

# Pflege und Betreuung 2035 – Braucht die Schweiz eine Pflegeversicherung?

**Matthias Wächter**, Dr. sc. nat.

**Oliver Kessler**, lic. rer. publ. HSG

Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR

Hochschule Luzern – Wirtschaft

**CONCORDIA**

CONCORDIA **research** –

eine Schriftenreihe der Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia – Nr. 3

## Herausgeber

Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia  
Bundesplatz 15  
6002 Luzern

Hochschule Luzern – Wirtschaft  
Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR  
Zentralstrasse 9  
6002 Luzern

© Copyright Hochschule Luzern – Wirtschaft, Luzern 2019  
Abdruck – auch auszugsweise – ist unter Angabe der Quelle willkommen.  
ISBN 978-3-906190-07-5

Diese Publikation entstand im Rahmen des Forschungs- und Beratungsschwerpunkts «Öffentliches Gesundheitsmanagement» des Instituts für Betriebs- und Regionalökonomie IBR an der Hochschule Luzern – Wirtschaft. Die Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia unterstützte von 2012 bis 2018 die Forschung in diesem Themenbereich jährlich mit einem massgeblichen finanziellen Beitrag. Die vollständige Forschungs- und Publikationsfreiheit der Hochschule Luzern ist vertraglich vereinbart.

Im Rahmen der Publikationsreihe CONCORDIA research werden Erkenntnisse aus Forschungsprojekten zusammengefasst, neu entwickelt und zur Diskussion gestellt. Die Publikationen richten sich an Akteure des Gesundheitswesens, der Politik, der Kranken- und Sozialversicherungen und eine interessierte Öffentlichkeit. Die inhaltliche Verantwortung für die Publikation liegt allein bei den Autoren. Die Interpretation der Forschungsergebnisse und die Schlussfolgerungen müssen sich nicht mit den Positionen der Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia decken.

## Kontakt

### Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia

Dr. Andreas Lauterburg, [andreas.lauterburg@alavis.ch](mailto:andreas.lauterburg@alavis.ch)

### Hochschule Luzern – Wirtschaft

Dr. Matthias Wächter, [matthias.waechter@hslu.ch](mailto:matthias.waechter@hslu.ch)

Oliver Kessler, [oliver.kessler@hslu.ch](mailto:oliver.kessler@hslu.ch)

### Autoren dieser Publikation

Dr. Matthias Wächter, [matthias.waechter@hslu.ch](mailto:matthias.waechter@hslu.ch)

Oliver Kessler, [oliver.kessler@hslu.ch](mailto:oliver.kessler@hslu.ch)

### Zitiervorschlag:

Wächter, Matthias; Kessler, Oliver (2019). Pflege und Betreuung 2035 – Braucht die Schweiz eine Pflegeversicherung? Luzern: Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia.

## Vorwort

Die Zahl der betagten Menschen, die während kürzeren Episoden oder längeren Lebensphasen pflegebedürftig sind oder Hilfe und Betreuung benötigen, wächst stetig. Die spitalexterne ambulante und stationäre Pflege ist in einem starken Wandel begriffen. Zudem ist schon seit längerem feststellbar, dass in vielen Regionen der Schweiz zu wenig ausgebildetes Personal für die Pflege und Betreuung von betagten Menschen zur Verfügung steht. Der Fachkräftemangel wird sich Jahr für Jahr verstärken, sogar wenn die bis heute ergriffenen Massnahmen ihre Wirkung entfalten. Nicht nur in diesem Handlungsfeld sind neue Ideen gefragt.

Die intensiven öffentlichen Diskussionen über steigende Ausgaben für die Gesundheitsversorgung in den letzten Lebensjahren zeigen, dass die Kostenentwicklung sowohl gesellschaftspolitisch als auch für die privaten Haushalte eine der grossen Herausforderung der nächsten Jahrzehnte sein wird. Wichtige Treiber der Kostenentwicklung sind neben dem demografischen und gesellschaftlichen Wandel die medizinisch-technologischen Entwicklungen, eine Verschiebung der Krankheitsbilder hin zu chronischen Erkrankungen und Multimorbidität, eine stärkere Ausprägung von Lebensphasen der Fragilität und Hochaltrigkeit sowie veränderte Ansprüche und Präferenzen der Bevölkerung.

Das Thema Pflege und Betreuung wurde in den letzten sechs Jahren im Rahmen des Forschungs- und Beratungsschwerpunktes «Öffentliches Gesundheitsmanagement» (ÖGM) an der Hochschule Luzern auf unterschiedlichen Ebenen intensiv bearbeitet. Die Erkenntnisse, die in den meisten Fällen in direktem Austausch und in Zusammenarbeit mit der professionellen Praxis sowie Patientinnen und Patienten, Angehörigen, freiwilligen/ehrenamtlichen Mitarbeitenden usw. entstanden sind, führen die Autoren hiermit zusammen. Die vorliegende Publikation enthält Handlungsempfehlungen für die nachhaltige Weiterentwicklung der Pflege und Betreuung in der Schweiz.<sup>1</sup>

*<sup>1</sup> Der Fokus dieser Publikation richtet sich auf die Altersgruppe der 65-jährigen und Älteren. Die Versorgung im Bereich Geburtsgebrechen, Kinder und Jugendliche oder Invalidität im Alter von 19 bis 64 Jahren und die Unterschiede zur Versorgung unter dem Regime der Invaliden- und Unfallversicherung wären eigene wichtige Themen, sprengen aber den Rahmen dieser Publikation.*

Im Zentrum der politischen Debatten und öffentlichen Aufmerksamkeit stehen oft die Themen der Finanzierung und Lastenverteilung; sowohl in der Gesundheits- als auch in der Sozialpolitik. Dieser dritte Band in der Reihe CONCORDIA research legt seinen Fokus jedoch vor allem auf die Ebenen der Organisation und Steuerung der Leistungen. Welche übergeordneten gesellschaftlichen und politischen Ziele werden im Bereich der Pflege und Betreuung verfolgt? Welche Verhaltensänderungen und Steuerungsmassnahmen sind notwendig, damit sich die Pflege und Betreuung in der Schweiz bedarfsorientiert, qualitativ angemessen und kostenoptimiert weiterentwickelt? Wie kann die Koordination und Integration der Gesundheitsversorgung in diesen Leistungsbereichen gefördert werden?

Die Autoren beantworten auch die Frage, wohin die Entwicklung geht, welche mit der Neuregelung der Pflegefinanzierung im Jahr 2011 und der föderalistisch geprägten Umsetzung in den Folgejahren von Bund, Kantonen und Gemeinden angestossen wurde. Was sind die Stärken und Schwächen des heutigen Organisations- und Finanzierungsmodells in der Langzeit-, Akut- und Übergangspflege, mit dem sich die Schweiz vor acht Jahren bewusst gegen die Einführung einer obligatorischen Pflegeversicherung entschieden hat? Hat sich die Aufgabenteilung zwischen Bund, Kantonen, Gemeinden, Krankenversicherungen, Leistungserbringern und der Gesellschaft bewährt? Und zum Schluss stellt sich die Frage, was eine Pflegeversicherung respektive eine Mischung von einem obligatorischen Pflegesparmodell und einem Versicherungsteil verändern würde.

Die Antworten auf diese Fragen beeinflussen die Qualität des Lebens mit chronischen Erkrankungen, bei Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit im Alter, bei der Begleitung in der letzten Lebensphase sowie die Versorgungsqualität in der Nachsorge im Anschluss an einen Spitalaufenthalt.

