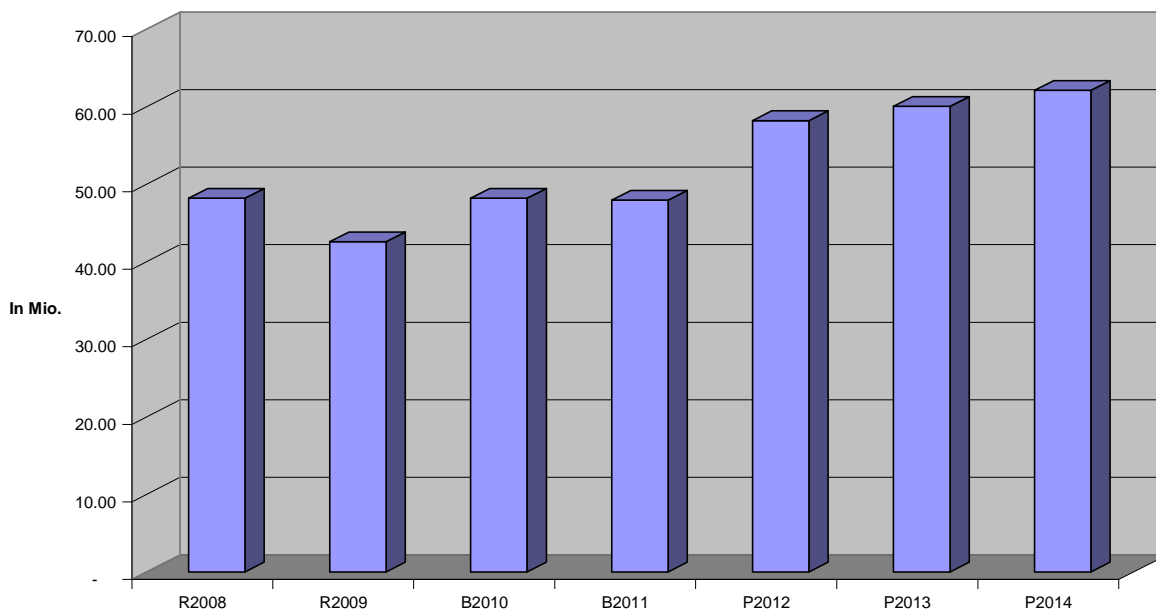
Aus der neuen Spitalfinanzierung resultiert für die Finanzierung der Kosten im Bereich der stationären Spitalbehandlungen folgender Systemwechsel (schematische Darstellung):



Zwar entfällt die separate Vergütung der Investitionskosten an bisher sog. öffentlich subventionierte Spitäler, was die Staatskasse entlastet. Gleichwohl führt das bundesrechtliche Spitalfinanzierungssystem zu massiven Mehrbelastungen der Staatskasse. Das hat drei Gründe: Einerseits muss der Kanton Zug neu auch die anteilmässigen Kosten für KVG-Leistungen in den bislang nicht subventionierten Privatspitälern (AndreasKlinik, Klinik Meissenberg) übernehmen, falls sie wie heute auf der Spitalliste geführt werden. Schliesslich ist aufgrund der Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten mit einer starken Zunahme der Kosten für ausserkantonale Spitalbehandlungen zu rechnen. Dies, weil der Wohnkanton bei Aufenthalten in ausserkantonalen Spitälern, die auf der Spitalliste eines Kantons aufgeführt sind, neu die anteilmässige Mitfinanzierung wie innerkantonal leisten muss, auch wenn die entsprechende Behandlung in einem Listenspital des Wohnkantons angeboten wird. Um den Kanton vor zu hohen Kostenfolgen zu bewahren, muss die geltende Zuger Spitalliste überarbeitet werden. Insbesondere müssen die Spitäler und Kliniken – anders als heute – mit präzise umschriebenen Leistungsbereichen auf der Liste aufgeführt werden.

Basierend auf dem Kostenteiler von 55 zu 45 und den heutigen Leistungsangeboten der Listenspitäler dürfte sich die Leistungsabgeltung des Kantons an die innerkantonalen Spitäler und Kliniken wie folgt entwickeln:

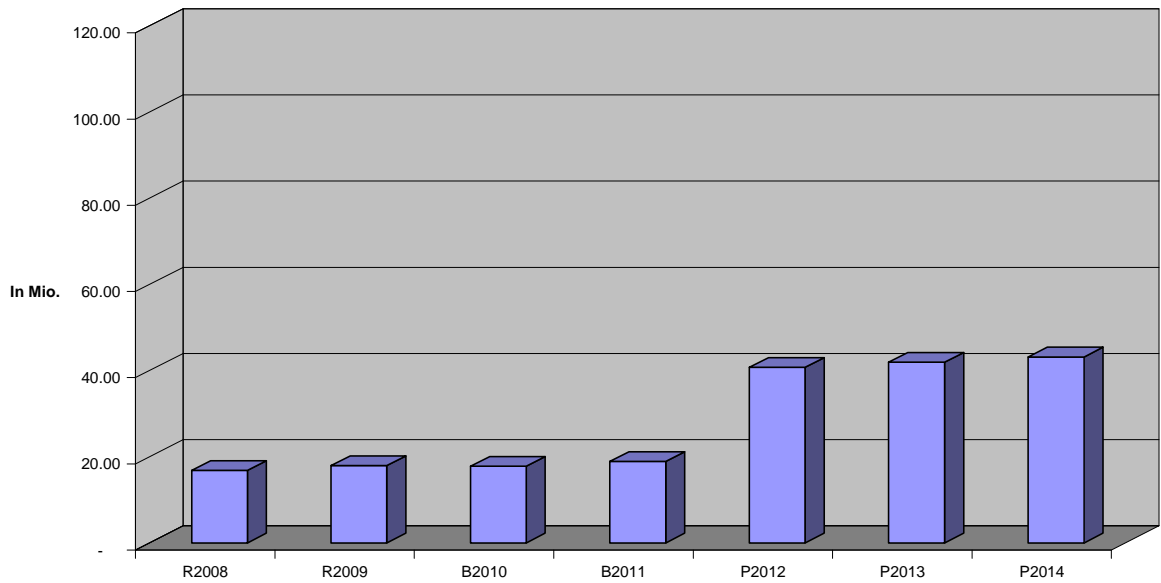
Leistungseinkauf Zuger Spitäler



(R = Rechnung; B = Budget; P = Finanzplan)

Ebenfalls markant gegenüber heute dürften die Kosten anwachsen, die der Kanton gestützt auf Art. 41 KVG an ausserkantonale Spitalleistungen vergüten muss.

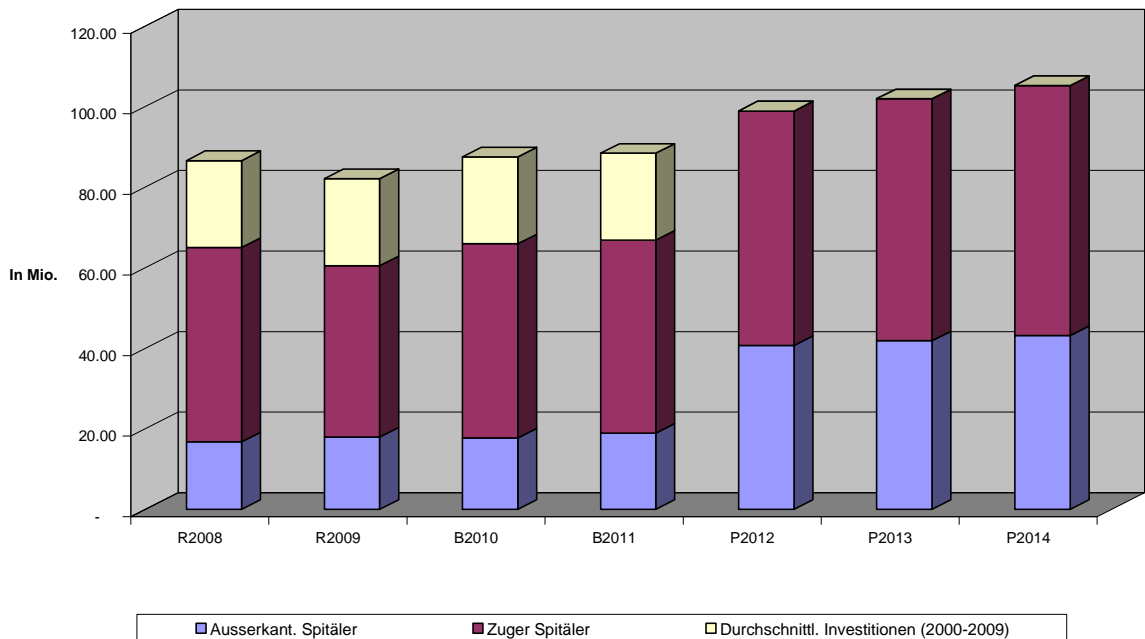
Leistungseinkauf ausserkantonale Spitäler



(R = Rechnung; B = Budget; P = Finanzplan)

Bezieht man jedoch die durchschnittlich in den letzten zehn Jahren vom Kanton an die üblich subventionierten Spitäler geleisteten Investitionsbeiträge in die Betrachtung mit ein (einschliesslich der Finanzierung der kantonseigenen Spitalbaute Kantonsspital im Betrag von rund 171 Mio. Franken), so zeigt sich, dass das Wachstum insgesamt weniger gravierend ausfällt:

Leistungseinkauf kantonale und ausserkantonale Spitäler inkl. Investitionen

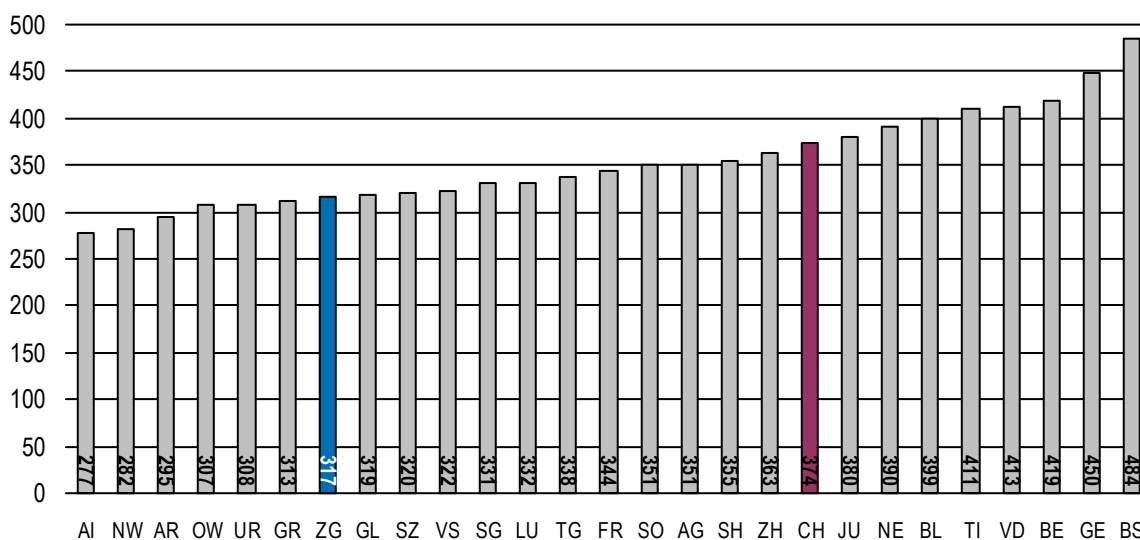


(R = Rechnung; B = Budget; P = Finanzplan)

Laut Übergangsbestimmungen zur Spitalfinanzierung dürfen Kantone, deren kantonale Durchschnittsprämie für Erwachsene am 31. Dezember 2011 die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreitet, während fünf Jahren seit In-Kraft-Treten der neuen Finanzierungsregeln ihren Anteil zwischen 45 und 55 Prozent festlegen. Dabei darf die jährliche Anpassung des Finanzierungsanteils bis zum 1. Januar 2017, ab erstmaliger Festsetzung höchstens 2 Prozentpunkte betragen (Übergangsbestimmungen Abs. 5 KVG). Obschon der Kanton Zug heute mit seiner Prämie noch deutlich unter dem schweizerischen Mittel liegt, wurde im Sinne einer vorsichtigen Kalkulation bei der Berechnung der finanziellen Auswirkungen für den Finanzplan von einer 55-Prozent-Beteiligung der öffentlichen Hand ausgegangen.

