



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

Bericht und Antrag der Kommission für das Gesundheitswesen
vom 12. Mai 2011

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Kommission für das Gesundheitswesen hat die oben erwähnte Vorlage (Nr. 2037.1/.2 - 13733/34) in der Zeit vom 2. bis 12. Mai 2011 an insgesamt drei Halbtagesitzungen beraten. An den Sitzungen nahmen von der Gesundheitsdirektion Regierungsrat Joachim Eder, Generalsekretär Roman Balli und stv. Generalsekretärin Beatrice Gross (zeitweise) teil. Das Protokoll erstellte Richard Aeschlimann.

Als Präsidentin der Kommission für das Gesundheitswesen ist es mir ein Anliegen, an dieser Stelle den Kommissionsmitgliedern und den Mitarbeitenden der Gesundheitsdirektion für ihr aktives Mitwirken zu danken. Die engagierten Diskussionen, die fachkundigen Referate und Auskünfte und die rasche Aufbereitung der Unterlagen und Protokolle machten es möglich, dieses komplexe Geschäft innert kurzer Frist mit der gebotenen Sorgfalt und Tiefe beraten zu können.

Der Bericht gliedert sich wie folgt:

1. In Kürze	1
2. Einleitung	2
3. Eintretensdebatte	4
4. Detailberatung	4
5. Finanzielle Auswirkungen	9
6. Schlussabstimmung	9
7. Antrag	10

1. In Kürze

Die KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung) bringt verschiedene Änderungen im Vergütungssystem der Spitäler und in der heutigen Spitalplanung. Um den ab 1. Januar 2012 geltenden neuen Ansprüchen und Gegebenheiten gerecht zu werden, müssen die kantonalen Regelungen zur Spitalplanung und -finanzierung angepasst werden. Dazu werden das Spitalgesetz vom 29. Oktober 1998 (SpG; BGS 826.11) und das Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 29. Februar 1996 (EG KVG; BGS 842.1) einer Teilrevision unterzogen.

Im Zusammenhang mit der Revision schlägt die Regierungsratsvorlage zudem eine Änderung in der Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden im Bereich der Langzeitpflege vor. Der Kanton soll sich ganz aus der Langzeitpflege zurückziehen. Die Kategorie der Pflegeheime mit regionalem Leistungsprogramm soll fallen gelassen werden.

Mit der Neuordnung bzw. der neuen Aufgabenteilung geht auch einher, dass der Kantonsratsbeschluss vom 17. Dezember 1998 betreffend Anerkennung öffentlich subventionierter Spitäler (BGS 826.115) und der Kantonsratsbeschluss betreffend Anerkennung von Pflegeheimen mit regionalem Leistungsprogramm (BGS 826.116) aufgehoben werden sollen.

Die anwesenden 14 Kommissionsmitglieder traten einstimmig und ohne Enthaltung auf die Vorlage Nr. 2037.1/2 - 13733/34 ein.

Die Kommission verabschiedete folgende Änderungsanträge zuhanden des Kantonsrates:

§ 4 Abs. 3 SpG soll dahingehend geändert werden, dass die Gemeinden künftig die Versorgung im Bereich der ambulanten Akut- und Übergangspflege sicherstellen sollen, wogegen dem Kanton die Sicherstellung der Versorgung in der stationären Akut- und Übergangspflege obliegt. Diese Aufgabenteilung erscheint der Kommissionsmehrheit vor dem Hintergrund der heutigen Strukturen (ambulante Versorgung [Spitex] als Gemeindeaufgabe – stationäre Akutversorgung als Kantonsaufgabe) vernünftig.

Als Folge dieser – gegenüber der Regierungsvorlage – geänderten Aufgabenteilung werden in § 6 Abs. 2 und 4 (neu) sowie in § 7a Abs. 2 SpG Anpassungen und Modifikationen erforderlich, nämlich:

- **§ 6 Abs. 2 SpG** soll so umformuliert werden, dass der Kostenteiler, den der Regierungsrat festsetzt, generell für die Vergütung von Leistungen der Akut- und Übergangspflege gilt (und nicht nur eingeschränkt auf die Vergütung durch die Gemeinden).
- **§ 6 Abs. 4 SpG** soll neu vorsehen, dass der Regierungsrat die Leistungsaufträge für die stationäre Akut- und Übergangspflege festlegen und dafür auch die gemeinwirtschaftlichen Leistungen und deren Vergütung bestimmen kann.
- Schliesslich soll in **§ 7 Abs. 2 SpG** der Aufgabenbereich der Gemeinden bei der Erteilung der Leistungsaufträge und der Bestimmung von deren Abgeltung auf die ambulante Akut- und Übergangspflege eingeschränkt werden.