## Management Summary

Es geht letztlich um einen Beitrag an die Lebensqualität von rund 158'000 Menschen in Alters- und Pflegeheimen mit 33.8 Millionen Pfl egetagen pro Jahr. Aber auch um die jährlich rund 350'000 Personen, die während 23,4 Millionen Stunden pro Jahr von der Spitex und freischaffenden Pflegefachpersonen zu Hause gepflegt und betreut werden sowie um die vielen Partnerinnen, Angehörigen, Freundinnen und Nachbarn, die unzählige betagte Menschen begleiten (Zahlen 2017). Die Relevanz dieser Fragen zeigt sich im Vergleich zur Spitalversorgung: In den Spitälern der Schweiz wurden im gleichen Zeitraum 1.5 Millionen Patientinnen und Patienten mit 11.7 Millionen Behandlungstagen versorgt.

Wir hoffen, mit dieser Publikation die oben genannten Fragen zumindest ansatzweise zu beantworten und damit zur Weiterentwicklung des schweizerischen Modells der Organisation und Finanzierung der Pflege und Betreuung im Altersbereich beizutragen. Wir freuen uns auf Ihre Reaktionen und Überlegungen.

Luzern, im März 2019

Dr. Andreas Lauterburg  
Präsident des Stiftungsrates, Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia

Dr. Matthias Wächter und Oliver Kessler  
Co-Leiter Forschungs- und Beratungsschwerpunkt  
«Öffentliches Gesundheitsmanagement»

### **Ausgangslage und Ziele**

Der gesellschaftliche Auftrag und die politischen Zielsetzungen sind klar: Pflege und Betreuung von Menschen über 65 Jahren soll wirtschaftlich, bedarfsorientiert und in guter Qualität organisiert werden. Damit alle betagten Menschen mit einem Pflege- oder Unterstützungsbedarf Zugang zu bedarfsgerechten Dienstleistungen erhalten, müssen entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden. Die heutige Form der Finanzierung, Governance und Aufgabenteilung entwickelte sich in drei Schritten aus der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG, 1996), der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA, 2008) und den Gesetzesänderungen der neuen Pflegefinanzierung (2011). Sie führten in der Summe zu einem Verzicht auf die Einführung einer nationalen Pflegeversicherung als eigenständigen Sozialversicherungszweig. Die resultierende «Mischfinanzierung» der Pflege und Betreuung überträgt den Kantonen und Gemeinden neben einer hohen Finanzierungsverantwortung auch wichtige Steuerungsmöglichkeiten. Die Umsetzung ist stark föderalistisch geprägt.

Angesichts des demografischen Wandels, einer Zunahme chronischer Erkrankungen, Veränderungen in der Arbeitswelt und den sozialen (familiären) Beziehungen, sich verändernder Ansprüche und Präferenzen der Bevölkerung, eines sich abzeichnenden Fachkräftemangel, der Nachfrage- und Ausgabenentwicklung, aber auch medizinisch-technologischer Entwicklungen müssen die Strukturen und Formen der spitalexternen ambulanten und stationären Pflege und Betreuung ausdifferenziert und weiterentwickelt werden.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie sich der Verzicht auf die Einführung einer Pflegeversicherung ausgewirkt hat. Wie bewähren sich die Mischfinanzierung und die starken Steuerungsmöglichkeiten der öffentlichen Hand? Inwiefern werden die politischen Ziele einer wirtschaftlichen, bedarfsorien-

tierten und qualitativ hochstehenden Versorgung erreicht? Sind diese Ziele (auch) zukünftig durch eine Weiterentwicklung der heutigen Rahmenordnung erreichbar oder braucht es einen Systemwechsel in Richtung Pflegeversicherung respektive einer Mischung von einem obligatorischen Pflegesparmodell und einem Versicherungsteil?

Diese und weitere Fragen versucht die vorliegende Publikation zu beantworten, indem der Fokus vor allem auf die Organisation und Steuerung der Pflege- und Betreuungsleistungen gelegt wird. Methodisch entspricht die Publikation einer konzeptionell orientierten Meta-Studie, in der einerseits ausgewählte Evaluationen der 2011 eingeführten Pflegefinanzierung aufgenommen und kritisch auf ihre Evidenz geprüft werden. Andererseits werden Erkenntnisse, die Mitarbeitende der Hochschule Luzern im Rahmen des Forschungs- und Beratungsprogramms «Öffentliches Gesundheitsmanagement» (ÖGM) in den letzten sechs Jahren erarbeitet haben, vor dem Hintergrund der aktuellen und zukünftigen Entwicklungen reflektiert. Die Autoren orten die entscheidenden Herausforderungen in einer Optimierung der Steuerung und der Versorgungsstrukturen. Ausgehend von dieser Optimierung und ihren Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit, Qualität und Bedarfsorientierung der Leistungserbringung ist dann die Frage nach der Lastenverteilung und Sicherstellung der Finanzierung zu klären.

#### **Der Aufbau vernetzter koordinierter Versorgungsangebote**

Die Zukunft liegt in einer vernetzten, koordinierten oder integrierten Versorgung, zu der die spitalexterne ambulante und stationäre Pflege und Betreuung wichtige Beiträge leisten werden. Aktuell wird diese Zukunft oft noch zu stark entlang der Leistungserbringergruppen Spitex, selbständige Pflegefachpersonen sowie Alters- und Pflegeheime gedacht, welche um intermediäre Angebot wie Tages-/Nachtstrukturen oder betreute Wohnformen ergänzt werden. Aus Sicht der Autoren werden sich die

einzelnen Leistungsbereiche einerseits noch stärker ausdifferenzieren, andererseits miteinander zu neuen Formen verschmelzen. Die Organisation der spitalexternen Pflege und Betreuung ist bereits heute in einem starken Wandel begriffen. Sind der hohe Anteil kleiner, gemeindenaher Spitexorganisationen und Pflegeheime stark historisch geprägt, so finden sich zunehmend neue Formen der Spezialisierung, Ausdifferenzierung des Leistungsspektrums und Zusammenarbeit. Alternative Wohn- und Pflegeformen entstehen, die Pflegeheime öffnen sich mit Dienstleistungen und Kurzaufenthalten nach aussen. Es werden regional sehr unterschiedliche Strukturen und Prozesse eines idealerweise gut vernetzten, koordinierten oder integrierten Angebots entstehen: Gesundheitszentren, gemeinsame Trägerschaften von Spitex und Pflegeheimen, Integration der Spitex in Managed Care Organisationen, dezentral arbeitende Teams, Case-Management- und Beratungsstellen. Hier gilt es, tragfähige Rahmenbedingungen in Bezug auf die Finanzierung, die interprofessionelle Zusammenarbeit, den Aufbau entsprechender Fach- und Führungskompetenzen und den Wissens- und Informationsaustausch zu schaffen.

#### **Weiterentwicklung der Tarifstrukturen und Verfahren der Tariffestlegung**

Die Erkenntnisse des Forschungsprogramms ÖGM zeigen, dass den Tarifstrukturen und Verfahren der Tariffestsetzung und Tarifverhandlungen auch in der Steuerung der spitalexternen Pflege eine zentrale Bedeutung zukommen. Ein entscheidender Aspekt in diesem Bereich ist die Harmonisierung und Ausdifferenzierung der Kostenrechnungen und die statistische Validierung erweiterter Kennzahlen, da sonst keine evidenzbasierten und realitätsnahen Tarife ausgehandelt werden können, die zu wirtschaftlichen, bedarfsorientierten und qualitativ angemessenen Leistungsangeboten führen. Erst auf dieser Grundlage ist eine gezielte Steuerung und Entwicklung der Langzeitpflege und Ausdifferenzierung des Leistungsspektrums möglich.