Setzt man den prozentualen Anteil des Kantons herab, so reduzieren sich die Kantonsausgaben für den inner- und ausserkantonalen Leistungseinkauf. Pro herabgesetzten Prozentpunkt dürfte die Reduktion in Franken rund 1,8 Mio. ausmachen. Würde der Kantonsanteil etwa auf 45 Prozent (statt auf 55 Prozent) gesetzt, dürften sich die Kosten für den Leistungseinkauf im Jahr 2012 auf mutmasslich rund 80 Mio. Franken belaufen (statt auf rund 99 Mio. Franken). Bei einer Herabsetzung muss jedoch die soziale Krankenversicherung die Kostendifferenz tragen. Laut ersten Kostenschätzungen der Krankenversicherer würden deren Kosten für stationäre Behandlungen bei einem Kantonsanteil von 45 Prozent und einem Versichereranteil von 55 Prozent um 6,2 Prozent ansteigen. Die Prämien der Versicherten im Kanton Zug würden sich allein aufgrund dieses Effekts (d. h. ohne sonstige Kostenentwicklungen und Deckungslücken bei den Versichererreserven) um rund 2 Prozent erhöhen.

Die untenstehende Darstellung zeigt die Prämien 2011 (obligatorische Krankenversicherung mit Unfall für Personen ab 26 J.)



Entsprechend wird es Sache des Regierungsrats als zuständige Behörde sein, bei der jährlichen Festsetzung des Kantonsanteils nicht nur die Auswirkungen auf den Staatshaushalt, sondern auch die Entwicklung für die Prämienzahlerinnen und -zahler im Auge zu behalten.

Mit Beschluss vom 1. März 2011 setzte der Regierungsrat den kantonalen Anteil für das Jahr 2012 auf 47 Prozent fest. Aus diesem Kostenteiler resultiert für die soziale Krankenversicherung bzw. die Krankenversicherten eine Prämiensteigerung von mutmasslich etwa einem Pro-

zent. Die Belastung der Kantonsfinanzen steigt zugleich von heute 79.8 Mio. Franken (Budget 2011³) auf schätzungsweise 88.2 Mio. Franken im Jahr 2012⁴.

5.2 Leistungsorientierte Spitalplanung

Bei der Planung hat der Bund entgegen seiner ursprünglichen Absicht in den Ausführungsverordnungen zum KVG viele Fragen offen gelassen. In der Detailausgestaltung haben die Kantone dadurch einen gewissen Handlungsspielraum. Der Bund schreibt mit seinen Rahmenbedingungen eine bedarfsgerechte Planung nach Massgabe von Wirtschaftlichkeit und Qualität zwingend vor. Die Planung der Spitalversorgung zur Behandlung von akutsomatischen Krankheiten muss zudem neu leistungsorientiert erfolgen, während für die Rehabilitation und die Psychiatrie wie bisher eine rein kapazitätsbezogene Planung möglich ist (Art. 58c Bst. a und b KVV).

Das Planungskonzept der Gesundheitsdirektion sieht für den akutsomatischen Bereich vor, dass die stationären Leistungen mittels DRG-Gruppen in medizinisch und ökonomisch sinnvollen Leistungsgruppen zusammengefasst und mit medizinisch begründeten Auflagen belegt werden. Dieses Vorgehen erfüllt nach einhelliger Meinung die Anforderung nach einer leistungsorientierten Spitalplanung, wie dies Art. 58c Bst. a KVV zur Behandlung von akutsomatischen Krankheiten in Spitälern vorschreibt. Die Auflagen hinsichtlich Facharzttitel, Mindestzahlen, Notfall- und IPS-Level dienen dabei den KVG-Vorgaben der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeit, indem sie zugleich zu einer Konzentration der Angebote führen. Davon zu unterscheiden ist die Mengensteuerung. Sie will in erster Linie Mengenausweitungen verhindern, wobei sie – zu rigide eingesetzt (z. B. basierend auf Fallzahlenbegrenzungen) – auch strukturerhaltend bzw. wettbewerbshemmend wirken kann.

Generell ist davon auszugehen, dass die Spitäler und Kliniken allzu strenge Planungs- und Finanzierungsvorschriften als innovationshemmend ablehnen. Umgekehrt ist voraussehbar, dass ein Verzicht des Kantons auf mengensteuernde Massnahmen zu unkontrollierbaren Kosten für die Steuer- und Prämienzahlerinnen und -zahler führt. Deshalb macht es durchaus Sinn, die Leistungsaufträge nicht bloss zu konkretisieren und einzugrenzen, sondern auch Mengengrenzungen (wie Bettenzahlen) in den Spitallisten festzulegen, auch wenn die meisten Kantone künftig darauf verzichten dürften. Weiter gilt es zu verhindern, dass die Spitäler ihre Angebote auf lukrative Segmente beschränken können. Das könnte nämlich in Teilbereichen zu einer Unterversorgung führen.

In diesem Sinne soll die neue Zuger Spitalplanungsgesetzgebung verschiedene regulative Elemente für die Spitalplanung festschreiben. Das kantonale Recht soll:

- die Ziele der Spitalplanung umreissen,
- die Anforderungen an die Leistungserbringer bestimmen,
- die Grundzüge der Spitalliste festlegen,
- Massnahmen zur Kostensteuerung und zur Sicherung der Versorgung vorsehen.

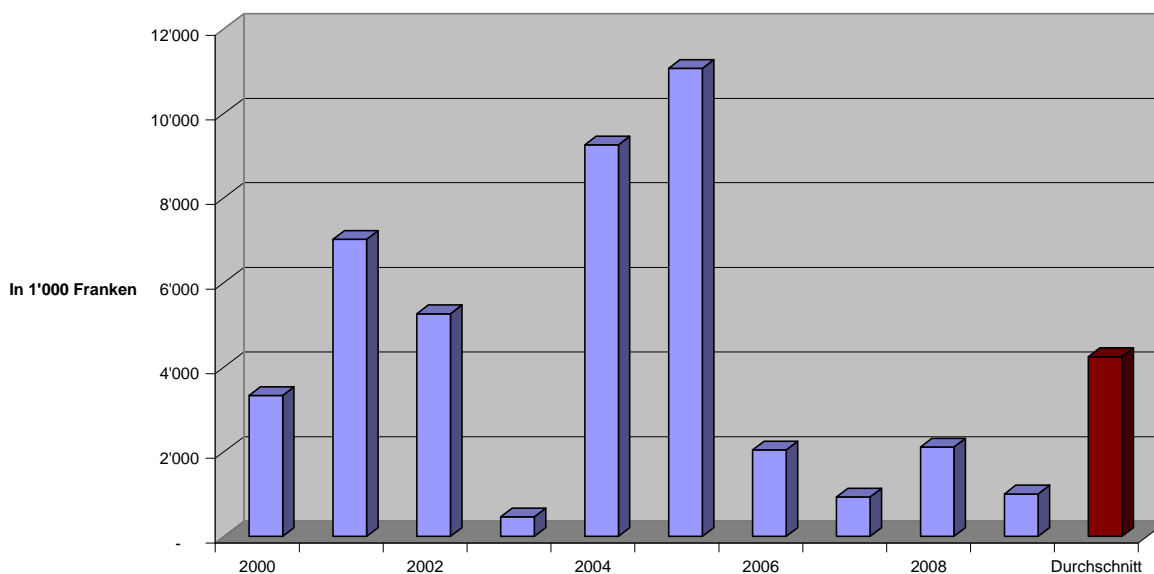
³ Das Kantonsbudget 2011 rechnet mit Spitalkosten von total 79.8 Mio. Franken (Kantonsanteil inner- und ausserkantonale von rund 75 Mio. Franken zuzüglich der kantonalen Beiträge an die Investitionen der Spitäler von 4.8 Mio. Franken).

⁴ Die für das Jahr 2012 prognostizierten Kantonsausgaben von 88.2 Mio. Franken bei der Kantonsquote von 47 % basieren auf dem Gesamtkostenvolumen für stationäre KVG-Leistungen Kanton Zug 2012 (100 %; inner- und ausserkantonale sowie inkl. Investitionskostenabgeltung) von 187.7 Mio. Franken (Datenpool santésuisse). Es handelt sich dabei um einen Bruttobetrag, das heisst vor Abzug der Mietzinseinnahme für die Liegenschaft Zuger Kantons-spital.

5.3 Konsequente Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden

Nach geltendem Recht sind die Gemeinden grundsätzlich für die Langzeitpflege zuständig (vgl. § 4 Abs. 3 Spitalgesetz), während der Kanton die Spitalversorgung sicherzustellen und auch zu finanzieren hat (§ 4 Abs. 1 Spitalgesetz). Eine wesentliche Ausnahme in dieser Aufgabenteilung stellt heute die Verpflichtung des Kantons zur Sicherstellung der Schwerpunktversorgung in der stationären Langzeitpflege dar (§ 4 Abs. 2 Spitalgesetz). Um dieser Verpflichtung nachzukommen, bestimmt der Kanton Pflegeheime mit regionalem Schwerpunktprogramm (§ 5 Abs. 2 Spitalgesetz), erteilt diesen entsprechende Leistungsaufträge (§ 6 Abs. 1 Bst. a Spitalgesetz) und beteiligt sich zu 60 Prozent an den Investitionskosten (§ 6 Abs. 1 Bst. b Spitalgesetz in Verbindung mit § 1 der Verordnung über Investitionsbeiträge an die öffentlich subventionierten Spitäler und die Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm vom 16. August 2000 [BGS 826.117]). So leistete der Kanton seit dem Jahr 2000 bis heute Investitionsbeiträge in der Höhe von durchschnittlich rund 4.25 Mio. Franken pro Jahr an Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm (inkl. Neubauten Pflegezentrum Baar, Pflegezentrum Ennetsee und Betagtenzentrum Neustadt).

Kantonale Investitionen in der Pflege von 2000 bis 2009



Die Mitsprache und Mitfinanzierung des Kantons in der Langzeitpflege rief immer wieder Missstände hervor. Die Abgrenzung zwischen den Leistungsangeboten der Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm und den "gewöhnlichen" Alters- und Pflegeheimen war seit jeher schwierig. Die Aufteilung befriedigt je länger je weniger. So wird etwa die qualifizierte Pflege und Betreuung von Personen mit Demenz, wie sie zu Beginn nur die Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm erbrachten, heute von den meisten Heimen angeboten. Dies, als Folge der zunehmenden Alterung der Bevölkerung und der steigenden Nachfrage.

Mit dem Neubau des Pflegezentrums Baar vollzog der Kanton den letzten Schritt in der Umsetzung der bedarfsgerechten stationären Schwerpunktversorgung durch Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm. Die Gemeinden sind heute organisatorisch und finanziell in der Lage, die diesbezüglichen Aufgaben selbstständig zu übernehmen. Das beweist die neu geschaffene Fachstelle der Gemeinden zur Kostenkontrolle bei der Langzeitpflege und Spitex. Zudem werden und wurden in verschiedenen Gemeinden neue Pflegeeinrichtungen ohne fi-

nanzielle Unterstützung des Kantons erstellt. Die Stadt Zug eröffnet das neue Alters- und Pflegeheim Frauensteinmatt im Jahr 2011. In Baar wird angrenzend an das bestehende Pflegezentrum ein neues Alters- und Pflegeheim geplant. Und im Ennetsee soll das bestehende Pflegezentrum erweitert werden. Die Kategorie "Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm" und die entsprechende Finanzierung durch den Kanton sind damit obsolet geworden. In Zukunft genügt es, dass der Kanton über die kantonale Pflegeheimliste Einfluss auf die Versorgung der Bevölkerung des Kantons nehmen kann.

Die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege durch den Kanton stellt eigentlich einen Systembruch bei der Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden dar. Bis zur Neuordnung der Pflegefinanzierung trugen die Gemeinden die ungedeckten Pflegekosten dieser Leistungskategorie unter dem Titel Übergangspflege. Damit beauftragt war das Pflegezentrum Baar (mit sechs Betten). Die Abgeltung erfolgte nach den bis dahin geltenden Regeln der Pflegefinanzierung. Zuständig im Kanton Zug waren die Gemeinden. Mit dem In-Kraft-Treten der neuen Pflegefinanzierung auf den 1. Januar 2011 änderte der Bund das Finanzierungssystem für die Akut- und Übergangspflege. Konkret wechselte er von den Regeln der Pflegefinanzierung zu den Regeln der Spitalfinanzierung. Der Wechsel erfolgte jedoch nicht aus fachlichen, sondern aus fiskalischen Überlegungen. Die soziale Krankenversicherung sollte dadurch entlastet werden. Entsprechend übernahm der Kanton die Kostenanteile der Akut- und Übergangspflege vorerst für ein Jahr, das heisst bis die neuen Finanzierungs- und Zuständigkeitsregeln im kantonalen Recht geschaffen sind. Damit wollte der Kanton kein Präjudiz schaffen. Er wollte nur erreichen, dass die Versorgung dieser Leistungskategorie weiterhin im Kanton angeboten werden kann. Der Leistungskatalog der "Leistungen der Akut- und Übergangspflege" ist derselbe wie für die "Pflegeleistungen" (vgl. Art. 7 Abs. 2 KLV). Auch die Leistungserbringer sind bei beiden Leistungsgruppen dieselben (Pflegefachpersonen, Spitex-Institutionen und Pflegeheime). Nachdem inhaltlich zwischen den Leistungen der Akut- und Übergangspflege und den Pflegeleistungen kein Unterschied besteht, rechtfertigt es sich, dass die Gemeinden den Anteil der öffentlichen Hand an den Kosten der Akut- und Übergangspflege – analog zur Langzeitpflege – übernehmen. Der Rückzug aus der Akut- und Übergangspflege bringt dem Kanton jährliche Einsparungen von rund 310'000 Franken.