Die Möglichkeit zur Einführung des Globalbudgetsystems durch den Regierungsrat soll nach Ansicht der Kommission auf "begründete Fälle" eingeschränkt sein. **§ 8 Abs. 3 SpG** soll entsprechend angepasst werden. Die Einschränkung wird damit begründet, dass das Globalbudgetsystem vom Grundsatz der leistungsorientierten Vergütung mit Fallpauschalen abweicht, die ja ordentlicherweise gilt.

Schliesslich hält die Kommission dafür, dass der Kanton und die Gemeinden mit Inkrafttreten des neuen Rechts per 1. Januar 2012 keine Beiträge an bauliche Erweiterungsinvestitionen von Pflegeheimen mit regionalem Leistungsprogramm leisten sollen. Um dies unzweifelhaft auszudrücken, soll **§ 11a Abs. 5 SpG** entsprechend präzisiert werden.

2. Einleitung

2.1. Grundsätze für die Kommissionsarbeit

Von Seiten der Sozialvorsteherinnen- und Sozialvorsteherkonferenz (SOVOKO) wurde der Wunsch an die Kommissionspräsidentin herangetragen, eine Vertretung in die Kommission beordern zu können, um so ihre Sicht der sie betreffenden Dinge darlegen zu können. In der dar-

auffolgenden Grundsatzdiskussion war man sich einig, dass die Zusage eine generelle Ausdehnung des Kreises der Einzuladenden zur Folge hätte. Alle Interessenvertreter (z. B. AndreasKlinik, Kantonsspital, Ärztegesellschaft, GGZ als Eigentümerin der Klinik Adelheid) müssten gleich behandelt werden.

Die Kommission lehnte eine Öffnung der Kommission mit 7 zu 6 Stimmen bei einer Enthaltung ab.

Als Begründung wurde angeführt, dass die Betroffenen im Rahmen der Vernehmlassung bereits ausreichend Gelegenheit hatten, ihre Meinungen einzubringen. Soweit deren Anliegen nicht in die Vorlage einfließen, sind sie zumindest transparent ausgewiesen. Zudem standen der Kommission sämtliche Vernehmlassungsunterlagen zur Verfügung.

2.2 Offenlegung der Interessenverbindungen

Von den 15 Kommissionsmitgliedern gaben immerhin deren sieben an, eine Interessenverbindung zu den Themen der Gesetzesrevision aufzuweisen, sei es, dass sie beruflich oder nebenberuflich im Gesundheits- oder Spitalwesen bzw. in Gemeinden tätig sind.

2.3 Einführungsreferate und Diskussionen

An der ersten Sitzung führte der Gesundheitsdirektor die gesundheitspolitische Sicht der Vorlage aus. In diesem Zusammenhang orientierte er etwa über die Versorgungssituation im Kanton Zug. So ist es der Weitsicht der Zuger Bevölkerung zu verdanken, dass die innerkantonale Versorgung im Kanton mit nur mehr zwei, aber bestens im Markt positionierten akutsomatischen Spitälern sichergestellt wird. Das Volk gab den Auftrag, ein neues Kantonsspital mit 184 Betten zum festgesetzten Preis zu realisieren. Die Reduktion der Bettenzahlen von 536 auf heute 243 (AndreasKlinik und Kantonsspital) innert zehn Jahren ist schweizweit einmalig. Zug hat heute die tiefste Bettendichte aller Kantone. Die Steuerung mittels Mengenbeschränkung bildet mitunter wesentlichster Grund, weshalb die Prämien und die Staatsquote im Kanton Zug tief sind. Im Zusammenhang mit der Revision bietet sich die Situation an, auch die Kompetenzen in der Langzeitpflege klar zu regeln. Die Gemeinden seien mit der Stossrichtung, wie sie vorgelegt werde, einverstanden, insbesondere da nun eine Übergangsfrist gewährt werde. Einzige Differenz bilde die Akut- und Übergangspflege, die die Gemeinden nach wie vor lieber beim Kanton sähen.