### **Die Bedeutung nicht-pflegerischer Unterstützungsleistungen**

Die fundamentale Bedeutung nicht-pflegerischer Leistungen für den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit sowie für die Lebensqualität im Alter und beim Leben mit chronischen Krankheiten wird aufgrund von verschiedenen Studien deutlich herausgearbeitet. Die nicht-pflegerischen Leistungen stehen oft im Schatten der Pflege, obwohl sie rund 60 Prozent aller Unterstützungsleistungen ausmachen. Am Anfang einer zunehmenden Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit stehend, sind sie ein wichtiger Leistungsbereich, um frühzeitig Probleme zu erkennen und präventive Massnahmen einzuleiten, die die Selbständigkeit erhalten und wieder erhöhen. Ihr Potenzial kann nur durch das Schaffen klarer Rahmenbedingungen – darunter auch einer transparenten Abgeltung – und entsprechender Prozesse und Kompetenzentwicklung in den Organisationen ausgeschöpft werden.

### **Die Ergänzungsleistungen als wichtiges Steuerungselement**

Den in der Schweizer Verfassung verankerten Ergänzungsleistungen (EL) kommt in ihrer doppelten Rolle nicht nur der Existenzsicherung, sondern auch einer subjekt- und bedarfsorientierten Absicherung des Pflegerisikos eine wichtige Bedeutung in der Steuerung und Weiterentwicklung der Langzeitpflege zu. Durch den hohen Anteil von EL-Bezügerinnen und -Bezügern unter den Pflegeheimbewohnern (50 Prozent) bestimmen die Eckwerte der Ergänzungsleistungen die Wahlmöglichkeiten einer grossen Gruppe von Pflege- oder Hilfsbedürftigen. Dies betrifft auch das betreute Wohnen, dessen Mietpreise und Taxen für Grundleistungen ohne kantonale Zusatzregelungen oder direkte Subventionen an den Anbieter die heutigen Basisansätze der Ergänzungsleistungen übersteigen. Gleichzeitig werden die Eckwerte und Obergrenzen der Ergänzungsleistungen zu einem wichtigen Steuerungselement der Angebotsentwicklung und der Versorgungsstandards, wenn Ergänzungsleistungsbezüger den Zugang

zu Leistungen nicht verwehrt werden soll. Die Ergänzungsleistungen sind ein wirkungsvolles Instrument, deren Grenzen aber erkannt und respektiert werden müssen.

### **Bessere Datengrundlagen als Voraussetzung einer besseren Steuerung**

An diversen Orten wird in dieser Publikation das Potenzial beschrieben, welches in einer besseren Ausschöpfung bestehender Daten liegt. Datenverfügbarkeit und Datenqualität sind wichtige Grundlagen für eine datenbasierte Darstellung des differenzierten Leistungsspektrums unterschiedlicher Organisationen und ein Monitoring der Versorgungsabdeckung. Aber wie bei einer evidenzbasierten Versorgungsplanung ist der entscheidende Punkt die effektive Datennutzung. Ohne eine Umstellung der Spitex-Statistik auf anonymisierte individuelle Fall- und Leistungsdaten, eine Erweiterung der Statistiken um eine Betriebsklassifikation und weitere Kennzahlen sowie eine regionale Auflösung der Daten sind wichtige Fragen auf der Steuerungsebene nicht vertieft zu diskutieren. Hier besteht in der Schweiz noch ein sehr grosses Potenzial zur Optimierung.

### **Braucht die Schweiz eine Pflegeversicherung?**

Die Antwort auf die Frage: «Braucht die Schweiz eine Pflegeversicherung?» ist letztlich eine politische und gesellschaftliche Entscheidung. Im Rahmen dieser Publikation werden Grundlagen aufgearbeitet, um diese Debatte auf einer breit abgestützten Basis führen zu können.

Bevor es zu einer Systementscheidung zwischen der Weiterentwicklung der heutigen Mischfinanzierung und der Einführung einer Pflegeversicherung resp. der Variante einer Mischform von obligatorischem Pflegesparen und einer zusätzlichen Versicherungsform für das Risiko sehr hoher Pflegekosten kommt, sollten aus Sicht der Autoren in den nächsten Jahren zunächst Energie und Ressourcen in die folgenden Schritte fliessen:

- 1.** Weiterentwicklung der Tarifstrukturen und Einführung datengestützter Tarifverhandlungen im Bereich der spitalexternen Pflege durch die Etablierung harmonisierter, hochauflösender Kostenrechnungen, den Aufbau nationaler Datenbanken und gemeinsamer Institutionen für eine datengestützte Weiterentwicklung der Tarifstrukturen sowie eine Festlegung von transparenten Verfahren der Tariffindung und -verhandlungen.
- 2.** Verbesserung der Datengrundlagen für ein Monitoring der Versorgungsentwicklung im Bereich der spitalexternen Pflege (regionale Auflösung der Daten, Einführung von Klassifikationen zur Unterscheidung unterschiedlicher Funktionen und Leistungsspektren der Betriebe, Umstellung der Spitex-Statistik auf eine Individualstatistik, Einbindung von Qualitätsindikatoren).
- 3.** Weiterentwicklung und Konsolidierung der Prognosemodelle der Pflegeplanung unter Einbezug ambulanter und intermediärer Wohn- und Pflegeformen. Aktualisierte Hochrechnung der prognostizierten Nachfrage und Pflegekosten für die Schweiz auf der Basis der konsolidierten Schätzungen.
- 4.** Klärung der Funktion und Ausgestaltung von Betreuungs- und instrumentellen Unterstützungsleistungen sowie deren Abgeltung. Dazu sollte die Rolle der Hilfenentschädigung (Karenzfrist, unterschiedliche Anrechnung im Rahmen der EL, Einstufungskriterien, Abstufung) und ihr Ausbau im Zusammenspiel mit kantonalen Leistungen zu einer Absicherung von Betreuungskosten und instrumenteller Unterstützungsleistungen überprüft werden.
- 5.** Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen und Steuerungsformen zur Förderung integrierter Versorgungsansätze. Dies umfasst neben einer Klärung der Rolle der öffentlichen Hand auch das Schaffen von unternehmerischen Handlungsspielräumen.

Der Verzicht auf eine Pflegeversicherung hat starke Anreize auf der Ebene der Kantone und Gemeinden gesetzt, das Potenzial alternativer Wohn- und Pflegeformen, die Stärkung der ambulanten Versorgung, die Öffnung und Vernetzung der Pflegeheime sowie die Prävention und Früherkennung von Problemen verstärkt auszuschöpfen. Es wurden Voraussetzungen für regional angepasste Lösungen geschaffen. Die Fortführung der spitalexternen Pflege unter dem Dach der Krankenpflegeversicherung ermöglicht eine Integration wichtiger Leistungsdimensionen und vermeidet einen Bruch zwischen verschiedenen Sozialversicherungsträgern.