Der Rückzug des Kantons aus der Langzeitpflege rechtfertigt sich finanzpolitisch insbesondere auch mit den Aufwendungen, die der Kanton künftig zusätzlich für die akutmedizinische Versorgung leisten muss. So steigen die Ausgaben für den Leistungseinkauf auf das Jahr 2012 selbst bei dem für den Kanton günstigen Kostenteiler von 47 Prozent gegenüber heute⁵ um mutmasslich rund 8.4 Mio. Franken auf 88.2 Mio. Franken an. Der Kantonsanteil dürfte dabei bis ins Jahr 2014 – ceteris paribus⁶ – auf insgesamt rund 90 Mio. Franken anwachsen, was gegenüber 2011 einer Zunahme von rund 10 Mio. Franken entspricht.

Im Übrigen bleibt die Koordination und Aufsicht des Kantons im Langzeitpflegebereich sichergestellt, indem der Kanton weiterhin für den Erlass der kantonalen Pflegeheimliste und die gesundheitspolizeiliche Aufsicht zuständig ist. Diese Zuständigkeit des Kantons für den Erlass der Pflegeheimliste schreibt im Übrigen das Bundesrecht vor (Art. 39 Abs. 3 KVG).

⁵ Basis: Budget 2011 von 79.8 Mio. Franken bestehend aus (Kantonsanteil inner- und ausserkantonal von rund 75 Mio. Franken zuzüglich der kantonalen Beiträge an Investitionen von 4.8 Mio. Franken)

⁶ d. h. unter der Annahme, dass alle anderen Rahmenbedingungen (Prämissen) wie etwa der Kostenteiler gleich bleiben.

6. Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens

6.1 Im Allgemeinen

Am 1. Dezember 2010 eröffnete die Gesundheitsdirektion im Auftrag des Regierungsrats das Vernehmlassungsverfahren zur "Neuordnung der Spitalplanung und -finanzierung". Angesprochen wurden die im Kantonsrat vertretenen Parteien, die Einwohnergemeinden, die Zuger Spitäler und Kliniken und die ausserkantonalen Vertragsspitäler, die Zuger Ärztegesellschaften, die Zuger Alters- und Pflegeheime, santésuisse und die Gesundheitsdirektionen der Zentralschweiz und der Nachbarkantone. Die Adressaten wurden gebeten, ihre Meinung zu zentralen Themen anhand eines Fragenkatalogs abzugeben. Die Vernehmlassungsfrist, die ursprünglich bis 1. März 2011 vorgesehen war, wurde auf Ersuchen der Gemeindepräsidentenkonferenz bis 17. März 2011 verlängert.

Am 20. Januar 2011 stellte die Gesundheitsdirektion die Vorlage zudem den interessierten Kreisen vor. Die Informationsveranstaltung war mit rund 60 Teilnehmenden aus Parteien, Gemeinden und inner- und ausserkantonalen Einrichtungen sehr gut besucht. Die Veranstaltung gab den Betroffenen Gelegenheit, die Vorlage besser kennenzulernen und allfällige Missverständnisse und Bedenken auszuräumen. Dem Kanton ermöglichte sie, die Anliegen der Betroffenen aufzunehmen, kritische Punkte mit ihnen zu diskutieren und Lösungsansätze in der Folge gemeinsam mit ihnen entwickeln zu können. Die Konferenz der Sozialvorsteherinnen und Sozialvorsteher (SOVOKO) beauftragte eine Arbeitsgruppe, zuhanden der Gemeinden eine Vernehmlassungsantwort vorzubereiten und zusammen mit der Gesundheitsdirektion einen neuen Gesetzesartikel zu entwerfen, der die Zuständigkeit der Gemeinden in der Langzeitpflege umfassender regelt und den Gemeinden mehr **Rechtssicherheit und in wichtigen Fragen mehr Entscheidungsmacht gibt**. Weiter erhielt die Gesundheitsdirektion anlässlich der Gemeindepräsidentenkonferenz vom 17. März 2011 Gelegenheit, die Vorlage mit den Gemeindepräsidentinnen und -präsidenten eingehend zu diskutieren.

Insgesamt gingen 41 in der Regel umfassende Stellungnahmen ein; fünf von den politischen Parteien. Grosses Interesse fand die Vorlage bei den Gemeinden: Alle elf gaben eine Stellungnahme ab; die SOVOKO liess sich zusätzlich gemeinsam vernehmen. Weiter reichten sämtliche fünf Spitäler und Kliniken mit Standort im Kanton Zug und alle vier Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm eine Vernehmlassungsantwort ein. Daneben äusserten sich zur Vorlage auch verschiedene innerkantonale Alters- und Pflegeheime und ausserkantonale Kliniken sowie eine Einzelperson.

Die Vernehmlassung zur Neuordnung ergab ein klares Ja für die Revisionsvorlage. Die Vernehmlassungsteilnehmenden anerkannten den Reformbedarf einhellig und unterstützten die Grundzüge der Vorlage grossmehrheitlich. Durchwegs begrüsst wurden die Zielsetzungen und die Form der Vorlage als Gesamtrevisionspaket. Die vorgeschlagenen Lösungen wurden über weite Teile als ausgewogen bezeichnet. Bei den Detailfragen fielen die einzelnen Vernehmlassungsantworten zum Teil kontrovers aus. Geprägt waren sie vor allem durch die jeweiligen finanziellen Interessen.

Das Hauptinteresse galt dem Rückzug des Kantons aus der Langzeitpflege und der Akut- und Übergangspflege, der Umwandlung der geleisteten Investitionsbeiträge in Darlehen, den finanziellen und planerischen Steuerungsinstrumenten und der Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Was die Stärkung der gemeindlichen Kompetenzen in der Langzeitpflege betrifft, reichten die Gemeinden den zuvor von der SOVOKO bzw. deren Arbeitsgruppe mit der Gesundheitsdirektion entworfenen Paragraphen als gemeinsamen Vorschlag für eine neue Gesetzesbestimmung ein.

6.2 Zu einzelnen Themen

Die zentralen Stellungnahmen und die Antworten zum Fragenkatalog werden nachstehend summarisch aufgelistet:

6.2.1 Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden (§ 4 Spitalgesetz)

Die politischen Parteien unterstützen den Rückzug des Kantons aus der Langzeitpflege und den Übergang der Versorgungs- und Finanzierungsverantwortung auf die Gemeinden nahezu einhellig. Auch die weiteren Vernehmlassungsteilnehmenden anerkennen, dass die Heimkategorie der Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm überholt ist und fallen gelassen werden soll. Umgekehrt geht ihnen die Ablösung vom Kanton grossmehrheitlich zu schnell. Insbesondere die betroffenen Heime und die Gemeinden fürchten ein Vakuum, da die Gemeinden im Moment noch nicht ausreichend organisiert seien, um gemeinsam die Leistungsprogramme für die spezialisierte Langzeitpflegeversorgung festzusetzen. Sie fordern deshalb eine Übergangsfrist. Breite Opposition seitens der Gemeinden ist zudem gegen die vorgeschlagene Übertragung der Aufgaben im Bereich der Akut- und Übergangspflege auf sie spürbar.

6.2.2 Finanzielle Steuerungsinstrumente (§ 6 Abs. 1 Bst. c und § 8 Abs. 3 Spitalgesetz)

Die Stellungnahmen zu den finanziellen Steuerungsinstrumenten wie Mengenbeschränkungen, Globalbudgets und degressive Tarife sind unterschiedlich ausgefallen. Während die Mehrheit der politischen Parteien, alle Gemeinden und die Versicherer diese Instrumente zur Dämpfung der Gesundheitskosten und zur Verhinderung von Mengenausweitungen als zwingend notwendig erachten, betrachten die Leistungserbringer sie als hinderlich. Sie fordern teilweise einen Verzicht auf Lenkungen. Umgekehrt wurde die neu geschaffene Möglichkeit zur Einführung eines Globalbudgetsystems aber auch ausdrücklich begrüsst.

6.2.3 Gemeinwirtschaftliche Leistungen (§ 9 Spitalgesetz)

Ebenfalls einhellig begrüsst wird im Grundsatz, dass der Kanton für gemeinwirtschaftliche Leistungen – wie heute schon – zusätzliche Beiträge an Spitäler ausserhalb der Tarifpauschalen ausrichten kann. Anerkannt wird auch, dass die Abgeltung künftig nur mehr gewährt wird, wenn der Kanton die Leistungen ausdrücklich als gemeinwirtschaftlich anerkennt und ein ausgewiesener Bedarf besteht. Heftig kritisiert wird hingegen von den Leistungserbringern, dass die Abgeltung nur mehr erfolgen soll, sofern keine kostendeckende Vergütung über die Gesamtrechnung des Spitals möglich ist. Sie lehnen es ab, dass die Erträge, die ein Spital über alle Leistungsbereiche erzielt, berücksichtigt werden. Denn damit würden falsche finanzielle Anreize gesetzt.

6.2.4 Anlagefinanzierung (§ 9a und 11a Spitalgesetz)

Sämtliche Vernehmlassungsteilnehmenden sind mit der in der Vorlage vorgesehenen Möglichkeit einverstanden, wonach der Kanton den Listenspitälern für die Beschaffung von Anlagen, die sie für die Erfüllung der Leistungsaufträge brauchen, (subsidiär) Darlehen gewähren und Garantien abgeben kann. Bei der Umwandlung der geleisteten Investitionsbeiträge in Darlehen zugunsten des Kantons gehen die Meinungen auseinander: Die meisten Vernehmlassungsteilnehmenden begrüssen diesen Ansatz, damit der Kanton die Anlagen über die Fallpauschalen nicht ein zweites Mal finanziert und um Ungleichbehandlungen und Wettbewerbsverzerrungen gegenüber den Privatspitälern zu verhindern. Den direkt betroffenen Spitälern und Kliniken geht die Umwandlung auf Basis der Restwerte dagegen zu weit. Sie äussern sich negativ und fordern zum Teil ultimativ eine angemessene Reduktion, da ihre Bilanzen andernfalls zu stark belastet würden. Dabei führen sie ins Feld, dass das geltende Recht eine Rückzahlung selbst bei Zweckentfremdung der Bauten nur für einen Zeitraum von 25 Jahren vorsehe. Weiter fürchten sie, dass sie die Schuld nicht mit den künftigen Einkünften aus der Investitionskostenpau-

schale kompensieren können. Favorisiert und gefordert wird die Anknüpfung der Darlehenshöhe an die Höhe der Investitionskostenpauschale bzw. an die wirtschaftliche Tragbarkeit.

6.2.5 Spitalplanung und Leistungssteuerung (§§ 5b und 5c EG KVG)

Mit den vorgesehenen Anforderungen an die Spitäler zur Aufnahme in die Liste (Aufnahmebereitschaft unabhängig von der Kostendeckung im konkreten Fall, Nachweis der wirtschaftlichen Grundausstattung, Nachwuchsförderung, Sicherstellung der konzeptionellen Nachbetreuung über Schnittstellen) waren die Vernehmlassungsteilnehmenden einverstanden. Die Gemeinden beklagen, dass entsprechende Vorschriften für den Bereich der Langzeitpflege fehlen.

6.3 Konsequenzen aus der Vernehmlassung

6.3.1 Berücksichtigte Anliegen

Bei aller Vielfalt und Bandbreite der Stellungnahmen gab es bei den Vernehmlassungsantworten ernst zu nehmende Kritiken und mehrheitsfähige Meinungsäusserungen, die berücksichtigt wurden.

Aufgenommen wurde die Forderung der Gemeinden, ihre Aufgaben und Kompetenzen im Bereich der Langzeitpflege in einem neuen Paragraphen im Spitalgesetz ausdrücklich festzulegen (neuer § 7a). Ebenfalls nachgekommen wurde ihrem Anliegen nach einer mehrjährigen Übergangsfrist wie sie auch die Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm forderten (§ 11a Abs. 3). Das schafft Rechts- und Budgetsicherheit. Zudem wurde für die Übergangszeit eine Spezialregelung für Beitragsleistungen an die baulichen Investitionskosten der Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm getroffen (§ 11 Abs. 5).