Der Generalsekretär stellte sodann die Vorlage des Regierungsrats im Einzelnen in einem Einführungsreferat vor und setzte dabei folgende Themen in den Mittelpunkt: Die leistungsorientierte Spitalplanung und -finanzierung mit einheitlichen Planungskriterien auf der Grundlage von Wirtschaftlichkeit und Qualität, die schweizweite Spitalwahlfreiheit und die leistungsbezogenen Fallpauschalen (inkl. Investitionskosten). Die Zuger Planung läuft auf Hochtouren. Neu sollen den Spitälern klar abgegrenzte Leistungsaufträge nach medizinischen Leistungseinheiten und -gruppen erteilt werden. Die Kostenbeteiligungspflicht der öffentlichen Hand von neu mindestens 55 Prozent, die Ausdehnung auf alle Listenspitäler und die Übergangsregelung für Kantone mit tiefen Prämien. Weiter erläutert wurden die finanziellen und planerischen Steuerungsmöglichkeiten mit Globalbudget, degressiven Tarifen und Mengenbegrenzungen. Zudem wurde das im Gesetz vorgesehene System der Umwandlung der Beiträge in Darlehen erörtert.

Die Kommission liess sich in der Folge ausführlich ihre Fragen beantworten. Vor der Eintretensdebatte fand eine umfassende Diskussion über die zentralen Themen, die künftige Versorgungsentwicklung, Steuerungsmöglichkeiten und die Herausforderungen für die betroffenen Spitäler statt.

Auf Wunsch der Kommission zeigte der Generalsekretär in der zweiten Kommissionssitzung zudem die Herausforderungen und laufende Bereinigungen im Zusammenhang mit der Neuordnung auf, nämlich die Umwandlung Kantonsbeiträge in Darlehen, die gemeinwirtschaftlichen Leistungen, die Miete bei der Liegenschaft Kantonsspital und die Steuerungsinstrumente.

3. Eintretensdebatte

Die Kommission führte eine kurze Eintretensdebatte. Die anwesenden 14 Mitglieder beschlossenen einstimmig und ohne Enthaltung, auf die Vorlage einzutreten.

4. Detailberatung

Der Revisionsentwurf wurde paragrafenweise nach der Gliederung der Regierungsvorlage beraten. Die Gesundheitsdirektion erläuterte auf Wunsch der Kommission jeweils zu den einzelnen Bestimmungen den Handlungsspielraum.

A. Spitalgesetz vom 29. Oktober 1998

4.1 § 3 Abs. 2

Die Kommission lässt sich in diesem Zusammenhang noch einmal bestätigen, dass zu den Listenspitälern auch ausserkantonale Spitäler gehören, die auf der Spitalliste des Kantons Zug aufgeführt sind. In diesem Zusammenhang wird seitens der Kommission auch darauf hingewiesen, dass im Kanton Zug derzeit kein spezifisches Angebot an Palliative Care vorhanden ist. Dem widerspricht die Gesundheitsdirektion nicht, weist allerdings darauf hin, dass Palliative Care neu als Leistungsgruppe im Basispaket enthalten ist. Das Kantonsspital und die AndreasKlinik müssen ihr Leistungsangebot entsprechend anpassen, um diese Leistungspalette auch anbieten zu können. Allenfalls ist daneben ein ausserkantonaales Angebot für spezialisierte palliative Leistungen zu prüfen.

4.2 § 3 Abs. 3

Die Kommission diskutierte die Frage, ob die Begriffsdefinition der stationären Langzeitpflege nicht auch die gerontopsychiatrische Langzeitpflege erwähnen müsste, da diese künftig an Bedeutung gewinnen dürfte. Dazu wurde seitens eines Kommissionsmitgliedes ausgeführt, dass der SOVOKO durchaus klar ist, dass die gerontopsychiatrische Langzeitpflege Teil der spezialisierten Langzeitpflege und somit Gemeindeaufgabe ist. Zudem ist gegenwärtig eine Arbeitsgruppe daran, diese ganze Thematik, von der auch die Behindertenheime betroffen sind, vertieft zu prüfen. Auf einen entsprechenden Antrag wurde deshalb verzichtet.