Diese Stärken einer Weiterführung und -entwicklung der heutigen Mischfinanzierung sind gegenüber den Vorteilen der Einführung einer Pflegeversicherung respektive einer Mischung von einem obligatorischen Pflegesparmodell und einem Versicherungsteil abzuwägen. Eine Systementscheidung sollte sich in erster Linie an den Auswirkungen auf die Organisation und Steuerung der Leistungserbringung orientieren, und erst in zweiter Linie an der Verteilung der finanziellen Lasten. Dieser dritte Band in der Reihe CONCORDIA research legt differenzierte Analysen vor, die einen Beitrag zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflege und Betreuung von betagten Menschen in der Schweiz leisten.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	<b>4</b>	<b>5 Die Ergänzungsleistungen als wichtiges Steuerungselement in der spitalexternen Pflege</b>	<b>85</b>
<b>Management Summary</b>	<b>7</b>	5.1 Zentrale Steuerungsgrössen und Anreizmechanismen der Ergänzungsleistungen	85
<b>1 Einleitung</b>	<b>16</b>	5.2 Ausgabenstruktur und -entwicklung der Ergänzungsleistungen	89
<b>2 Grundlegende Steuerungs- und Anreizmechanismen der spitalexternen Pflege und Betreuung</b>	<b>22</b>	5.3 Auswirkung alternativer Pflege- und Wohnformen auf Gesamtausgaben und verfügbare Einkommen	94
2.1 Grundlegende Steuerungsmechanismen der heutigen Pflegefinanzierung	24	5.4 Anstehende Reformen	104
2.2 Die Entwicklung der Spitexorganisationen und selbständigen Pflegefachpersonen	32	<b>6 Koordinierte, integrierte Versorgung in der Pflege und Betreuung</b>	<b>107</b>
2.3 Die Entwicklung der Pflegeheime und intermediärer Wohnformen	45	6.1 Koordinierte, integrierte Versorgung in Gesundheitsregionen	107
<b>3 Führungskennzahlen und datenbasierte Tarifverhandlungen</b>	<b>60</b>	6.2 Das Beispiel Palliative Care	111
3.1 Die Entwicklung einer hochauflösenden harmonisierten Kostenrechnung für den Spitex-Bereich	61	<b>7 Fazit</b>	<b>122</b>
3.2 Notwendige Schritte zur Weiterentwicklung des Modells	68	7.1 Tarife, Tariffestlegung und Tarifverhandlungen	123
3.3 Datengestützte Tarifverhandlungen und Weiterentwicklung der Tarifstrukturen	70	7.2 Bessere Datengrundlagen als Voraussetzung einer besseren Steuerung	127
<b>4 Die Rolle und Bedeutung der hauswirtschaftlichen und (sozial-)betreuerischen Leistungen</b>	<b>73</b>	7.3 Die Bedeutung nicht-pflegerischer Unterstützungsleistungen	132
4.1 Die grundsätzliche Ausrichtung und Rolle hauswirtschaftlicher und (sozial-)betreuerischer Leistungen	74	7.4 Die Ergänzungsleistungen als wichtiges Steuerungselement in der spitalexternen Pflege	135
4.2 Prävention und Früherkennung von Problemen	79	7.5 Der Aufbau koordinierter, integrierter Versorgungsangebote	141
4.3 Strukturen und Prozesse zur Förderung des Potenzials der Hauswirtschaft	82	7.6 Braucht die Schweiz eine Pflegeversicherung?	143
		<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>148</b>
		<b>Anhang</b>	<b>151</b>
		<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>155</b>



# 1. Einleitung

Die heutige Rahmenordnung der Pflegefinanzierung in der Schweiz wurde im Wesentlichen in drei Schritten eingeführt. Mit dem Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) 1996 wurden Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex), selbständige Pflegefachpersonen sowie Pflegeheime neu zur Leistungsabrechnung gegenüber der Krankenversicherung zugelassen. Das KVG sah vor, dass die Krankenversicherung die vollen Pflegekosten übernimmt, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und einer transparenten, von den Tarifpartnern anerkannten Grundlage der Kostenermittlung.

In einem nächsten Schritt wurde 2008 mit der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) die Verantwortung für die stationäre Langzeitpflege und die Pflege und Hilfe zu Hause auf Seiten der öffentlichen Hand neu geordnet. Sie ging mit Ausnahme der Ausrichtung der Hilflosenentschädigung vom Bund auf die Kantone über, die sie zum Teil wiederum an die Gemeinden delegierten. Die Beiträge der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) an Spitexorganisationen entfielen fortan und die Finanzierungsverantwortung in der ambulanten Pflege wird seither durch die Kantone, Gemeinden und Krankenversicherungen getragen. Eine wichtige materielle Änderung war der Ersatz der absoluten Obergrenze bei den Ergänzungsleistungen (EL), welche in der Vergangenheit im Falle von Pflegebedürftigkeit in die Sozialhilfeabhängigkeit führen konnte. An ihre Stelle traten kantonale Obergrenzen anerkannter Heimtaxen.

Angesichts des raschen Anstiegs der Ausgaben in allen Leistungsbereichen der Krankenversicherung und der demografischen Prognosen wurde 2011 in einem dritten Schritt mit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung die Krankenversicherung entlastet und ein Teil der Pflegekosten auf die Kantone und Gemeinden übertragen. Die Beiträge der Krankenversicherer an die Pflege wurde auf national einheitliche, vom Bundesrat

festgelegte – zumeist nicht kostendeckende – Ansätze begrenzt. Die Restkosten werden seither von den Kantonen und Gemeinden sowie über eine Patientenbeteiligung von den Pflegebedürftigen selbst getragen. Die Kantone regeln die Restfinanzierung und die Höhe der Patientenbeteiligung innerhalb des im Bundesgesetz festgelegten Rahmens. Im Gegenzug wurde die Akut- und Übergangspflege als neue Leistungskategorie geschaffen, die Ergänzungsleistungen ausgebaut und eine leichte Hilflosenentschädigung für die Pflege zu Hause eingeführt. Die Kantone wurden auf Bundesebene gesetzlich verpflichtet, im Rahmen der Ausgestaltung der Ergänzungsleistungen dafür zu sorgen, dass durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfeabhängigkeit entsteht.

Diese Neuordnungen in drei Phasen bedeuten in der Summe den Verzicht auf die Einführung einer Pflegeversicherung als eigenständigen Sozialversicherungszweig. Stattdessen wurde eine Mischfinanzierung der «Pflege, Betreuung und Unterstützung von Betagten und Behinderten» etabliert, welche stark föderalistisch geprägt ist. Sie hat den Kantonen und Gemeinden nicht nur eine grosse Verantwortung, sondern auch wichtige Steuerungsmöglichkeiten übertragen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie sich der Verzicht auf die Einführung einer Pflegeversicherung ausgewirkt hat. Wie bewährt sich die stattdessen gewählte Form der Mischfinanzierung in Bezug auf die Entwicklung der spitalexternen ambulanten und stationären Pflege? Wie werden die politischen Ziele erreicht, dass die Versorgung wirtschaftlich, bedarfsorientiert und in guter Qualität zu gewährleisten ist? Sind diese Ziele im Bereich Pflege und Betreuung (auch) zukünftig durch eine Weiterentwicklung der heutigen Rahmenordnung erreichbar oder braucht es einen Systemwechsel in Richtung Pflegeversicherung? Welche Handlungsempfehlungen sind möglich und sinnvoll?

Zu diesen gesellschaftlich relevanten Fragestellungen wurden in den letzten Jahren verschiedene Evaluationen auf nationaler und kantonaler Ebene vorgelegt. Insbesondere drei Evaluationen werden in der vorliegenden Publikation als Referenz herangezogen. Im Auftrag des BAG haben 2018 Infrass, Careum Forschung und Landolt Rechtsanwälte die Wirkung der Gesetzesänderungen evaluiert (INFRAS 2018). Der Fokus der Evaluation wurde auf die beiden zentralen Ziele der Neuordnung der Pflegefinanzierung gelegt: eine zusätzliche finanzielle Belastung der OKP (obligatorische Krankenpflegeversicherung) durch spitalexterne Pflegekosten sollte vermieden und die sozialpolitisch schwierige Situation bestimmter pflegebedürftiger, vulnerabler Personen entschärft werden. Die Evaluation bewertet neben dem Stand der Umsetzung und deren Zielerreichung weitere Auswirkungen und Nebeneffekte der Pflegefinanzierung (INFRAS 2018). Zwei weitere Einschätzungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurden 2015 von der Universität Basel im Auftrag des Verbands der privaten Spitex-Organisationen ASPS und 2016 von Avenir Suisse vorgenommen. Beide Studien empfehlen einen Systemwechsel in Richtung einer eigenständigen Pflegeversicherung, in zwei allerdings sehr unterschiedlichen Ausprägungen bezüglich Finanzierung und Wirkungsweise (vgl. Felder 2015, Cosandey 2016).