Schliesslich wurde der Forderung der Spitäler und Kliniken nachgekommen, indem für die Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen nicht mehr die Erträge berücksichtigt werden, die ein Spital über alle Leistungsbereiche erzielt. Dies, weil andernfalls Verzerrungen gegenüber Spitälern und Kliniken entstehen, die nur beschränkt oder gar keine gemeinwirtschaftlichen Leistungen erbringen.

Weiter wurde bei der Umwandlung der bisherigen Investitionsbeiträge eine Formulierung gewählt, die dem Regierungsrat mehr Spielraum zur Bestimmung der Höhe und der Modalitäten der künftigen Darlehen einräumt. Im heutigen Zeitpunkt ist noch völlig ungewiss, wie hoch die tarifliche Entschädigung der Spitäler für ihre Infrastrukturen ausfallen wird und wie weit die Spitäler überhaupt in der Lage sind, die Kosten der bestehenden Infrastrukturen über den Tarif zu finanzieren und zu amortisieren.

6.3.2 Nicht berücksichtigte Anliegen

Der Regierungsrat ist der Ansicht, dass die Akut- und Übergangspflege – wie in der Vernehmlassungsvorlage vorgeschlagen – zusammen mit der Langzeitpflege vom Kanton auf die Gemeinden übergehen soll. Zum einen bildete der Bereich der Akut- und Übergangspflege bis 2011 Bestandteil der durch die Gemeinden sicherzustellenden Übergangspflege. Zum andern handelt es sich um dieselben Leistungen und auch um dieselben Leistungserbringer wie in der Langzeitpflege. Die vorgesehene Aufgabenteilung ist damit nicht nur sachlich korrekt, sie vermeidet auch Überschneidungen bei der Erteilung von Leistungsaufträgen und Vermischungen bei der Finanzierung.

Der Forderung einiger Leistungserbringer, auf planerische und finanzielle Steuerungsinstrumente möglichst zu verzichten, kann und will der Regierungsrat ebenfalls nicht entsprechen. Es widerspricht diametral dem Ziel der Spitalplanung, künftig auf kostensteuernde Instrumente zu

verzichten. Die Planung soll eine Koordination der Leistungserbringer, eine optimale Ressourcennutzung und eine Eindämmung der Kosten bewirken. Die vorgesehenen Instrumente sind sinnvoll. Sie bilden den Rahmen, in welchem die für die Zielerreichung notwendigen Prozesse und Entwicklungen stattfinden können.

7. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

7.1 Spitalgesetz

§ 3 Definitionen

Das geltende Spitalgesetz erklärt und definiert in § 3 die Begriffe, die das Gesetz verwendet. Das erleichtert die Lesbarkeit und Verständlichkeit.

Der Spitalbegriff nach Abs. a wird klarer umschrieben. Der Ausdruck Klinik ist dabei ein Synonym für Spital. Der Spitalbegriff erfasst neu die Institutionen in ihrer Gesamtheit. Inbegriffen sind auch die angegliederten ambulanten Dienste, die der Untersuchung oder Behandlung dienen. Denn effektiv werden mit der Aufnahme in die Spitalliste grundsätzlich alle Behandlungs- und Untersuchungsleistungen des Listenspitals gegenüber der sozialen Krankenversicherung abrechnungsberechtigt.

Abs. b enthält neu eine Definition des Begriffs Listenspitäler. Es sind dies die auf der Spitalliste des Kantons Zug aufgenommenen somatischen Akutspitäler, psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationsspitäler. Als Listenspital bezeichnet werden auch die Geburtshäuser, die auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind. Das ergibt sich aus dem revidierten Art. 39 Abs. 3 KVG, wonach die Voraussetzungen für die Spitallistenplatzierung nach Art. 39 Abs. 1 KVG sinngemäss auch für Geburtshäuser gelten.

Nebst den Listenspitälern kennt das revidierte KVG die Kategorie der Vertragsspitäler (Art. 49a Abs. 4 KVG). Diese stehen nicht auf der Spitalliste, haben aber mit den Krankenversicherern Verträge über die Vergütung von Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgeschlossen, wie Abs. 3 festhält. Schliesslich existieren daneben auch noch Spitäler ohne KVG-Bezug, die hier aber nicht zu regeln sind. Es handelt sich dabei um Spitäler, die ausserhalb des Geltungsbereichs des KVG tätig sind. Auf sie findet ausschliesslich das Privatrecht Anwendung.

Da nur wenige Ausführungserlasse sich auf das Spitalgesetz abstützen oder auf dieses verweisen, werden die obigen Änderungen nicht (wie sonst gesetzestechnisch üblich) als Absätze 1^{bis}, 1^{ter} usw. bezeichnet, sondern neu durchnummeriert. Die bisherigen Absätze 2 und 3 verschieben sich und werden neu zu Abs. 4 bzw. 5. Die Definition der stationären Langzeitpflege erfährt in Bst. c allerdings eine Änderung. Diese hängt mit der Aufhebung der Sonderkategorie der Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm zusammen. An deren Stelle tritt neu der allgemeingültigere Begriff der Pflegeheime, wie ihn auch das Bundesrecht für Einrichtungen der stationären Langzeitpflege verwendet (vgl. dazu etwa Art. 39 Abs. 3 KVG).

§ 4 Abs. 2 und 3 Kanton und Gemeinden

§ 4 Spitalgesetz regelt die Aufgaben- und Lastenteilung zwischen Kanton und Gemeinden in den Versorgungsbereichen Spital, Pflegeheim und Spitex. Die Aufgabengebiete der Langzeitpflege und der Spitalversorgung sollen künftig konsequent getrennt werden, indem der Kanton sich vollständig aus der Langzeitpflege zurückzieht und hier nur noch beratende und koordinierende Aufgaben wahrnimmt.

Die Neuformulierung des Abs. 2 lehnt sich stark an den bisher geltenden § 4 Abs. 3 Spitalgesetz an, der die Gemeindezuständigkeit in der (übrigen) Langzeitpflege (ohne regionale Pflegeheime) und der Spitex ordnet. Danach stellen die Gemeinden für ihre Wohnbevölkerung die Versorgung in der stationären Langzeitpflege und in der spitalexternen Gesundheits- und Krankenpflege sicher. Zudem sorgen sie durch eigene Beiträge dafür, dass die Kostenanteile für die betroffenen Personen finanziell tragbar sind. Weiter stellt die Bestimmung klar, dass die Gemeinden die ungedeckten Pflegekosten übernehmen, die nach Abzug der Krankenversicherungsbeiträge, der Patientenbeteiligung und allfälliger Vergütungen Dritter verbleiben (Abs. 2, zweiter Satz). Zu Letzterem Folgendes: Mit der am 13. Juni 2008 von den eidgenössischen Räten verabschiedeten Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde die Finanzierung von ambulant oder stationär erbrachten Pflegeleistungen neu geregelt. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet ab 1. Januar 2011 lediglich einen Beitrag an die Pflegekosten. Die Beiträge werden vom Bundesrat für die ganze Schweiz einheitlich festgelegt. Die Beiträge werden an Pflegeleistungen im Sinne des Art. 25a Abs. 1 KVG ausgerichtet. Die Pensions- und Betreuungskosten müssen wie bisher die pflegebedürftigen Personen tragen. Subsidiär erhalten sie Unterstützung durch Ergänzungsleistungen (EL), die bedarfsabhängig ausgerichtet werden. Für die Pflegekosten, die nicht von den Krankenkassen übernommen werden, dürfen die versicherten Personen bis zu einem Betrag von höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Krankenkassenbeitrags belastet werden. Damit wird die Patientenbeteiligung auf einen maximalen Beitrag – unabhängig von der Höhe der individuell anfallenden Pflegekosten – beschränkt. Die Kantone haben die Restfinanzierung zu regeln.

Im Kanton müssen die Gemeinden diese Restkosten schon heute nach der Aufgabenteilung gemäss geltendem § 4 Abs. 2 und 3 Spitalgesetz übernehmen. Mit der Patientenbeteiligung werden die Gemeinden eigentlich entlastet, da die Patientinnen und Patienten aufgrund des Tarifschutzes (Art. 41 Abs. 3 KVG) bislang keine Kostenbeteiligungen an die Pflegekosten leisten mussten. Bisher war die Regelung zur Übernahme der Pflegerestkosten nach Abzug der Patientenbeteiligung durch die Gemeinden ausdrücklich nur in der Verordnung über die stationäre und ambulante Langzeitpflege enthalten (BGS 826.113). Mit § 4 Abs. 2, zweiter Satz des Spitalgesetzes erfolgt die Verankerung neu explizit auf Stufe Gesetz.

Nach Abs. 3 stellen (neu) die Gemeinden die Versorgung in der ambulanten und stationären Akut- und Übergangspflege sicher und tragen hier die gemäss diesem Gesetz und kraft zwingenden Bundesrechts anfallenden Kostenanteile. Mit der Akut- und Übergangspflege schuf der Bund im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung eine neue Leistungsgruppe. Die Akut- und Übergangspflege kann für höchstens zwei Wochen nach einem Spitalaufenthalt ärztlich verordnet werden (Art. 25a Abs. 2 KVG; AS 2009, Nr. 28, S. 3517). Ziel ist es, nach einem Spitalaufenthalt mit spezifischen Pflegemassnahmen eine drohende stationäre Langzeitpflege zu verhindern. Die Finanzierung richtet sich nach den KVG-Regeln zur Spitalfinanzierung (Art. 25a sowie Art. 49a KVG; SR 832.10), wobei weder hinsichtlich des Leistungskatalogs noch in Bezug auf die Leistungserbringer Unterschiede zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen und den Leistungen der Akut- und Übergangspflege bestehen. Entsprechend ist es sachgerecht, dass auch dieser Bereich auf die Gemeinden übergeht.

§ 5 Kantonsrat

Nach geltendem § 5 Abs. 1 Spitalgesetz bestimmt der Kantonsrat die Spitäler, die im Kanton Zug öffentlich subventioniert werden. Das neue Finanzierungssystem des Bundes ist wie erwähnt leistungsorientiert ausgestaltet. Der Kanton muss neu den Tarifanteil unabhängig vom Status des Spitals leisten, sofern dieses für die Sicherstellung der Versorgung benötigt wird und es über einen Listenplatz samt entsprechendem Leistungsauftrag verfügt. Damit wird § 5

Abs. 1 obsolet. Auch besteht kein Bedarf oder Raum mehr dafür, dass der Kantonsrat die Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm bestimmt, wie das heute in Abs. 2 festgehalten ist. Dies, weil der Kanton künftig überhaupt keine Beiträge mehr an Pflegeheime leistet und die Unterscheidung zwischen den einzelnen Heimkategorien je länger je mehr ohnehin problematisch ist.

Heute beschliesst der Kantonsrat Investitionsbeiträge ab 5 Mio. Franken an (öffentlich subventionierte) Spitäler. Eines der wichtigsten Elemente der neuen Spitalfinanzierung besteht darin, dass die Pauschalen neuerdings auch die Anlagenutzungskosten umfassen. Der Kanton muss somit künftig keine Investitionsbeiträge mehr an Spitäler leisten. Das Spital soll für seine Investitionen eine private Finanzierungslösung finden. Allerdings ist denkbar, dass ein Spital keine private Finanzierung findet, obwohl das Investitionsvorhaben aus versorgungspolitischer Sicht sinnvoll oder notwendig ist. Der Gesetzesentwurf sieht deshalb folgendes System im Bereich der Anlagefinanzierung vor (vgl. dazu unten zu § 9a): Die Spitäler und Kliniken sollen für ihre Investitionen primär auf private Finanzierungen abstellen. Ist eine private Finanzierung nicht möglich, soll der Kanton (subsidiär) Darlehen für die Beschaffung von Anlagen gewähren können. Alternativ wird auch die Möglichkeit einer Garantieabgabe durch den Kanton vorgesehen. Darlehen des Kantons sind zurückzuzahlen, grundsätzlich zu verzinsen und grundpfandrechtlich abzusichern. Dabei soll der Kantonsrat zuständig sein, falls der Darlehensbetrag 10 Mio. oder mehr Franken beträgt, wie § 5 neu festhält. Da der Kanton den Spitälern das Geld nur leihweise überlässt und er als Gegenleistung dafür Zinsen erhält (vgl. § 9 Abs. 4 Entwurf), soll das Darlehen durch einfachen Beschluss, das heisst unter Ausschluss des Referendums, zugesprochen werden.