4.3 § 4 Abs. 3

Hier entbrannte eine eingehende Diskussion zur Frage, ob die Akut- und Übergangspflege eine Gemeindeaufgabe oder eine Kantonsaufgabe sein sollte. Der regierungsrätliche Bericht will die Akut- und Übergangspflege künftig als Verbundsaufgabe der Gemeinde sehen. Dies wird damit begründet, dass es dieselben Leistungen und Leistungserbringer wie in der Langzeitpflege sind, weshalb hier eine inhaltliche Koordination bei der Vergabe der Leistungsaufträge durch die Gemeinden einfach sei. Zudem sei die finanzielle Belastung mit schätzungsweise rund Fr. 310'000.-- pro Jahr gering. Demgegenüber argumentierten die Gemeinden in der Vernehmlassung, dass die Abgeltung nach den Regeln der Spitalfinanzierung und die Leistung im Anschluss an einen Spitalaufenthalt erfolgt. Zudem handle es sich nicht um Langzeitpflege, da die Behandlungsdauer ja nur 14 Tage daure. Ins Feld geführt wurde schliesslich seitens einiger

Kommissionsmitglieder auch, dass es im Interesse des Kantons sei, die Akut- und Übergangspflege zu übernehmen, da diese künftig zunehmend genutzt werden dürfte, vor allem von älteren Leuten. Der Kanton wie auch die Spitäler seien nicht an deren längerer Hospitalisierung interessiert. Es liege deshalb im Interesse des Kantons, auf eine angemessene Zahl von Akut- und Übergangspflegeplätzen hinzuwirken. Einig war man sich hingegen, dass Akut- und Übergangspflege zum Aufgabengebiet der Gemeinden gehört, wenn sie ambulant erbracht wird. Dies, weil die Spitex ganz klar eine Gemeindeaufgabe sei. Schliesslich wurde der Antrag in diesem Sinne gestellt.

Mit 7 zu 4 Stimmen wurde der Antrag für eine Version "stationäre Akut- und Übergangspflege beim Kanton" bei einer Stimmenthaltung angenommen.

4.4 § 5

Die Diskussion kreiste hier um die Frage, ob es richtig sei, dass der Kantonsrat erst bei Darlehen und Garantien ab 10 Mio. Franken zuständig sein sollte. Das bisherige Recht sieht nämlich vor, dass der Kantonsrat Beiträge ab 5 Mio. Franken beschliessen soll. Einig war man sich schliesslich, dass es sich bei der bisherigen Regelung mit 5 Mio. Franken um à fonds perdu Beiträge handle, wogegen hier nur ein Darlehen in Rede steht. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass § 9 SpG einen klaren Rahmen für Kantonsdarlehen setze. So können diese nur subsidiär und unter gewissen Voraussetzungen überhaupt beansprucht werden. Um die Haltung der Kommission in dieser Frage klar zu dokumentieren, verlangte ein Mitglied eine Abstimmung.

Die Kommission votierte mit 10 zu 0 Stimmen bei 2 Enthaltungen für einen Beitrag von 10 Mio. Franken. Auf den Antrag 5 Mio. Franken entfielen 0 Stimmen.

4.5 § 6 Abs. 1

Im Zusammenhang mit dem neu in Abs. 1 Bst. c vorgesehenen finanziellen Steuerungsinstrument des Globalbudgets wollte die Kommission wissen, wie bei Einzelverhandlungen mit den Spitälern über ein Globalbudget sichergestellt sei, dass alle gleich behandelt würden. Seitens Gesundheitsdirektion wurde darauf hingewiesen, dass das Gleichbehandlungsgebot nicht nur in der Verfassung, sondern konkret auch im KVG festgehalten sei. Bei der Einführung eines Globalbudgets seien von Bundesrechtswegen wegen die Leistungserbringer und die Versicherer anzuhören (Art. 51 KVG). Die Kommission war sich darin einig, dass ein Globalbudget sehr sinnvoll sein könne und diese Option dem Regierungsrat bzw. dem Kanton auch neue Möglichkeiten eröffne.