Im Fokus dieser dritten Publikation der Reihe CONCORDIA research stehen Ergänzungen und Vertiefungen einzelner Themen der oben erwähnten Evaluationen, auf deren Grundlage zum Teil abweichende Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen abgeleitet werden. Sie setzt sich darüber hinaus mit zwei wesentlichen Einschränkungen auseinander, die den bisherigen nationalen Evaluationen zugrunde lagen. Erstens wurden die Grenzen der nationalen Spitex-Statistik und der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (Somed) bis jetzt nicht fundiert analysiert, und zweitens eignet sich die üblicherweise gewählte kantonale Auflösung der Daten (anstelle einer regionalen) nicht als tragfähige Grundlage zur Interpretation des

effektiven Versorgungsgeschehens und der Patientenflüsse. Mit dieser Publikation will das Forschungsprogramm «Öffentliches Gesundheitsmanagement» (ÖGM) einen Beitrag leisten, die Grundlagen einer nachhaltigen Entwicklung und Sicherung der Pflege und Betreuung mit der Perspektive 2035 fundierter diskutieren zu können.

In einem ersten Schritt werden in Kapitel 2 einige grundlegende Überlegungen zu der Aufgabenteilung und den Governance-Strukturen vorgenommen, die mit der NFA-Umsetzung (2008) und der Neuregelung der Pflegefinanzierung (2011) geschaffen wurden. Die Entwicklung der Leistungsbereiche Spitex und Pflegeheime wird mit einem Seitenblick auf intermediäre Angebote dargestellt.

Die Erkenntnisse des Forschungsprogramms ÖGM zeigen, dass den Tarifstrukturen und Verfahren der Tariffestsetzung und Tarifverhandlungen auch in der Steuerung der spitalexternen Pflege eine zentrale Bedeutung zukommen. Kapitel 3 zeigt auf, in wie weit hier in der Neuordnung der Pflegefinanzierung für die Langzeitpflege gegenüber anderen Leistungsbereichen des KVG abweichende Strukturen geschaffen wurden, welche Herausforderungen für die Entwicklung robuster Tarifstrukturen noch zu meistern sind und welche Implikationen dies für die Steuerung der Langzeitpflege hat.

Das vierte Kapitel widmet sich der Bedeutung nicht-pflegerischer Leistungen für die Lebensqualität im Alter und beim Leben mit chronischen Krankheiten, sowohl für den Verbleib im privaten Wohnumfeld als auch nach Eintritt in ein Pflegeheim. Die Organisation und Finanzierung dieses Bereichs unterliegt eigenen Regeln und unterscheidet sich deutlich vom Bereich der Pflegeleistungen.

In den meisten Ländern ist mit einer obligatorischen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit nur eine Teilabdeckung der entstehenden Kosten verbunden. Dies gilt auch für die Schweiz. Die in der Verfassung verankerten Ergänzungsleistungen sind in ihrer doppelten Rolle nicht nur zentral für die Existenzsicherung, sondern auch für die subjekt- und bedarfsorientierte Absicherung des Pflegerisikos. Damit kommen den Ergänzungsleistungen eine wichtige Bedeutung in der Steuerung und Weiterentwicklung der Langzeitpflege zu. Kapitel 5 beschreibt die zentralen Steuerungsgrößen, die von den Eckwerten der Ergänzungsleistungen ausgehen, und verdeutlicht die Anreize, die von ihnen auf die Planung und Organisation der Langzeitpflege ausgehen.

Die Zukunft liegt in einer vernetzten, koordinierten oder integrierten Versorgung, zu der die spitalexterne ambulante und stationäre Pflege und Betreuung wichtige Beiträge leisten müssen. Die Zukunft wird oft noch zu stark entlang der heutigen Leistungserbringergruppen Spitex, selbständige Pflegefachpersonen und Alters- und Pflegeheime gedacht, ergänzt um intermediäre Angebot wie Tages-/Nachtstrukturen oder betreute Wohnformen. Aus Sicht der Autoren werden sich die einzelnen Leistungsbereiche einerseits noch stärker ausdifferenzieren, andererseits miteinander zu neuen Formen verschmelzen. Es werden regional sehr unterschiedliche Strukturen und Prozesse eines idealerweise gut vernetzten, koordinierten oder integrierten Angebots entstehen: Gesundheitszentren, gemeinsame Trägerschaften von Spitex und/oder Pflegeheimen, Integration der Spitex in eine Managed Care Organisation, eine solitäre Spitex, dezentral arbeitende Teams, Case-Management- und Beratungsstellen, etc. Doch welche Akteure sind die Treiber einer Weiterentwicklung der Organisationsformen? Wo wirken die heutigen oder alternative Finanzierungsformen stärkend oder hemmend auf eine qualitätsfördernde Vernetzung? Welche Rolle spielen vier mögliche Integratoren: Sozialversicherungen, öffentliche Hand, unternehmerische und individuelle Ansätze? Diesen Fragen widmet sich

das Kapitel 6. Ebenfalls in diesem Kapitel präsentieren wir die positiven und negativen Anreize, die von der heutigen Mischfinanzierung ausgehen am konkreten Beispiel der Palliative Care.

Ein Querschnittsthema, welches sich durch alle Kapitel zieht, ist die Notwendigkeit, bessere Datengrundlagen zu schaffen und diese effektiv für die Weiterentwicklung der Versorgung zu nutzen. Darum wird immer wieder auf das Potenzial hingewiesen, welches in einer besseren Ausschöpfung von oft bestehenden Daten liegt. Dies betrifft eine Reihe von wichtigen Aspekten: Darstellung des differenzierten Leistungsspektrums unterschiedlicher Organisationen, ein Monitoring der Versorgungsabdeckung, die Schnittstellen und Arbeitsteilung zwischen Organisationen oder bessere Grundlagen der Pflegeplanung.

In einem abschliessenden Kapitel 7 werden Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen skizziert.

## 2. Grundlegende Steuerungs- und Anreizmechanismen der spitalexternen Pflege und Betreuung

Der demografische Wandel und die Übertragung der Verantwortung für die Langzeitpflege und Hilfe zu Hause haben im vergangenen Jahrzehnt auf der Ebene der Kantone und Gemeinden zu einer intensivierten Auseinandersetzung mit der konkreten Versorgungsplanung und -steuerung einerseits und einer umfassenderen, integrierten Alters-, Gesundheits- und Sozialpolitik andererseits geführt. Die klassischen Themen der Alterspolitik wurden zunehmend durch weitere Herausforderungen ergänzt: Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung vor allem im ländlichen Raum, Stärkung der Prävention, Aufbau von Palliative Care Versorgungsstrukturen oder ambulante Begleitung und Betreuung von Demenzkranken am Wohnort und im Quartier. Diese Aufgaben sind oft nicht von einer staatlichen Institution allein, sondern nur in Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Staatsebenen, mit den Leistungserbringern und vielfach auch nur kantons- oder gemeindeübergreifend zu lösen.

<sup>2</sup> Der Gesamtaufwand für Pflegeheime gemäss Somed wurde um einen Anteil für Lebensunterhalt und Wohnen reduziert, der auch bei der Pflege zu Hause angefallen wäre, aber im Gegensatz zum Pflegeheim nicht in der Gesundheitsstatistik auftaucht. Entsprechend wurden bei den Ausgaben der öffentlichen Hand im Bereich der Ergänzungsleistungen nur die heimbedingten Mehrkosten berücksichtigt.