§ 6 Abs. 1, 2 und 3 Bst. a Regierungsrat

Abs. 1 dieser Bestimmung übernimmt die Ordnung des bisherigen Rechts und passt diese an die veränderten Verhältnisse und Bedingungen an.

Heute ist der Regierungsrat bei den öffentlich subventionierten Spitälern zuständig, das Leistungsprogramm festzulegen (Abs. 1 Bst. a). Entsprechend soll er künftig bei den Listenspitalern die Leistungsaufträge festlegen (zum Begriff und Inhalt der Leistungsaufträge siehe hinten unter § 5c EG KVG).

Es ist sachgerecht, dass der Regierungsrat auch die gemeinwirtschaftlichen Leistungen und deren Vergütung bestimmt (Bst. b). Das tut er bei den öffentlich subventionierten Spitälern bereits heute schon. Nach § 8 Abs. 3 Spitalgesetz vergütet der Kanton den öffentlich subventionierten Spitälern die gemäss Leistungsprogramm anfallenden Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen und für Lehre und Forschung. Entsprechend leistet der Kanton Zug etwa dem Zuger Kantonsspital unter dem Titel Gemeinwirtschaftlichkeit heute Pauschalvergütungen für die Vorhalteleistungen der Notfallstation (2.5 Mio. Franken) und für Aufgaben im Bereich Bevölkerungsschutz (20'000 Franken). Die Kosten für Lehre und Forschung entschädigt der Kanton heute bei den öffentlich subventionierten Häusern nach Massgabe der von der Preisüberwachung entwickelten normativen Sätzen (5 Prozent der Personalkosten bei Spitälern über 125 Betten bzw. 2 Prozent bei Spitälern mit 75 - 124 Betten). Die neuen Spitalfinanzierungsbestimmungen des Bundes halten in Art. 49 Abs. 3 KVG ausdrücklich fest, dass die Vergütungen durch die Versicherer und die öffentliche Hand keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten dürfen. Umgekehrt dürfen die Kantone unter diesem Titel nach wie vor Beiträge vorsehen, sofern diesbezüglich ein politisches Versorgungsinteresse besteht. Zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen zählt das KVG insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen (Art. 49 Abs. 3 Bst. a) sowie die Forschung und die universitäre Lehre (Art. 49 Abs. 3 Bst. b). Andere gemeinwirtschaftliche Leistungen definiert

der Bundesgesetzgeber nicht näher. Umgekehrt wird neuerdings die Auffassung vertreten, dass das Führen einer Notfallaufnahme grundsätzlich keine gemeinwirtschaftliche Leistung im Sinne von Art. 49 Abs. 3 KVG darstellt (GDK-Empfehlung zur Spitalplanung vom 14. Mai 2009, Ziff. 2.6). So oder anders gilt: Wo eine kostendeckende Vergütung nicht möglich ist und ein öffentliches Interesse sowie ein ausgewiesener Bedarf an dieser Leistung besteht, soll wie bis anhin eine (subsidiäre) Beitragsgewährung durch den Kanton unter dem Titel gemeinwirtschaftliche Leistungen zulässig sein. Auch die Zuger Spitäler und Kliniken sprachen sich im Rahmen einer Umfrage der Gesundheitsdirektion vom September 2010 ausdrücklich dafür aus, die Möglichkeit zur Bestimmung und Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen beizubehalten. Der Regierungsrat kann sich dieser Meinung aus versorgungstechnischen und – politischen Überlegungen anschliessen, wobei er diese Klausel explizit nur restriktiv anzuwenden gedenkt (also ohne Notfall).

Weiter kann der Regierungsrat als finanzielles Steuerungsinstrument ein Globalbudget oder degressive Tarife vorsehen (Bst. c; vgl. zum Globalbudget die Ausführungen dazu unten zu § 8). Zentrales Thema für die Spitalfinanzierung aus Sicht des Kantons wie auch der Krankenversicherer bildet die Steuerung der Gesundheitskosten. Neben der planerischen Kapazitätsbegrenzung zeitigt auch indirekte Mengensteuerung mittels degressiven Tarifen einen günstigen Einfluss auf die Kosten. Bei diesem Modell wird ein Abschlag auf der Fallpauschale vorgenommen, sobald ein Spital die Leistungsmenge überschreitet, die es benötigt, um seine Fixkosten zu decken. Der Abschlag besteht – vereinfacht ausgedrückt – darin, dass der Tarif im Umfang des Deckungsbeitrags pro Fall an den Fixkosten reduziert wird. Unter die Fixkosten fallen etwa die Anlagenutzungskosten und je nachdem auch ein Teil der Personalkosten. Degressive Tarife betreffen grundsätzlich die Abgeltung auf Basis von 100 Prozent der Fallentschädigung. Diese wiederum ist in den Kassenanteil und den Kantonsanteil aufgeteilt (Art. 49a KVG). Im besten Fall wird die Regelung deshalb auch in den Tarifverträgen zwischen Versicherern und Spitälern vereinbart. Da der Abschlag abgeltungsrelevant und im KVG nicht vorgesehen ist, wird dafür mit § 6 Abs. 1 Bst. c eine kantonale rechtliche Grundlage geschaffen.

Schliesslich soll der Regierungsrat zuständig sein, abschliessend Darlehen und Garantieleistungen bis 10 Mio. Franken zu gewähren (Abs. 1 Bst. d). Die Anhebung der Betragskompetenz des Regierungsrats von bisher 5 auf neu 10 Mio. Franken und dessen abschliessende Beschlusskompetenz rechtfertigt sich dadurch, dass die Kantonsgelder heute à fonds perdu geleistet werden, wogegen sie den Spitälern neu nur als zu verzinsendes Kapital verlehnt werden.

Nach Abs. 2 hat der Regierungsrat jeweils für das Kalenderjahr den kantonalen Anteil an den Spitaltarifen festzusetzen. Das revidierte KVG schreibt vor, dass die Fallpauschalen für die stationäre Spitalbehandlung zu mindestens 55 Prozent vom Kanton und zu höchstens 45 Prozent von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung getragen werden. Dem Kanton obliegt es, den für alle Kantonseinwohner geltenden kantonalen Anteil jährlich (mindestens neun Monate zum Voraus) festzulegen (Art. 49a Abs. 2 KVG). Der Verteilschlüssel zwischen der öffentlichen Hand und den Krankenversicherern gilt auch für die Vergütung von Leistungen der Akut- und Übergangspflege durch die Gemeinden, wie der zweite Satz betont. Tatsächlich gelangen nämlich bei den Leistungen der Akut- und Übergangspflege von Bundesrechts wegen die Regeln der Spitalfinanzierung zur Anwendung (Art. 49a KVG).

Abs. 3 Bst. a übernimmt die bisherige Regelung, wobei klargestellt wird, dass ein Abschluss von Leistungsvereinbarungen zur Sicherstellung der Versorgung nur mit inner- und ausserkantonalen Vertragsspitalern möglich ist (zum Begriff des Vertragsspitals siehe § 3).

§ 7 Abs. 1 und 2 Gesundheitsdirektion

Der bisherige Auffangtatbestand wird neu zu Abs. 1. Darin werden der Gesundheitsdirektion alle Aufgaben zugewiesen, die keinem anderen Organ übertragen sind.

In Abs. 2 wird die Gesundheitsdirektion neu ausdrücklich zuständig erklärt, mit Listenspitälern Vereinbarungen über die Modalitäten der Leistungserbringung wie Qualität, Zulässigkeit der Untervergabe von Supportleistungen und Teilzahlungen zu treffen. Zwar zeigt die vom Regierungsrat erlassene Spitalliste samt Leistungsaufträgen das Leistungsspektrum und die damit verbundenen wesentlichen Auflagen und Bedingungen auf. Mit den Leistungserbringern separat zu regeln sind jedoch die Details. Dafür soll die Gesundheitsdirektion zuständig sein. Kann die Gesundheitsdirektion mit den Spitälern keine Einigung erzielen, soll der Rechtsweg über eine Verfügung eröffnet werden.

§ 7a Gemeinden

Auf Antrag der Gemeinden wird ein neuer Paragraph eingefügt, der die Aufgaben und Kompetenzen der Gemeinden in der Langzeitpflege näher umschreibt. Die Bestimmung soll die Gemeinden in ihrer Aufgabenerfüllung stärken und zudem Klarheit bringen, für welche Aufgaben sie einzeln und für welche sie gemeinsam zuständig sind. Schliesslich finden neu gewisse Grundsätze im Gesetz Eingang, die bisher nur auf Stufe Verordnung geregelt waren.

Die einheitliche Taxberechnung war bisher einzig in der Verordnung über die stationäre und ambulante Langzeitpflege vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3). Dieser Grundsatz wurde mit der Änderung vom 29. Juni 2010 im Zusammenhang mit der neuen Pflegefinanzierung eingeführt. Er war früher schon kaum bestritten. Mit Blick auf die Tragweite dieser Bestimmung wird der Grundsatz neu im Gesetz verankert (Abs. 1). Ebenso nimmt § 7a Abs. 1 das von der Preisüberwachung entwickelte Prinzip auf, wonach die von der Lehre und Rechtsprechung entwickelten normativen Ansätze gelten sollen, solange die effektiven Kosten nicht ausgewiesen werden können. Zu denken ist hier etwa an die einheitlich auf Basis von 15 Prozent der Personalkosten berechnete Betreuungstaxe.

Abs. 2 hält die Gemeinden zur Zusammenarbeit an, wenn es um Leistungen der spezialisierten Langzeitpflege und um die Akut- und Übergangspflege geht. Konkret müssen die Gemeinden gemeinsam die Leistungsaufträge für die spezialisierte Langzeitpflegeversorgung und für die Akut- und Übergangspflege festlegen und auch gemeinsam deren Abgeltungen bestimmen. Die Akut- und Übergangspflege ist bundesrechtlich definiert (vgl. Art. 25a Abs. 2 KVG). Der Begriff "spezialisierte Langzeitpflege" wird dagegen auf Ebene Kanton neu eingeführt. Darunter zu verstehen sind etwa die Pflege von jüngeren Körperbehinderten, Bereiche der Palliative Care, der Geriatrie und der Gerontopsychiatrie. Zu denken ist insbesondere an das Pflegezentrum Baar, das weiterhin spezialisierte Aufgaben für alle Gemeinden erfüllen muss (als eigentliches Kompetenzzentrum). Dies kann zum Beispiel eine Aufnahmepflicht umfassen, die Leitung der Institution durch einen Geriater, die Führung des Tagesheimes, die Pflege von Personen mit grossem apparativem Aufwand, eine Station für jüngere Behinderte etc. In Zukunft könnten sich auch Fragen nach einer Palliativstation, einer Nachtklinik, einer gerontopsychiatrischen Station und weiteren Spezialisierungen ergeben. Bei zunehmender Ausdifferenzierung der Pflege und Betreuung von betagten Personen müssten weitere gemeinsame Angebote bei anderen Leistungserbringern entstehen. Dagegen bildet die Pflege und Betreuung von dementiell erkrankten Menschen Bestandteil der übrigen Langzeitpflege. Es ist Sache der Gemeinden, sich so zu organisieren, dass einem Leistungserbringer nicht elf Gemeinden gegenüberstehen, sondern ein verlässliches gemeinsames Entscheidungsorgan.

Nach den Regeln der neuen Pflegefinanzierung (Art. 25a Abs. 5 KVG) dürfen die versicherten Personen seit dem 1. Januar 2011 bis zu einem Betrag von höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Krankenkassenbeitrags für die Pflegekosten belastet werden, die nicht von den Krankenkassen übernommen werden (heute 10 %). Nach der im Kanton Zug geltenden Aufgabenteilung müssen die Gemeinden die ungedeckten Pflegekosten im ambulanten und stationären Bereich der Langzeitpflege übernehmen (vgl. § 4 Spitalgesetz). Zahlungspflichtig ist dabei diejenige Gemeinde, in der die pflegebedürftige Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hat (vgl. § 4 und neu explizit auch § 7a Abs. 4 Spitalgesetz). Aufgrund dieser Zuordnung ist es richtig, dass die Gemeinden (und nicht der Kanton) die maximale Patientenbeteiligung im Rahmen der Bundesgesetzgebung festlegen. Legt nun aber jede einzelne Gemeinde die Patientenbeteiligung für ihre Wohnbevölkerung fest, so wäre es möglich, dass in einem Heim – je nach Herkunft der Bewohnerinnen und Bewohner – unterschiedlich hohe Patientenbeteiligungen gelten würden. Das wäre stossend. Um das zu verhindern, hält § 7a in Abs. 2 fest, dass die Gemeinden die Höhe der Patientenbeteiligung für ambulante und stationäre Pflegeleistungen für das Kantonsgebiet einheitlich festsetzen. Schliesslich enthält die Bestimmung auch noch einen Auffangtatbestand, falls die Gemeinden ihren Aufgaben nicht zeitgerecht nachkommen. In diesem Fall handelt der Regierungsrat an ihrer Stelle.