4.6 § 6 Abs. 2

Die Bestimmung ist aufgrund des Ergebnisses der Diskussion zu § 4, Abs. 3 anzupassen. Der zweite Satz lautet neu wie folgt: "Der Kostenteiler gilt auch für die Vergütung von Leistungen der Akut- und Übergangspflege ~~durch die Gemeinden.~~"

4.7 § 6 Abs. 4

Die Tarife decken heute nicht die Kosten aller Leistungen der Akut- und Übergangspflege. Deswegen sind unter Umständen zusätzliche Vergütungen unter dem Titel gemeinwirtschaftliche Leistungen nötig. Zu denken ist etwa an Vorhalteleistungen wie die Bereitstellung dieser Bettenkategorie, um konzeptionell sicherzustellen, dass der Übergang vom Spital in die Akut- und Übergangspflege gelingt.

4.8 § 7a Abs. 2

Die Bestimmung ist aufgrund des Ergebnisses der Diskussion zu § 4, Abs. 3 anzupassen. Der erste Satz lautet neu wie folgt:

"Die Gemeinden legen gemeinsam die Leistungsaufträge für die spezialisierte Langzeitpflegeversorgung und für die ambulante Akut- und Übergangspflege fest und bestimmen deren Abgeltungen ..."

4.9 § 8 Abs. 3

In der Diskussion war sich die Kommission einig, dass der Kanton mit einem Globalbudget einen gewissen Handlungsspielraum erhält und man sich diese Möglichkeit für spätere Zeiten offen halten soll. Umgekehrt bestand seitens einiger Kommissionsmitglieder das Bedürfnis, die Einführung eines Globalbudgets an gewisse Voraussetzungen zu knüpfen. Dies ganz einfach deshalb, weil das Globalbudget in gewissem Masse von den Intentionen der neuen Spitalfinanzierung mit leistungsorientierter Abgeltung abweicht. Vor diesem Hintergrund suchte man nach Auslesekriterien, die das Globalbudget mit dem Eintreten einer ausserordentlichen Situation verknüpft. Aufgrund des Hinweises, dass das Globalbudget im KVG nicht nur in Art. 51 KVG, sondern auch in Art. 54 KVG geregelt ist, und zwar ausdrücklich als befristete ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung eines überdurchschnittlichen Kostenanstiegs, sah die Kommission aber davon ab, für die Einführung des Globalbudgets Anforderungen im kantonalen Recht festzuhalten. Ausgehend vom gesetzestechnischen Verständnis, dass die leistungsorientierte Vergütung nach § 8 Abs. 1 und 2 den Grundsatz und das Globalbudget im Sinne von § 8 Abs. 3 eher die Ausnahme darstellt, wurde der Antrag gestellt, dass dort in begründeten Fällen einzufügen sei.

In der Abstimmung entfielen 5 Stimmen für die Version des Regierungsrates und 10 Stimmen auf die Formulierung "Der Kanton kann in begründeten Fällen anstelle der leistungsbezogenen Finanzierung eine Abgeltung mittels Globalbudget vorsehen."

4.10 § 9 Abs. 1

Die Kommission wollte vorerst wissen, was in Sachen gemeinwirtschaftlichen Leistungen angedacht ist. Die Gesundheitsdirektion führte dazu mit Verweis auf die Ausführungen im Bericht und Antrag des Regierungsrates zu § 6 (Seite 23 f.) aus, dass bspw. die Abgeltung für die universitäre Lehre und Forschung oder auch regionalpolitische Gründe für eine Leistung unter diesem Titel herangezogen werden können. Der Regierungsrat hat sich klar dazu geäussert, dass er unter dem Titel "gemeinwirtschaftliche Leistungen" Zahlungen nur mehr restriktiv leisten will. Nicht mehr in Frage kommen Abgeltungen für die Notfallstation. Die bisherige Notfallabgeltung am Kantonsspital orientierte sich am Zürcher LORAS-Modell (leistungsorientierte Ressourcen Allokation im Spitalwesen). Als diese Lösung getroffen wurde, war die Situation im Kanton Zug noch anders als heute. Am alten Standort an der Artherstrasse bestanden ungünstige Strukturen und es waren deutlich weniger Notfalleintritte zu verzeichnen. Am neuen Standort braucht es diese Sonderzahlung nicht mehr, da der Notfall kostendeckend betrieben werden kann. Das Zuger Kantonsspital weiss, dass es künftig für die Notfallstation keine Sonderzahlung mehr erhält. Unter dem Titel gemeinwirtschaftliche Leistungen dürfte künftig die universitäre Lehre abgegolten werden. Hier dürfte die Abrechnung gemäss Angaben der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) erfolgen (Fr. 15'500.-- pro Jahr und Assistenzarzt). Schliesslich sei auch denkbar, dass die Klinik Adelheid künftig eine Abgeltung in Form eines regionalpolitischen Zuschusses erhält. Die Umsetzung der neuen KVG-Vorgaben bereitet ihr nämlich Schwierigkeiten. Die Rehabilitationstarife, die noch immer nach Pfl egetagen abgegolten werden, sind tendenziell tief. Hinzu kommt, dass die Klinik Adelheid laut deren eigenen Angaben eine zu teure Infrastruktur aufweist. Für die Er-