Allein im Bereich der spitalexternen Pflege und Betreuung durch Spitexorganisationen, durch selbständige Pflegefachpersonen sowie durch Alters- und Pflegeheime tragen Kantone und Gemeinden seit der NFA und der Neuregelung der Pflegefinanzierung einen Finanzierungsanteil von jährlich rund 4.2 Mrd. Franken an einem Gesamtaufwand von rund 10 Mrd. Franken (Somed).<sup>2</sup> Dies ist nach der Mitfinanzierung der Spitäler im Rahmen der Fallpauschalen und der Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen in Höhe von rund 10 Mrd. Franken pro Jahr der zweitgrösste Finanzierungsblock im Gesundheitswesen, noch vor dem Anteil von Kantonen und Gemeinden an der Prämienverbilligung. Diese zunehmende finanzielle Mitverantwortung hat zu einer stärkeren Sensibilisierung der Kantone und Gemeinden für die anstehenden Herausforderungen der demografischen, gesellschaftlichen und technologischen Entwicklungen geführt. Dazu trugen auch jährliche Wachstumsraten von über 5 Prozent seit 2011 in der Restfinanzierung der Pflege (Spitex und Pflegeheime) und steigende Ausgaben bei den heim-

bedingten Mehrkosten der Ergänzungsleistungen und Prämienverbilligungen für EL-Bezügerinnen und -Bezüger bei.

Die hohe Finanzierungsverantwortung der öffentlichen Hand und die stark föderalistische Prägung der Steuerung der spitalexternen Pflege und Betreuung bieten im Kontext der Alters- und Gesundheitspolitik sowohl Chancen als auch Risiken. Auf der einen Seite haben sich die Handlungsspielräume der Kantone, Städte und Gemeinden deutlich vergrössert. Anreize und Möglichkeiten für sektoren- und themenübergreifende politische Ansätze und Massnahmen wurden geschaffen. Anstelle einer zentralistischen Steuerung kann die regionale Verankerung in verschiedenen Dimensionen wirksam werden. Dies ist beispielsweise der Fall bei der Vernetzung von Angeboten, bei der interprofessionellen Zusammenarbeit, an den Schnittstellen zu nicht profitorientierten Organisationen und zur Freiwilligenarbeit oder in einer sektorenübergreifenden Finanzierungsperspektive. Auf der anderen Seite steht eine kontinuierlich wachsende finanzielle Belastung der öffentlichen Haushalte durch die Pflegefinanzierung, die zu einer deutlich verstärkten Konkurrenz mit anderen öffentlichen Aufgaben um knappe Ressourcen führt. Die Ausgaben für die Restfinanzierung, Ergänzungsleistungen und Prämienverbilligungen sind kurz- bis mittelfristig gebundene Ausgaben. Die Förderung innovativer Ansätze oder Investitionen in ergänzende Dienstleistungen beanspruchen während einer oft mehrjährigen Aufbauphase zunächst «freie» Haushaltsmittel. Der steigende Finanzierungsdruck zwingt die politischen Akteure und Behörden zu einer Positionierung ihrer Politik im Spannungsfeld zwischen Konsolidierung einzelner Ausgabenbereiche und «Sparen» oder einer bereichsübergreifenden Bilanzierung und zeitweiligen Mehrausgaben durch «Investieren».

Die Chancen und Risiken dieser gestärkten Rolle der öffentlichen Hand sind je nach regionaler, kantonaler oder kommunaler Ausgestaltung auch kritisch daraufhin zu überprüfen:

Wie nimmt der Staat die Aufgabenteilung mit anderen Akteuren wahr? Welche Spielräume zur Weiterentwicklung der Versorgungsansätze erhalten die nicht-staatlichen Akteure und wie nehmen sie diese auch wahr?

Alle gesetzlichen Grundlagen und alle weiteren Steuerungsinstrumente wie z. B. Leistungsvereinbarungen senden Signale aus und haben damit eine Anreizwirkung auf die beteiligten Akteure. Die Akteure (auch die Patientinnen und Patienten) reagieren aus ihrer Sicht «rational» und «sinnvoll», folgen dabei aber immer auch ihren individuellen oder organisationalen Logiken. Die betriebliche Logik könnte jedoch z. B. Leistungserbringer (und andere Akteure) zu Aktivitäten führen, die aus fachlicher Sicht keinen Sinn machen oder sogar der Berufsethik widersprechen. D.h., dass es einerseits entscheidend ist, welche Leistungen wie und in welcher Höhe von wem finanziert werden. Andererseits ist das Ausmass der systemisch und persönlich wahrgenommenen Anerkennung, Wertschätzung und menschlich-professionellen Sinnhaftigkeit ebenfalls ein wichtiger Anreiz.

### **2.1. Grundlegende Steuerungsmechanismen der heutigen Pflegefinanzierung**

Bei der Neuregelung der Pflegefinanzierung wurden interessante Differenzen zu anderen Versorgungsbereichen des Schweizer Gesundheitswesens geschaffen. Unterschiede ergeben sich auch mit Blick auf die Steuerung über eine Pflegeversicherung.

Bei der Diskussion der wichtigsten Elemente der heutigen Finanzierung der Pflege und Betreuung wird zwischen den folgenden beiden Aspekten unterschieden:

- die **Leistungssteuerung** bezieht sich auf die Ebenen Leistungsspektrum, Preise/Tarife, Mengen, Qualität;

- die **Leistungsfinanzierung** klärt, an wen Beiträge in welcher Form und in welcher Höhe geleistet werden.

Bund, Kantone und Gemeinden, Krankenversicherer (Unfallversicherung, Invalidenversicherung), Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung, Leistungserbringer, Versicherte/Patientinnen und Patienten übernehmen bei der Leistungssteuerung und -finanzierung unterschiedliche Rollen. Die beiden Bereiche Pflege und Betreuung unterscheiden sich in der Regelungsdichte und Steuerung stark voneinander.

Mit den Ergänzungsleistungen werden – innerhalb der ihnen gesetzten Grenzen – die direkten Kosten der privaten Haushalte («Out-of-pocket»-Zahlungen) für Pflege und Betreuung finanziert, die nicht durch das eigene Einkommen und Vermögen gedeckt werden können. Eine analoge Rolle kommt ihnen auch in anderen Gesundheitsversorgungsbereichen zu, wenn sie bedarfsorientiert die Kosten für Selbstbehalte und Franchisen, für Hilfsmittel oder notwendige Zahnarztbehandlungen übernehmen. Die Rolle der EL ist im Bereich der spitalexternen Pflege und Betreuung umfassender als die Abdeckung der Patientenbeteiligung, da die Inanspruchnahme von Leistungen der Langzeitpflege, Kurzzeitpflege, Akut- und Übergangspflege oder spezialisierten Pflege häufig den Aufenthalt in einem Pflegeheim oder Hospiz voraussetzen, deren Aufenthaltskosten von der betroffenen Person selbst getragen werden müssen. Das gleiche gilt für die Übernahme nicht gedeckter Unterstützungsleistungen bei der Pflege im privaten Wohnumfeld. Durch den hohen Anteil von EL-Bezügerinnen und -Bezügern unter den Pflegeheimbewohnern bestimmen die Eckwerte der Ergänzungsleistungen die Wahlmöglichkeiten einer grossen Gruppe von Pflege- oder Hilfsbedürftigen. Dies betrifft auch das betreute Wohnen, dessen

Mietpreise und Steuern für Grundleistungen ohne kantonale Zusatzregelungen oder direkte Subventionen an den Anbieter die heutigen Basisansätze der Ergänzungsleistungen übersteigen.