Abs. 3 hält explizit fest, wofür die Gemeinden je einzeln zuständig sind. Die Standortgemeinde bestimmt wie bisher die Leistungsaufträge mit ihren Einrichtungen vor Ort. Die Gemeinde ist für den übrigen (das heisst nicht spezialisierten) Bereich der Langzeitpflege zuständig. Damit kann sehr wohl auch eine Station für demente Personen oder auch die Pflege von aufwendigeren Patientinnen und Patienten gemeint sein. Die Standortgemeinde ist auch zuständig, die gemeinwirtschaftlichen Leistungen und deren Vergütung zu bestimmen. Bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen handelt es sich um Leistungen, die zusätzlich zu den Aufwendungen für die Bewohnerinnen und Bewohner erbracht werden und deshalb die Taxberechnung nicht beeinflussen sollen. Weiter verhandelt die Standortgemeinde mit ihren Einrichtungen die massgebenden Taxen, die auch für die Bewohnerinnen und Bewohner anderer Gemeinden gültig sind. Kommt es zu keiner Einigung, kann die Gemeinde die Taxen verfügen.

Abs. 4 statuiert neu den zivilrechtlichen Wohnsitz der pflegebedürftigen Person als Anknüpfungstatbestand für die Kostenübernahmeverpflichtung der Gemeinde. Dieser Grundsatz war bislang bloss auf Verordnungsstufe verbrieft. Materiell erfolgt keine Änderung.

§ 8 Listenspitäler a) Leistungsabgeltung

Nach geltendem Vergütungssystem im Kanton Zug vereinbaren die öffentlich subventionierten Spitäler mit den Krankenversicherern im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ihre Tarife. Der Kanton übernimmt jenen Anteil des Tarifs, den er gemäss vereinbartem Kostenteiler zu tragen hat. Zudem vergütet er dem Spital die gemäss Leistungsprogramm anfallenden Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen, für Lehre und Forschung und für Investitionen.

Das neue Spitalfinanzierungssystem und dessen Auswirkungen wurden unter Ziffer 5.1 dieses Berichts umfassend dargestellt, sodass die Ausführungen hier auf die wesentlichsten Eckpunkte beschränkt werden können. Für die Entschädigung der Spitäler für ihre stationären Leistungen sieht das KVG Fallpauschalen vor, wobei neu auch die Anlagekosten in der Abgeltung enthalten sind. Die Höhe der Pauschalen wird dabei wie heute von den Tarifpartnern, d. h. von den Spitälern und Krankenversicherern ausgehandelt und in Tarifverträgen vereinbart (Art. 49 Abs. 1 KVG). Die Tarifverträge müssen von der Kantonsregierung (bzw. bei schweizweit gültigen Tarifverträgen vom Bundesrat) genehmigt werden. Dabei prüft die Behörde, ob die Tarifverträge mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang ste-

hen (Art. 46 Abs. 4 KVG). Die Wirtschaftlichkeitsprüfung soll dabei von Bundesrechts wegen nach einem Benchmarkmodell erfolgen. Der Wechsel zur Abgeltung der Leistungen mittels Fallpreisen wird somit zu mehr Transparenz und Wettbewerb führen. Die öffentlichen Spitäler des Kantons Zug sind gut auf diesen Wettbewerb vorbereitet, da der Kanton für die Betriebsbeiträge bereits heute mit Fallpreisen arbeitet.

Das Spitalgesetz nimmt diese Vergütungsbestimmungen auf (§ 8 Abs. 1) und konkretisiert sie.

Der Kanton übernimmt für die stationäre Behandlung und Untersuchung von Zuger Patientinnen und Patienten jenen Anteil am Tarif, den er gemäss festgesetztem Kostenteiler zu tragen hat (Abs. 2). Die Kompetenz zur Festlegung des Fallpauschalenanteils der öffentlichen Hand wird dem Regierungsrat zugewiesen (vgl. oben § 6 Abs. 2). Wo kostendeckende Vergütungssysteme fehlen, sieht das Gesetz unter gewissen Voraussetzungen eine subsidiäre Beitragsgewährung durch den Kanton vor (§ 9 Gemeinwirtschaftliche Leistungen).

Der Kanton Zug kennt die leistungsbezogenen Fallpauschalen (APDRG-System) in der somatischen Akutmedizin schon seit 2004. Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass sich die Kosten mit diesem Instrument nicht immer genügend kontrollieren und lenken lassen. Ein möglicher Lösungsansatz, um Kostenausweitungen zu verhindern, ohne mit restriktiven Leistungsaufträgen und (zu) tiefen Fallpauschalen die unternehmerischen Freiheiten der Spitäler allzu sehr einzuschränken, besteht darin, pro Spital ein jährliches Globalbudget gemäss jeweiligem Leistungsauftrag als Entschädigung der stationären Pflichtleistungen in der Grundversicherung auszuhandeln. Auch nach der Revision des Krankenversicherungsrechts betreffend Spitalfinanzierung steht den Kantonen diese Möglichkeit grundsätzlich offen. Konkret sieht Art. 51 KVG vor, dass der Kanton als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler festsetzen kann, wobei die Kostenaufteilung nach Art. 49a KVG vorbehalten bleibt. Der Kanton hat dabei die Leistungserbringer und die Versicherer vorher anzuhören. § 8 Abs. 3 nimmt diese Möglichkeit auf und stellt klar, dass der Kanton an Stelle der leistungsbezogenen Finanzierung eine Abgeltung mittels Gesamtbetrag vorsehen kann. Zuständig für die Einführung eines Globalbudgetsystems soll dabei der Regierungsrat sein (vgl. oben § 6 Abs. 1 Bst. c). Der Regierungsrat hat für diesen Fall das Nähere zu regeln.

§ 9 Gemeinwirtschaftliche Leistungen

Als Folge des geänderten Bundesrechts erhalten die Listenspitäler künftig von Versicherern und Kanton via Tarife die vollen Kosten (inkl. Investitionen) vergütet, die bei der Erbringung der Pflichtleistungen im Rahmen des Leistungsauftrages anfallen. Im Bereich der KVG-Pflichtleistungen sind jedoch Fälle denkbar, wo die gesetzlich vorgegebenen festen Prozentanteile von Versicherern und Kanton keine Kostendeckung garantieren. Die Kantone dürfen deshalb gemeinwirtschaftliche Leistungen separat abgelten, sofern diesbezüglich ein politisches Versorgungsinteresse besteht (vgl. dazu die Ausführungen oben zu § 6 Abs. 1 Bst. b). Solche Deckungslücken wurden nach geltendem Recht bereits unter dem Titel Gemeinwirtschaftlichkeit aufgefangen (§ 8 Abs. 3 des geltenden Spitalgesetzes). Das soll auch unter dem neuen Regime so möglich sein (Abs. 1), wobei zusätzliche Einschränkungen gelten (z. B. Notfall).

Die Abgeltung erfolgt nur insoweit, als eine Leistung ausdrücklich vom Regierungsrat als gemeinwirtschaftlich anerkannt wird und er dafür eine Vergütung festgelegt hat. Zudem müssen die Kosten und die Leistungen transparent sein. Konkret sind die Kosten für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen separat zu erfassen und auszuweisen. Die Vergütung erfolgt dabei in aller Regel in Form von leistungsbezogenen kostenbasierten Pauschalen (z.B. Fr. 15'000.-- pro Jahr Ausbildung für Assistenzärztinnen und -ärzte). Das Gesagte gilt im Übrigen auch für die Vergütung in den anderen Versicherungszweigen, wo der Finanzierungsanteil

der Versicherer auch 100 Prozent betragen sollte, diesen Kostendeckungsgrad aber teilweise nicht erreicht. So liegt heute der durchschnittliche Deckungsgrad bei der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung (UV, IV, MV) bei rund 80 Prozent.

Schliesslich ist zu betonen, dass die Vergütung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen in jedem Fall voraussetzt, dass das Spital die anfallenden ungedeckten Kostenanteile transparent auszuweisen vermag (Abs. 1). Zur Schaffung zusätzlicher Transparenz und als Anreiz zur Steigerung der Effizienz ist zudem auch hier in der Regel eine leistungsbezogene Finanzierung mit Fallpauschalen vorzusehen (Abs. 2).

§ 9a c) Anlagefinanzierung

Eines der wichtigsten Elemente der neuen Spitalfinanzierung besteht darin, dass die Pauschalen auch die Anlagenutzungskosten umfassen. Die Notwendigkeit der Investitionsfinanzierung durch die öffentliche Hand entfällt somit dem Grundsatz nach. Die Spitäler müssen ihre Anlagen grundsätzlich mit Eigenmitteln oder mit auf dem Finanzmarkt beschafften Fremdmitteln finanzieren. Dabei lässt sich nicht ausschliessen, dass für bestimmte Investitionen keine private Finanzierungslösung gefunden werden kann, obwohl das Investitionsvorhaben aus versorgungspolitischer Sicht sinnvoll oder notwendig ist. Soweit sich eine Anlagebeschaffung für die Erfüllung der Leistungsaufträge als notwendig erweist, soll der Kanton einem Listenspital Darlehen für die Beschaffung von Anlagen gewähren können (Abs. 1).

Voraussetzung bildet dabei nach Abs. 2, dass das Spital seinen Standort im Kanton Zug hat (Bst. a), es die erforderlichen Mittel nicht selbst aufbringen oder von Dritten beschaffen kann (Bst. b) und der Darlehensbetrag mindestens 1 Mio. Franken beträgt (Bst. c).

Allenfalls kann der Kanton das Spital unter denselben Voraussetzungen beim Abschluss einer privaten Finanzierungslösung mit Garantieleistungen unterstützen (Abs. 3).

Diese Darlehen sind keine objektbezogenen Staatsbeiträge im herkömmlichen Sinn und deshalb wie Darlehen privater Geldgeber amortisierungspflichtig und verzinslich (Abs. 4). In Anspruch genommene Garantien sind zu verzinsen und zurückzuzahlen. Für Garantien gilt die Entschädigungspflicht. In Anspruch genommene Garantien sind zu verzinsen und zurückzuzahlen.

Zudem sollen die Darlehen grundpfandrechtlich oder in anderer Form (z. B. mittels Bürgschaft oder Sicherungsübereignung an beweglichen Sachen) angemessen gesichert werden (Abs. 5). Ist dies nicht möglich, kann auch eine Beteiligung des Kantons an der Eigentümerschaft der Anlage verlangt werden.

§ 10 Abs. 4 Stationäre Langzeitpflege und spitalexterne Gesundheits- und Krankenpflege

Der Regierungsrat hat in der Verordnung über die stationäre und ambulante Langzeitpflege vom 1. Juni 2004 (BGS 826.113) zahlreiche Ausführungsbestimmungen zum Langzeitpflegebereich erlassen. Diese betreffen insbesondere die Tarifierung der Langzeitpflege, aber auch die Lastenausgleichsregelung zwischen Standort- und Herkunftsgemeinden. Die dortigen Bestimmungen haben sich im Sinne der Einheitlichkeit bewährt. Die letzte Anpassung erfolgte im Zusammenhang mit der neuen Pflegefinanzierung. Sie trat auf den 1. Januar 2011 in Kraft. Mit Abs. 4 wird dem Regierungsrat ausdrücklich die Kompetenz für den Erlass von spezifizierenden und ausführenden Bestimmungen auf dem Gebiet der Langzeitpflege gegeben. Bislang stützte sich der Erlass vorab auf § 47 Abs. 1 Bst. d der Kantonsverfassung. Der bisherige Abs. 4 verschiebt sich um eine Ziffer.

§ 10 a (aufgehoben)

Der geltende § 10a Spitalgesetz ermächtigt den Regierungsrat, den Abschreibungsmodus und die Abschreibungssätze des Verwaltungsvermögens für die öffentlich subventionierten Spitäler und die stationären Institutionen der Langzeitpflege nach Massgabe der Nutzungsdauer der abzuschreibenden Objekte festzulegen. Die Sätze sind heute in der Verordnung über Investitionsbeiträge an die öffentlich subventionierten Spitäler und die Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm festgelegt (BGS 826.117). § 10a kann ersatzlos aufgehoben werden, da der Kanton künftig an Spitäler und Pflegeheime keine Kantonsbeiträge mehr ausrichtet. Für die bereits geleisteten Kantonsbeiträge hat der Kanton die Rückerstattungspflicht gestützt auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über den Finanzhaushalt (FHG; BGS 611.1) mit den Institutionen samt bestimmungsgemässer Nutzungsdauer von 25 Jahren vereinbart. Die Rückerstattungspflicht wurde dabei als öffentlich-rechtliche Eigentumsbeschränkung für die Dauer ihrer Geltung im Grundbuch angemerkt.