neuerung der Klinik wurden 32 Mio. Franken aufgewendet. Mit dem aktuell vorgesehenen 12 Prozent-Zuschlag für Investitionsabgeltungen kann die Klinik längerfristig nicht bestehen, da die von ihr veranschlagten Kosten nicht gedeckt sind. Mit der Möglichkeit, gemeinwirtschaftliche Leistungen weiterhin zu vergüten, kann der Kanton im Interesse der Versorgungssicherheit Zusatzzahlungen ausrichten, falls eine kostendeckende Vergütung nicht möglich ist und ein öffentliches Interesse sowie ein ausgewiesener Bedarf an dieser Leistung besteht. Die Kommission sprach sich denn auch dafür aus, die Bestimmung in der offenen Formulierung beizubehalten.

4.11 § 9a Abs.4

Ein Teil der Kommission regte an, dass die Darlehen zu marktüblichen Konditionen zu verzinsen seien. Dem wurde mit Hinweis auf das frühere Zinsumfeld mit Hypothekarzinsen von 7 Prozent und mehr entgegen gehalten, dass der Markt sehr volatil sein kann. Ein hoher Markt-zins wirkt sich entsprechend auch auf die Prämien aus. Der Kanton habe deshalb ausgleichend zu wirken. Seitens eines Kommissionsmitgliedes wurde zudem darauf hingewiesen, dass sich die Spitäler und Kliniken nach § 9a Abs. 2 Bst b zuerst darum bemühen müssen, ein Darlehen von Dritten zu erhalten. Um gleichwohl sicherzustellen, dass der Kanton als Finanzier resp. Darlehensgeber nicht marktverzerrend handeln soll, wurde der Antrag gestellt, dass die Darlehen angemessen zu verzinsen seien.

Die Kommission sprach sich mit 12 gegen 3 Stimmen für die Formulierung aus, dass "Darlehen angemessen zu verzinsen sind."

4.12 § 11a Abs. 1

In Zusammenhang mit der hier vorgesehenen Umwandlung von Kantonsbeiträgen in Darlehen nahm die Kommission im Rahmen der Eintretensreferate bereits zur Kenntnis, dass der Ausgangspunkt nicht die geleisteten Beiträge im Umfang von 60 Prozent der anrechenbaren Investitionskosten, sondern 40 Prozent sind. Zudem wird dem Regierungsrat die Kompetenz übertragen, die Höhe der Darlehensschuld festzusetzen. Dabei wird als Entgegenkommen gegenüber den Voten in der Vernehmlassung vorgesehen, dass die wirtschaftliche Tragbarkeit für die Spitäler und Kliniken berücksichtigt wird.

4.13 § 11a Abs. 3

Dazu wurde von einem Kommissionsmitglied vorgetragen, dass die Gemeinden in ihren Vernehmlassungen eine dreijährige Übergangsfrist forderten, um die zusätzlichen Aufgaben in der Langzeitpflege und in der Akut- und Übergangspflege übernehmen zu können. Das Gesetz sehe jetzt bloss eine zweijährige Übergangsfrist vor. Dem wurde entgegnet, dass sich die Gemeinden in den anschliessend an die Vernehmlassung geführten Bereinigungsgesprächen dahingehend geäußert haben, dass die vorgesehene Übergangsfrist bis 1. Januar 2014 genüge. Eine Fristverlängerung sei somit nicht nötig. Rechnet man ab dem Zeitpunkt der Kenntnisnahme dieser Neuordnung, so sei die dreijährige Übergangsfrist im Übrigen praktisch gewahrt.