Die kantonalen Obergrenzen der Ergänzungsleistungen und die angetroffenen Preise/Steuern/Tarife stehen miteinander in einer engen Wechselwirkung. Die Ergänzungsleistungen werden somit zu einem wichtigen Steuerungselement der Angebotsentwicklung und der Versorgungsstandards (vgl. ausführlich Kapitel 5.1). Die Einführung einer Pflegeversicherung würde an dieser Rolle der Ergänzungsleistungen nur wenig ändern, wenn sie als Subjektfinanzierung ausgestaltet wird. Das Gesamtvolumen der Beiträge aus der Pflegeversicherung an die Pflege- und Betreuungsleistungen sowie den Aufenthalt in einem stationären Pflegesetting entscheidet über Be- oder Entlastung der Ergänzungsleistungen.

Die Hilflosenentschädigung (HE) der AHV sind ein pauschalierter, subjektorientierter Beitrag an die «Out-of-Pocket-Kosten» der Langzeitpflege und Betreuung, abgestuft nach der Hilfsbedürftigkeit der Person. Sie wird vom Bund finanziert, zugleich aber an seine Beiträge an die AHV angerechnet. Die der Bemessung zugrundeliegenden Tätigkeiten des alltäglichen Lebens fallen sowohl unter Grundpflege als auch unter instrumentelle Unterstützungsleistungen. Mit der Einführung einer Hilflosenentschädigung leichten Grades beschränkt auf den ambulanten Bereich sollte ein Anreiz für einen längeren Verbleib im privaten Wohnumfeld geschaffen werden. Ansonsten gehen von der Hilflosenentschädigung keine Steuerungswirkungen aus. Die Abstufung der Hilflosenentschädigung nach dem Schweregrad trifft im Pflegeheim auf die Situation, dass bei pflegestufenunabhängigen Betreuungstaxen keine Kostenunterschiede zwischen mittleren und hohen Pflegestufen bestehen. Die Hilflosenentschädigung wird im Rahmen der EL zur Finanzierung eines Pflegeheimaufenthalts einbezogen, bei der ambulanten Pflege hingegen nicht als Einnahme einberechnet. Die Hilflosenentschädigung hat eine

lange Karenzfrist von einem Jahr. Im ambulanten Bereich gibt es während des ersten Jahres der Pflegebedürftigkeit damit praktisch – mit Ausnahme eventueller kantonalen Leistungen (Subventionen über Leistungsverträge, Pflegegeld) – keine Mitfinanzierung von nicht-pflegerischen Leistungen. Für die Ergänzungsleistungsbezüger im Pflegeheim tragen die Ergänzungsleistungen die Karenzfrist. Insgesamt bezogen im Ende Dezember 2017 16'218 Personen eine Hilflosenentschädigung bei leichter, 26'377 Personen bei mittlerer und 20'012 Personen bei schwerer Hilflosigkeit aus dem Sozialversicherungszweig der AHV. Die Gesamtausgaben betragen 586.3 Mio. Franken. Einzelne Kantone wie Basel-Stadt, Baselland, Freiburg oder der Kanton Waadt haben Pflegegelder zur Unterstützung der Pflege zu Hause eingeführt, welche ebenfalls eine subjektorientierte Abgeltung darstellen. Bei Einführung einer Pflegeversicherung würden Hilflosenentschädigung und Pflegegelder voraussichtlich integriert.

Auf der Ebene der **Leistungssteuerung** in Bezug auf das **Leistungsspektrum** kommen dem Bund einerseits und den Kantonen und Gemeinden andererseits die zentralen Rollen zu. Der Leistungskatalog der Krankenpflegeleistungsverordnung wird vom Bund festgelegt und enthält recht detaillierte Angaben zum Leistungsspektrum der Pflege und ihrer Gruppierung nach Leistungsarten. Dennoch werden oft erst auf kantonaler Ebene in Gesetzen oder Verordnungen oder auf der Ebene von Leistungsvereinbarungen weitere Bestimmungen der Pflegeleistungen festgelegt. Dazu gehören beispielweise die Abend- und Nachtdeckung, der Zugang zu spezialisierten Leistungen wie Palliative Care oder psychiatrische Pflege oder zu ergänzenden Beratungsleistungen. Es gibt bislang vor allem im ambulanten Bereich keine systematischen Untersuchungen zu Unterschieden im Leistungsspektrum. In verschiedenen Studien der Hochschule Luzern (HSLU), die auf Individualdaten von Leistungserbringern zugreifen konnten, zeigten sich Anhaltspunkte für erhebliche Unterschiede in der Abdeckung von spezialisierten

Leistungen und Nachtdiensten (vgl. Kapitel 2.2). Auch aus Sicht der Akutspitäler existieren Unterschiede in der Praxis und in den Finanzierungsmöglichkeiten, die Patientinnen und Patienten in ihr gewohntes Wohnumfeld zu entlassen und dort zu begleiten. Im heutigen Abgeltungssystem der spitalexternen Pflege ist es unklar, in wie weit spezialisierte Leistungen unter den Grundleistungskatalog der Krankenversicherung fallen und damit ihre höheren Kosten auch von den Versicherungen anteilmässig mitgetragen werden müssten. Oder sollen die Kantone über Art und Umfang der Leistungserbringung im Rahmen einer von ihnen definierten Versorgungspflicht bestimmen und die Zusatzaufwände über die Restfinanzierung abgelenken?

Die Festlegung von Art und Umfang der hauswirtschaftlichen Leistungen obliegt allein den Kantonen und Gemeinden. Es finden sich grosse interkantonale und kommunale Unterschiede in der Regelungsdichte und den Tarifen, auch in Bezug auf Abklärungen, Assessmentinstrumente und Triage (vgl. Kapitel 4). Dies gilt auch für den Bereich des betreuten Wohnens, von der Zulassung über die finanziellen Rahmenbedingungen bis hin zur Ausgestaltung des Zugangs für Ergänzungsleistungsbezüger.

Eine grosse Differenz im Vergleich zu anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung wurde auf der Ebene der Leistungssteuerung über die **Tariffindung und Tariffestlegung** geschaffen. Der Bund legt die Tarifstruktur nur in der Minimalgliederung Zeittarife nach Leistungsarten (ambulant) und Pflegestufen fest. Darüber hinaus entscheidet er über die Anpassung der Krankenkassenbeiträge an die Kostenentwicklung. Ansonsten liegt die Verantwortung für den Prozess der Tariffindung und -festlegung bei den Kantonen oder – delegiert – bei den Gemeinden. Über die Festlegung der Patientenbeteiligung und der Restfinanzierung Pflege werden mit den anerkannten Voll- oder Normkosten pro Leistungsart/Pflegestufe indirekt Tarife definiert. Die Tariffindung umfasst einerseits die Ebene einer in der Praxis häufig

angetroffenen Ausdifferenzierung der im KVG vorgegebenen minimalen «Tarifstruktur» (beispielweise mit Blick auf die Abgeltung spezialisierter Leistungen oder einer «Versorgungspflicht»), andererseits die Ebene der Tariffhöhe.<sup>3</sup> Die «Verhandlungsmacht» sowohl der öffentlichen Hand als auch der Leistungserbringer ist schwer zu fassen, denn die regionalen Ausgangslagen sind sehr unterschiedlich in Bezug auf die «Marktsituation» und aussagekräftige Vergleichsmöglichkeiten zwischen Organisationen in Bezug auf eine kosteneffiziente, wirtschaftliche und zugleich qualitativ gute Leistungserbringung. Die Grundlagen für «datengestützte» Tarifverhandlungsprozesse sind oft noch ungenügend. Aus Sicht der Hochschule Luzern liegt hier ein wichtiger Schlüssel für die Weiterentwicklung der spitalexternen Pflege und Betreuung. Deshalb werden den Herausforderungen und Lösungsansätzen ein eigenes Kapitel gewidmet (vgl. Kapitel 3).