§ 11a Übergangsbestimmung zur Änderung vom XX.XX.2011 betr. Neuordnung der Spitalfinanzierung und -planung

Diese Bestimmung regelt einerseits den Umgang mit bisherigen Investitionsbeiträgen, andererseits den Übergang der Aufgaben im Bereich der Langzeitpflege vom Kanton auf die Gemeinden.

Zum Umgang mit den bisherigen Investitionsbeiträgen (Abs. 1 und 2): Aufgrund des unterschiedlichen Status und des unterschiedlichen Infrastrukturstandards der Spitäler sollen die bis 31. Dezember 2011 gewährten Staatsbeiträge an Investitionen zu dem vom Regierungsrat bestimmten Wert in rückzahlbare und verzinsliche Darlehen umgewandelt werden. Ohne diese Umwandlung würden die bisher öffentlich subventionierten Institutionen gegenüber den nicht subventionierten bevorteilt. Abgesehen von dieser Ungleichbehandlung gilt es zu vermeiden, dass der Kanton vor 2012 geleistete Investitionsbeiträge über die Fallpauschalen ein zweites Mal finanziert. Diese Regelung gilt nur für Spitäler, die auf die neue Spitalliste 2012 übernommen werden (Abs. 1).

Diese Regelung rechtfertigt sich insoweit, als der Kanton nach KVG neu über einen festgelegten Fallpauschalenanteil die Anlagen mitzufinanzieren hat. Ohne Umwandlung würde der Kanton somit die vor 2012 geleisteten Investitionsbeiträge über die Fallpauschalen ein zweites Mal finanzieren. Anders als bei den neuen Anlagen wird für dieses umgewandelte Darlehensguthaben darauf verzichtet, auf Stufe Gesetz eine Amortisationspflicht und eine Zinspflicht zwingend vorzuschreiben.

Im Rahmen der Vernehmlassung wurde die Regelung von den betroffenen Spitälern und Kliniken und deren Trägerschaften zum Teil stark kritisiert. Sie machen geltend, dass sie das Tarif- bzw. Betriebsrisiko bislang einzig hinsichtlich der Betriebskosten trugen. Die Infrastrukturkosten wurden hingegen vom Kanton separat vergütet. Mit der neuen Spitalfinanzierung werde das Unternehmerrisiko neu auch auf die Investitionskosten ausgedehnt, indem die Vergütung der Infrastrukturkosten künftig Bestandteil der Tarifpauschale bildet. Gegenwärtig sei jedoch noch völlig ungewiss, wie hoch die Abgeltung der Infrastrukturkosten ausfalle. Die Rede sei von einem Tarifzuschlag von 8 bis 13 Prozent. Die Spitäler und Kliniken befürchten deshalb, dass die Abgeltung nicht ausreiche, um die Kosten der bestehenden Klinikinfrastruktur überhaupt refinanzieren zu können. Weiter führen sie ins Feld, dass zwischen dem Kanton und den Trägerschaften Vereinbarungen für die Abgeltung der Investitionskosten bestehen, worin die Rückzahlung der Investitionsbeiträge auf die Dauer von 25 Jahren beschränkt und zudem nur bei Zweckänderung geschuldet sei. Umgekehrt anerkennen sie, dass die Regelung den Leistungsanbietern gleich lange Spiesse verschaffen will. Ebenfalls bestreiten sie nicht, dass die anteil-

mässige Abgeltung der Pauschale ohne Umwandlung zu einer doppelten Zahlung durch den Kanton führt, da er 60 Prozent der Infrastrukturkosten bereits finanziert hat.

Die Befürchtungen der Spitäler und Kliniken und deren Trägerschaften lassen sich aus Sicht der Wirtschaftlichkeit nicht ohne Weiteres aus dem Weg räumen. Umgekehrt anerkennen auch sie, dass der Kanton ein vitales Interesse daran hat, keine doppelten Finanzierungen leisten zu müssen. In der Folge einigte man sich darauf, gemeinsam eine für beide Seiten tragfähige Lösung zu suchen. Der Gesetzesbestimmung ist deshalb so zu formulieren, dass sie dem Regierungsrat die dafür erforderlichen Spielräume gibt. Im Weiteren sieht die Vorlage vor, dass der Ausgleich anstelle einer Umwandlung durch einen reduzierten Finanzierungsanteil geleistet werden kann.

Der Regierungsrat soll die Höhe der Darlehensschuld wie auch die weiteren Modalitäten (Amortisation, Zins, usw.) festlegen können. Zudem können auf Antrag eines Spitals die geleisteten Kantonsbeiträge an Investitionen im Sinne einer Vorleistung zum kalkulatorischen Restwert jährlich vom Kantonsanteil nach § 8 Abs. 2 in Abzug gebracht werden (Abs. 2). In diesem Fall erfolgt die Bereinigung der bisher geleisteten Beiträge über eine Verrechnung, indem sich der Beitragssatz des Kantons für das betreffende Spital entsprechend reduziert. Beispielsweise könnte der Kanton statt 55 Prozent nur 53 Prozent leisten und die restlichen zwei Prozent mit der Vorleistung verrechnen.

Im Bewusstsein der Problematik um die wirtschaftliche Tragbarkeit geht die Vorlage vom bilanzierten Anlagevermögen der Spitäler, das heisst vom Restwert aus (was 40 Prozent entspricht), wogegen eigentlich als Basis 60 Prozent in Rede stehen würden. Damit wird dem Vorhalt der zu tiefen Abgeltungen bzw. der überbewerteten Infrastrukturen bereits in gewissem Masse Beachtung geschenkt.

In der nachstehenden Tabelle sind die Restwerte (bilanziertes Anlagevermögen) per 31. Dezember 2010 aufgeführt, an die der Kanton Beiträge geleistet hat. Das Gesamttotal beträgt Fr. 17'909'703.00. Investitionsbeiträge an die Psychiatrische Klinik Zugersee fallen dabei nicht unter die Übergangsbestimmung von § 11a, da sie im Rahmen des Psychiatriekonkordats geleistet wurden und somit übergeordnetem Recht unterstehen. Die Vereinbarungen zwischen dem Psychiatriekonkordat und der Klinik sichern aber die finanziellen Interessen der Konkordatskantone in gleichem Masse.

Psychiatrische Klinik Zugersee⁷ (Basis Bilanz 2009)		Zuger Kantonsspital (Basis Bilanz 2009)⁸		Klinik Adelheid AG (Basis Bilanz 2009)	
Gebäude und Grundstück	4'399'515.00	Sachanlagen	3'336'794.00	Gebäude und Einrichtungen	9'709'230.00
Betriebseinrichtungen	252'131.00	Immaterielle Anlagen	212'033.00		
Total	4'651'646.00	Total	3'548'827.00	Total	9'709'230.00

Zum Übergang der Aufgaben im Bereich der Langzeitpflege vom Kanton auf die Gemeinden (Abs. 3, 4 und 5) Folgendes:

Zwar war in der Vernehmlassung völlig unbestritten, dass die Gemeinden die volle Verantwortung für die Langzeitpflege übernehmen sollen. Jedoch wurde praktisch einhellig verlangt, dass den Gemeinden eine ausreichende Übergangsfrist gewährt wird. Damit sich die Gemeinden auf ihre neuen Aufgaben vorbereiten und sich formieren können, wird ihnen eine Übergangsfrist bis spätestens 1. Januar 2014 (Abs. 3) gewährt. Bis zum Zeitpunkt des Übergangs richtet sich die Aufgabenteilung in der Langzeitpflege und der Akut- und Übergangspflege nach bisherigem Recht (Abs. 4). Das heisst, der Kanton bleibt bis dahin für die Schwerpunktversorgung in den Pflegeheimen mit regionalem Leistungsprogramm und die Akut- und Übergangspflege verantwortlich. Auch die Finanzierung richtet sich grundsätzlich nach bisherigem Recht.

In Abweichung zur bisherigen Finanzierungsregelung gewährt jedoch nicht mehr der Kanton allein einen Investitionsbeitrag von 60 Prozent an die baulichen Investitionen der Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm, sondern der Kanton und die Gemeinden gemeinsam. Beide tragen in der Übergangszeit je 30 Prozent der anrechenbaren Kosten. Die einzelnen Gemeinden beteiligen sich am Beitrag dabei nach Massgabe der von ihrer Wohnbevölkerung in den Jahren 2006 bis 2010 in Pflegeheimen mit regionalem Leistungsprogramm beanspruchten stationären Pfl egetage. Der 30-prozentige Investitionsbeitrag der Gemeinden würde unter den Gemeinden damit wie folgt aufgeteilt:

⁷ Fällt nicht unter §11a.

⁸ Da das Spitalgebäude im Eigentum des Kantons steht, ist es in diesen Zahlen nicht enthalten. Das Spital zahlt dem Kanton für die Nutzung des Gebäudes einen Mietzins. Dieser wird neu anteilmässig von den Versicherern mitgetragen, indem Infrastrukturkosten in den Fallpauschalen neu enthalten sind.

	Pflegezentrum Baar, Baar	Pflegezentrum Ennetsee, Cham	Luegeten Zent- rum für Pflege und Betreuung, Menzingen	Betagtenzentrum Neustadt, Zug
Gemeinden	Pflegetageanteil	Pflegetageanteil	Pflegetageanteil	Pflegetageanteil
Zug	35.6%	19.2%	39.3%	92.2%
Oberägeri	2.5%	0.0%	5.8%	0.0%
Unterägeri	3.9%	0.1%	10.1%	0.0%
Menzingen	0.5%	0.0%	29.2%	0.0%
Baar	38.0%	1.1%	7.7%	0.0%
Cham	8.6%	53.5%	4.0%	2.5%
Hünenberg	2.4%	9.5%	0.0%	2.1%
Steinhausen	5.2%	5.4%	0.6%	3.2%
Risch	2.7%	11.2%	0.2%	0.0%
Walchwil	0.6%	0.0%	0.1%	0.0%
Neuheim	0.0%	0.0%	3.0%	0.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Weiter hält Abs. 4 fest, dass Gesuche um Projektgenehmigung und Beitragszusicherung dem Kanton bis spätestens 31. Dezember 2012 vollständig einzureichen sind. Der 31. Dezember 2012 ist dabei eine Verwirkungsfrist. Verspätete oder unvollständig eingereichte Gesuche werden nicht mehr berücksichtigt. Schliesslich ist auch zu erwähnen, dass die Beitragsvoraussetzungen (Planungskonformität, Programmkonformität und betriebliche und wirtschaftliche Zweckmässigkeit und Angemessenheit) weiterhin Gültigkeit beanspruchen. (Vgl. § 1 Abs. 2 der Verordnung über Investitionsbeiträge an die öffentlich subventionierten Spitäler und Pflegeheimen mit regionalem Leistungsprogramm vom 16. August 2000, BGS 826.117).

7.2 EG KVG

§ 5a (neu) Planungsziele

Laut der innerkantonalen Spitalliste vom 16. Dezember 1997 gewährleisten im Kanton Zug das Zuger Kantonsspital und die Privatspitäler AndreasKlinik die stationäre medizinische Grundversorgung und einen Teil der spezialisierten Medizin. Deren Kapazitäten sind in der geltenden Spitalliste zahlenmässig begrenzt (Kantonsspital 190 Betten, AndreasKlinik 50 Betten), doch sind die Leistungsaufträge mit Medizin, Chirurgie/Orthopädie, Gynäkologie und Geburtshilfe sehr offen formuliert. Die Psychiatrische Klinik Zugersee gewährleistet die stationäre psychiatrische Versorgung und die Psychiatrische Klinik Meissenberg bietet ein spezialisiertes Angebot für Frauen an. Beide Kliniken sind ohne Mengenbegrenzungen mit dem Leistungsauftrag Psychiatrie auf der Spitalliste aufgeführt. Schliesslich stellt die Klinik Adelheid die Grundversor-

gung in der stationären Rehabilitation sicher. Ihr Leistungsauftrag nach Spitalliste lautet Rehabilitation und enthält ebenfalls keine Kapazitätsbegrenzung.