Die Kommission votierte mit 12 Stimmen für die Version des Regierungsrates mit Übergang auf den 1. Januar 2014 gegen die beantragte längere Frist mit Übergang erst auf 1. Januar 2015 (3 Stimmen).

4.14 § 11a Abs. 5

Diese Bestimmung wurde eingeführt, nachdem seitens der Gemeinde Menzingen und auch des Pflegezentrums Luegeten eine Benachteiligung gegenüber den anderen Heimen mit regionalem Leistungsprogramm vorgetragen wurde. Effektiv besteht punkto Infrastruktur bei der Luegeten ein Nachholbedarf. Die Intention der Bestimmung sei es, dass berechnete Innovationsan-

liegen während der Übergangsfrist weiterhin mit einem Satz von 60 Prozent (neu 30 % Kanton und 30 % Gemeinden) subventioniert werden können. Voraussetzung sei freilich, dass die übri- gen Investitionsvoraussetzungen wie z. B. die Planungskonformität erfüllt ist. In der Diskussi- on wurde von der Gesundheitsdirektion darauf hingewiesen, dass der Bedarf an Pflegeheim- betten wegen der zunehmenden Alterung der Bevölkerung jährlich um rund 34 Betten steige. Es wäre deshalb möglich oder denkbar, dass auch andere Pflegeheime als die Luegeten mit Investitionsanträgen kämen. Ihre Ausbauwünsche wären dann wohl schwer abzuweisen, da die Planungskonformität ins Feld geführt werden könnte. Die Kommission war sich einig, dass es stossend wäre, Investitionen zur Erweiterung der betrieblichen Kapazitäten nach dieser Über- gangsbestimmung zu subventionieren. Ein Kommissionsmitglied stellte deshalb den Antrag, dies klarzustellen und in § 11 Abs. 5 nach dem ersten Satz (nach "je 30 Prozent der anrechen- baren Kosten" den Passus einzufügen: "Von der Beitragsleistung ausgeschlossen sind Erweite- rungsinvestitionen."

10 Kommissionsmitglieder votierten für die Aufnahme des Passus "Von der Beitragslei- stung ausgeschlossen sind Erweiterungsinvestitionen". 5 Kommissionsmitglieder votier- ten für eine Beibehaltung der bisherigen Version.

B. Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 29. Februar 1996

4.15 § 5b Abs. 1

Hier erkundigten sich Kommissionsmitglieder, wie die Leistungen kontrolliert würden, insbe- sondere auch, da Abbaubefürchtungen beim Personal bestehen. Die Gesundheitsdirektion zeigte auf, dass die Spitäler heute bereits quartalsweise Listen lieferten, die über die Ausbil- dungsleistungen Auskunft geben. Vor allem wichtig sei die Nachwuchsförderung in den medizi- nisch-therapeutisch-pflegerischen Bereichen. Auch werde die Aufnahmebereitschaft bereits heute auf Hinweise hin überprüft und es werde bei Verfehlungen aufsichtsrechtlich eingeschrit- ten. Die Abklärungen erfolgten dabei durch den Kantonsärztlichen Dienst. Die Modalitäten wer- den künftig in sogenannten Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern und Kliniken geregelt.

4.16 § 5c Abs. 5

Ein Kommissionsmitglied setzte hinter die Mengengrenzung Fragezeichen. Es wies auf die Gefahr hin, dass die Zuger Spitäler benachteiligt würden. Auf der andern Seite wurde erwähnt, dass die Mengengrenzung heute als kostendämmendes und prämierelevantes Steuerungs- element anerkannt sei. Zwar wechsele die künftige Spitalplanung auf eine leistungsorientierte Planung, doch haben sich die Anstrengungen im Kanton Zug mit der Reduktion der Bettenzahl und deren Fixierung pro Institution in der Vergangenheit und bis heute sehr bewährt. Die Kommission sprach sich in der längeren Diskussion dafür aus, dass man künftig nur mehr die Bettenzahl innerkantonal fixieren solle, damit den Spitälern Freiraum im Markt um ausserkan- tonale Patienten bleibe. Dies stellte die Gesundheitsdirektion so in Aussicht und gebot, beim Vorgehen Sorgfalt walten zu lassen. Im Übrigen sei es ja auch so, dass bei Berechnung der Bettenbedarfszahlen ein Aufschlag von 15 Prozent zugebilligt werde, um Schwankungen im Jahresmittel und für Notfälle auffangen zu können (Bettenbelegung 85 Prozent). Ergänzend wurde seitens Gesundheitsdirektion darauf hingewiesen, dass gegenwärtig auch noch nicht alle 184 Betten am Zuger Kantonsspital in Betrieb stehen. Die Kommission verzichtete deshalb, hier eine Änderung vorzusehen.

4.17 § 5d

Mit Blick auf die Nachwuchsförderung, die neuerdings auch für die Pflegeheime dem Grundsatz nach gelten solle, erkundigte sich ein Mitglied, ob die in § 25 GesG vorgesehene Ausbildungsunterstützung durch den Kanton nicht fallen zu lassen sei. Dem wurde entgegengehalten, dass Fr. 3'000.-- pro abgeschlossener Ausbildung in einem zugerischen Pflegeheim für Personen mit Wohnsitz im Kanton Zug vom Kanton ausgerichtet werden. Anders als bei den Spitälern sind die Kosten für Lehre und Forschung bei den Pflegeheimen laut KVG nicht im Tarif enthalten. Der Beitrag des Kantons sei ein Anreiz, damit die Ausbildungen in den Pflegeheimen weiterhin stattfinden.

5. Finanzielle Auswirkungen

Die Kommission diskutierte auch die finanziellen Auswirkungen der Vorlage und erhielt zu diesem Zweck eine ergänzende Zusammenstellung der Gesundheitsdirektion. Darin aufgeführt war die für das Jahr 2012 prognostizierte Entwicklung der Kosten beim Kostenteiler von 47 Prozent. Aufgezeigt wurden ebenfalls die Auswirkungen auf die Staatskasse und die Prämienzahler je nach Höhe des Kostenteilers. Die Kommission nahm auch zur Kenntnis, dass die vorstehende Gesetzesänderung keine zusätzlichen Kosten auslöst. Mehrkosten entstehen für den Kanton durch die vom eidgenössischen Parlament beschlossenen Änderung der Spitalfinanzierung. Die Gründe liegen darin, dass unter dem Regime der leistungsorientierten Spitalfinanzierung neu auch die Privatspitäler anteilmässige Beiträge von den Kantonen erhalten. Zudem gilt für die Versicherten neu die freie Spitalwahl schweizweit für Listenspitäler und als Gegenstück dazu die generelle Pflicht der Kantone zur anteilmässigen Mitfinanzierung bei ausserkantonalen Hospitalisationen (und nicht nur wie bisher in medizinisch indizierten Fällen). Die Kommission nahm in diesem Zusammenhang zur Kenntnis, dass die vorliegende Neuordnung der Spitalplanung und -finanzierung dem Kanton verschiedene Instrumente zur Verfügung stellt, um negativen Kostenentwicklungen entgegen wirken zu können. Gegenüber der Regierungsvorlage kommen neu die Kosten der stationären Akut- und Übergangspflege von Fr. 310'000.-- pro Jahr hinzu und zwar über das Jahr 2014 hinaus. Dies als Folge der geänderten Aufgabenteilung in § 4 Abs. 3 SpG.

6. Schlussabstimmung

Mit 12 zu 0 Stimmen bei einer Enthaltung stimmte die Kommission der Neuordnung der Spitalplanung und -finanzierung mit den in diesem Bericht erwähnten Änderungen zu.

Aus Transparenzgründen äusserte sich die Kommission auch noch im Sinne von Konsultativabstimmungen getrennt zu den beiden in Rede stehenden Gesetzesänderungen, das heisst zur Änderung des Spitalgesetzes und zur Änderung des EG KVG je mit den protokollierten Änderungsanträgen. Der Änderung des Spitalgesetzes stimmte die Kommission mit 12 zu 0 Stimmen bei einer Enthaltung und der Änderung des EG KVG mit 13 zu 0 Stimmen zu.

7. Antrag

Die vorberatende Kommission beantragt Ihnen,

auf die Vorlage Nr. 2037.4 - 13785 einzutreten und ihr in der geänderten Fassung der Kommission zuzustimmen.

Zug, 12. Mai 2011

Mit vorzüglicher Hochachtung

Im Namen der Kommission für das Gesundheitswesen

Die Präsidentin: Vroni Straub-Müller