In der langjährigen Spitaldebatte war immer unbestritten, dass die erweiterte Grundversorgung im Kanton und die spezialisierte Spitalversorgung ausserkantonale in grösseren Spitalzentren sichergestellt werden. Der Regierungsrat erliess mit Beschluss vom 16. Dezember 1997 die Spitalliste für die stationäre ausserkantonale Spitalversorgung. Derzeit bestehen Verträge für folgende ausserkantonale Leistungsangebote:

- Herzchirurgie mit dem Universitätsspital Zürich, Stadtspital Triemli (Zürich), Kantonsspital Luzern und Universitätsspital Basel;
- spezielle Orthopädie mit der Schulthess Klinik Zürich und der Universitätsklinik Balgrist Zürich;
- Pädiatrie mit den Kinderspitälern Luzern (Kantonsspital) und Zürich (Universitäts-Kinderklinik);
- Neurochirurgie mit dem Kantonsspital Aarau;
- breite spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung mit dem Kantonsspital Luzern, dem Universitätsspital Zürich und dem Inselspital Bern;
- breite spezialisierte psychiatrische Versorgung insbesondere für Kinder und Jugendliche in der Clenia Privatklinik Littenheid;
- Epilepsieerkrankungen mit der Schweizerischen Epilepsie-Klinik Zürich.

Mit den Planungsbestimmungen wird die Grundlage für eine bedarfsgerechte und KVG-konforme Spitalplanung gelegt. Die Spitalplanung soll für die Zuger Bevölkerung eine ausreichende, überschaubare und kohärente, das heisst in sich stimmige Versorgungsstruktur schaffen. Die erweiterte Grundversorgung soll innerkantonal in hoher Qualität angeboten, die spezialisierte Versorgung grundsätzlich ausserkantonale sichergestellt werden. Mit den Planungsbestimmungen wird nicht nur eine zweckmässige, auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ausgerichtete Spitallandschaft statuiert, sondern es wird insbesondere auch sichergestellt, dass mit der Spitalliste nur diejenigen Leistungsaufträge erteilt werden, die für die Versorgung der Zuger Bevölkerung und zum Erhalt eines effizienzfördernden Wettbewerbs erforderlich sind (vgl. dazu unten unter § 5b).

§ 5b Anforderungen an die Leistungserbringer

Das KVG gibt die Grundvoraussetzungen für die Aufnahme eines Leistungserbringers in die Spitalliste vor (Art. 39 KVG). Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebotes sind laut Art. 58b Abs. 4 KVV insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, der Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist und die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages zu berücksichtigen. Ein Spitallistenplatz kann folglich nur an wirtschaftlich und qualitativ gut arbeitende Spitäler vergeben werden. Um diesen Nachweis zu erbringen, müssen die Spitäler bezüglich Qualität und Kosten künftig vermehrt Transparenz schaffen. Zudem sind die Listenspitäler nach Art. 41a Abs. 1 KVG verpflichtet, im Rahmen ihrer Leistungsaufträge eine Aufnahmebereitschaft für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals zu gewährleisten (Aufnahmepflicht).

Im Zeichen der langfristigen Qualitätssicherung bzw. Nachhaltigkeit sind bestimmte Anforderungen für eine Aufnahme in die Spitalliste zu erfüllen. Diese werden in Abs. 1 gesetzlich verankert und müssen kumulativ erfüllt sein. Leistungsaufträge sollen grundsätzlich nur an Spitäler und Kliniken vergeben werden, die neben den KVG-Voraussetzungen (Wirtschaftlichkeit, Qualität sowie Bereitschaft und Fähigkeit der Leistungserbringung)

- für Zuger Patientinnen und Patienten die Aufnahmebereitschaft in der allgemeinen Abteilung garantieren, und zwar unabhängig von der Kostendeckung im konkreten Fall (Verhinderung von Rosinenpicken);
- eine auf langfristige Erfüllung des Leistungsauftrags ausgerichtete wirtschaftliche Grundausstattung nachweisen (Sicherstellung der Versorgung);
- sich im Rahmen der Aus- und Weiterbildung des Spitalpersonals engagieren (Qualitäts- und Nachwuchsförderung);
- die konzeptionelle Nachbetreuung ihrer Patientinnen und Patienten über Schnittstellen gewährleisten, wie zum Beispiel den Übergang ins Pflegeheim oder in die Rehabilitation (Sicherstellung des weiteren Behandlungsprozesses);
- eine Kostenrechnung aufweisen, die eine sachgerechte Abgrenzung der Kosten für allfällige gemeinwirtschaftliche Leistungen, für die verschiedenen Versicherungsbereiche und für die weiteren Dienstleistungen ermöglicht (Schaffung Kostentransparenz, damit die vom KVG vorgeschriebenen Kosten- und Preisvergleiche fachgerecht durchgeführt und die ungedeckten Kostenanteile der gemeinwirtschaftlichen Leistungen sachgerecht abgegolten werden können).

Die Spitäler müssen die Anforderungen im Zeitpunkt der Auftragserteilung erfüllen oder zumindest auf den Zeitpunkt der Leistungserbringung zusichern (Abs. 2).

§ 5c Leistungsaufträge

Nach Abs. 1 werden die Leistungsaufträge nach medizinischen Leistungseinheiten und -gruppen erteilt. Das medizinische Klassifikationssystem sieht fast tausend verschiedene Untersuchungs- und Behandlungsleistungen vor. Damit die Planungsziele nach § 5a und die angestrebte Versorgungs- und Spitalstruktur mittels Leistungsaufträgen überhaupt erreicht werden können, sieht das Gesetz den Zusammenzug medizinischer Leistungen zu ökonomisch und medizinisch zweckmässigen Leistungsgruppen und -paketen vor.

Nach Abs. 2 können für Leistungseinheiten und -gruppen Bedingungen und Auflagen wie Mindestfallzahlen vorgesehen werden. So sind etwa gestützt auf die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) Mindestfallzahlen für diejenigen Leistungsgruppen vorzuschreiben, in denen sich eine grössere Fallzahl positiv auf Qualität und Kosten auswirkt. Weitere Bedingungen und Auflagen sind je nach konkreter Ausgestaltung der Leistungsaufträge im Einzelfall festzulegen.

Nach Abs. 3 müssen die Leistungsaufträge hinreichend und klar benannt und abgegrenzt sein (Massnahme gegen Über- und Unterangebote) und einen Zusammenzug von zweckmässigen Angeboten beinhalten. Damit kann einer für die Patientinnen und Patienten undurchschaubaren Fragmentierung der Versorgungsstruktur entgegengewirkt werden. Gleichzeitig wird so eine einseitige Konzentration von Angeboten auf besonders lukrative Leistungen erschwert. Daraus folgt auch, dass eher seltene oder komplexe Leistungen, die eine aufwändige Infrastruktur oder spezialisierte Kenntnisse und Fähigkeiten bedingen, inner- oder ausserkantonale zu konzentrieren sind (Kostendämpfungs- und Qualitätsmassnahme).

Als weitere Kostendämpfungsmassnahme sieht Abs. 4 vor, dass ein marginaler Bedarf oder ein marginales Leistungsangebot für die Spitalliste nicht berücksichtigt werden muss, wenn die Versorgung dennoch gewährleistet ist.

Als weitere Massnahmen zur regulativen Steuerung der Kosten und Mengen sollen zudem Mengengrenzungen (wie beispielsweise die maximale Bettenkapazität oder Grenzkosten) vorgesehen werden können (Abs. 5).

§ 5d Pflegeheime

Die Anforderungen an die Leistungserbringer (§ 5b EG KVG) und die Inhalte der Leistungsaufträge (§ 5c EG KVG) sollen für die Planung und Steuerung der Pflegeheime sinngemäss gelten.

7.3 Kantonsratsbeschlüsse

Als Folge der neuen Spitalfinanzierung und des Rückzugs des Kantons aus der Langzeitpflege sind der Kantonsratsbeschluss betreffend Anerkennung öffentlich subventionierten Spitäler vom 17. Dezember 1998 (BGS 826.116) wie auch der Kantonsratsbeschluss betreffend Anerkennung von Pflegeheimen mit regionalem Leistungsprogramm vom 17. Dezember 1998 (BGS 826.117) ersatzlos aufzuheben.

7.4 In-Kraft-Treten

Die Gesetzesänderungen sollen auf den 1. Januar 2012 in Kraft treten. Die Kantonsratsbeschlüsse werden auf denselben Zeitpunkt aufgehoben.

8. Finanzielle Auswirkungen

Die hier geänderten Erlasse haben im Bereich Spitäler für sich allein keine finanziellen Auswirkungen. Finanzielle Auswirkungen ergeben sich allerdings aus der neuen Spitalfinanzierung, wie sie der Bund beschlossen und der Kanton zu vollziehen hat. Die Folgen für den Kanton Zug sind unter Ziffer 5.1 dargestellt. Zur Veranschaulichung noch einige Ausführungen:

Der Regierungsrat hat den prozentualen Anteil des Kantons für das Jahr 2012 auf 47 Prozent festgesetzt. Entsprechend dürften sich die Kosten für den Leistungseinkauf im Jahr 2012 auf mutmasslich rund 88.2 Mio. Franken belaufen. Damit würden die Ausgaben des Kantons gegenüber dem budgetierten Leistungseinkauf des Jahres 2011 (von rund 79.8 Mio. Franken) um mutmasslich rund 8.4 Mio. Franken ansteigen⁹. Die Prämien für die Versicherten dürften sich allein aufgrund ihres 53-prozentigen Anteils an den Kosten dagegen mutmasslich um rund 1 Prozent erhöhen. Demgegenüber hätten sich die Kosten des Kantons für den Leistungseinkauf im Jahr 2012 bei einem Kostenteiler von 55 Prozent auf mutmasslich rund 103.2 Mio. Franken belaufen, wobei der daraus resultierende Versicherungsanteil von ebenfalls 45 Prozent einen prämiendämpfenden Effekt hätte. Der Kantonsanteil hätte sich in diesem Fall aber gegenüber dem Vorjahr um rund 23.4 Mio. Franken erhöht.¹⁰

Schliesslich ergibt sich aus der beabsichtigten Umwandlung der bis 31. Dezember 2011 an die Spitäler gewährten Investitionsbeiträge in rückzahlbare und verzinsliche Darlehen ein Guthaben des Kantons. Anhand der Restwerte per 31. Dezember 2010 würde ein Gesamtguthaben des Kantons von rund 18 Mio. Franken resultieren (wobei ein Betrag von 4.65 Mio. Franken abzuziehen ist, da die Investitionsbeiträge an die Psychiatrische Klinik Zugersee nicht unter die Übergangsbestimmung von § 11a fallen, da sie im Rahmen des Psychiatriekonkordats geleistet wurden und übergeordnetem Recht unterstehen).

Die Entlastung des Kantons im Bereich der Langzeitpflege (vgl. die Ausführungen unter Ziff. 5.3) wird frühestens auf das Jahr 2014 wirksam. Bis dahin trägt der Kanton laut Übergangsregelung von § 11a Abs. 4 weiterhin jährlich den Kostenanteil der Akut- und Übergangspflege

⁹ Vor Abzug der Mietzinseinnahme für die Liegenschaft Zuger Kantonsspital.

¹⁰ Vor Abzug der Mietzinseinnahme für die Liegenschaft Zuger Kantonsspital.

von 310'000 Franken. Ab 2014 haben die Gemeinden diesen Anteil nach Massgabe der von ihren Einwohnerinnen und Einwohnern beanspruchten Pflegeleistungen zu übernehmen. Zusätzlich liesse sich auch hier anführen, dass der Kanton seit dem Jahr 2000 bis heute Investitionsbeiträge in der Höhe von durchschnittlich rund 4.25 Mio. Franken pro Jahr an Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm leistete, was mit dem Rückzug des Kantons aus der Langzeitpflege ab 2014 entfällt. Laut Übergangsregelung (§ 11a Abs. 5) besteht die Finanzierungspflicht jedoch noch eine gewisse Zeit weiter. Die Beiträge an die betrieblichen Investitionen der Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm trägt bis Ende 2013 weiterhin der Kanton und zwar im bisherigen Umfang von 60 Prozent. Für die baulichen Investitionen besteht jedoch eine Sonderregelung. Hier gewähren der Kanton und die Gemeinden Investitionsbeiträge von je 30 Prozent und das auch nur für Gesuche, die einerseits die Beitragsvoraussetzungen erfüllen und andererseits bis spätestens 31. Dezember 2012 vollständig eingereicht wurden. Ein baulicher Investitionsbedarf dürfte in den kommenden Jahren – wenn überhaupt – einzig bei der Luegeten, Zentrum für Pflege und Betreuung Menzingen, bestehen, da das Pflegezentrum Baar, das Pflegezentrum Ennetsee und das Betagtenzentrum Neustadt jüngsten Datums sind.

9. Antrag

Gestützt auf diesen Bericht stellen wir folgenden Antrag:

Auf die Vorlage Nr. 2037.2 - 13734 sei einzutreten und es sei ihr zuzustimmen.

Zug, 5. April 2011

Mit vorzüglicher Hochachtung
Regierungsrat des Kantons Zug

Der Landammann: Matthias Michel

Der Landschreiber: Tino Jorio