Bei Einführung einer Pflegeversicherung würden voraussichtlich die Sozialversicherungen zum Tarifverhandlungspartner der Leistungserbringer und die öffentliche Hand würde in den Hintergrund treten. Wäre die Pflegeversicherung mit einem vollständigen Wechsel zu einer Subjektfinanzierung verbunden, würden Preisdifferenzen (verbunden mit Qualitätsdifferenzen, die aber auch im heutigen System als Wettbewerbsselement spielen sollten) zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern den Wettbewerb untereinander verstärken und damit vermutlich auch auf die Tariffhöhe zurückwirken.

Bei der Leistungssteuerung auf der Ebene der **Qualität** kommt es wie auch in anderen Gesundheitsversorgungsbereichen zum Teil zu Doppelspurigkeiten zwischen Kantonen und Krankenversicherungen. Es finden sich Qualitätsanforderungen seitens der Kantone auf der Ebene kantonaler Gesetze, Verordnungen oder auch kantonaler und kommunaler Leistungsvereinbarungen. Diese können von übergeordneten Anforderungen an die Qualifikation des Personals bis hin zur geforderten Einbindung in Qualitäts-

<sup>3</sup> In einigen wenigen Kantonen wird die Abgeltung noch über Globalbudgets abgewickelt. Hier ist es weniger klar, in wie weit für einzelne Leistungsbereiche auch interne Ansätze für die Verrechnung der Leistungen innerhalb des Globalbudgets festgelegt wurden.

sicherungsprogramme und Zertifizierungsverfahren (z. B. Basel-Stadt mit dem Qualitätskonzept «qualivista», siehe Wächter & Kessler 2014) reichen. Zum Teil nimmt die öffentliche Hand auch eigene Audits vor oder delegiert diese an Externe. Die Krankenversicherer schliessen keine Leistungsverträge mit individuellen Leistungserbringern ab. Aber in den – kantonal weitgehend einheitlichen – Administrativverträgen sind Qualitätsanforderungen enthalten, darunter die Forderung einer Mindestqualifikation des Personals für gewisse Leistungsgruppen. Auch die Krankenversicherer führen teilweise eigene Audits oder Befragungen durch. Angesichts der Anzahl Pflagetage im Pflegeheim und der Anzahl ambulanter Fälle stellt die Pflege- und Betreuungsqualität eine bedeutende Dimension der Lebensqualität von pflegebedürftigen Menschen dar: rund 158'000 Menschen in Alters- und Pflegeheimen werden an 33.8 Mio. Pflagetagen pro Jahr gepflegt und betreut und rund 350'000 Personen erhalten von der Spitex und freischaffenden Pflegefachpersonen Leistungen in einem Umfang von 23.4 Mio. Stunden pro Jahr. Für den Leistungsbezüger wird gemessene, intersubjektive Qualität mehrheitlich nur auf der Ebene von Zertifizierungen oder von den Organisationen beauftragten Patienten zufriedenheitsmessungen sichtbar. Auf einer eher subjektiven Ebene spielt in verschiedenen Regionen bereits ein beschränkter Wettbewerb. Theoretisch können die Leistungsbezüger in diesen Regionen zwischen verschiedenen Leistungserbringern wählen und mit der Zeit ihre Entscheidungen auf Erfahrungswerten abstützen. Aber sie haben nur einen begrenzten Zugang zu Qualitätsinformationen. Es ist offen, welche Aufmerksamkeit und Ressourcen das Thema spitalexterne Pflege und Betreuung im Rahmen der geplanten nationalen Qualitätsnetzwerke und -institutionen finden wird und wie sich die Zusammenarbeit zwischen öffentlicher Hand, Krankenversicherern, Leistungserbringern und Patientenorganisationen in diesen Netzwerken entwickeln wird. Dementsprechend müsste bei Einführung einer Pflegeversicherung das Thema Qualitätssicherung ein wichtiges Kriterium für die Ausgestaltung sein.

Die Leistungssteuerung in der Dimension der **Mengen und der Nachfrage** findet auf verschiedenen Ebenen statt. Auf der individuellen Fallebene muss den Leistungen eine ärztliche Anordnung und ein ausgewiesener Pflegebedarf zugrunde liegen. Pflegeplanungen (ambulanter Bereich) und Pflegeeinstufungen können von der Krankenversicherung überprüft werden. Auf der übergeordneten Ebene der Pflegeplatzkapazitäten in der stationären Pflege und Betreuung unterliegt die Pflegeplanung auf Bundesgesetzesebene analogen Bestimmungen zu derjenigen im Spitalbereich. Es gibt jedoch noch keine integrierte Pflegeplanung für den stationären, intermediären und ambulanten Bereich. Dies heisst, dass Verschiebungen in den Kapazitäten zwischen den verschiedenen Bereichen nicht kohärent in die Planung einfliessen können (vgl. Kapitel 2.3).

Die Kantone haben ihre Pflegeplanung seit 2011 stark überarbeitet und die Vorgaben für Bettenplätze bis 2030 oder 2035 um 10 Prozent und mehr gesenkt (vgl. Tabelle 5, S. 55 für Beispiele). Hier haben die beiden gesetzgeberischen Entwicklungsschritte (Umsetzung NFA (2008) und Neuregelung der Pflegefinanzierung (2011)) eine starke Dynamik ausgelöst, getrieben unter anderem auch durch den Anstieg der finanziellen Belastung von Kantonen und Gemeinden in diesem Bereich. Die Mengensteuerung erfolgt nicht allein über eine Einschränkung auf der Angebotsseite der Alters- und Pflegeheime, sondern über eine Reihe von ergänzenden Massnahmen: Aufbau alternativer Wohn- und Pflegeformen, Stärkung der ambulanten Versorgung, Unterstützung pflegender Angehöriger, Weiterentwicklung des Angebots von Pflegeheimen (heimnahe betreute Wohnungen, Einbindung in ein Gesundheitszentrum, Kurzzeitpflegeplätze, Angebote in den Sozialraum Gemeinde/Quartier (vgl. Kapitel 2.3)), Stärkung der Prävention, Förderung regional vernetzter und koordinierter Versorgungsangebote (vgl. Kapitel 6).



Hier liegt eigentlich neben der Leistungssteuerung auf der Ebene der Tariffindung und Tariffestlegung die zweite grosse Differenz, die mit der Einführung der Mischfinanzierung gegenüber einer Pflegeversicherung geschaffen wurde. Die Kantone und Gemeinden haben in den letzten Jahren ihre Alters-, Pflege- und Gesundheitspolitik viel stärker miteinander verschränkt und ihre fachlichen Kompetenzen in der Steuerung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ausgebaut. Kantone und Gemeinden sind nicht zwingend in der Rolle des Alleingestalters, sondern können hier ganz unterschiedliche Mittel der Politikgestaltung, der Formen des Einbezugs anderer Stakeholder und entsprechend auch unterschiedliche eigene Rollen – als «Regulator», «Investor», «Architekt», «Moderator» oder «Zuschauer» – wählen (vgl. Gedamke & Kessler 2018). Eine zentrale Frage ist, wie sie in der Ausgestaltung und Umsetzung dieser Politik stärker voneinander lernen und besser unterstützt werden können. Im Moment lasten viele Aufgaben oft stark dezentralisiert auf ihren Schultern. Eine wichtige Kritik am deutschen System der Pflegeversicherung lautet, dass der sozialräumliche Bezug bei der Ausgestaltung der Pflege- und Unterstützungsleistungen in den Hintergrund getreten ist (vgl. Klie 2014; Naegele 2014). Hier haben sich die Gewichte in der Schweiz in die andere Richtung verschoben, mit der vielleicht umgekehrten Herausforderung: in wie weit können durch gewisse übergreifende Strukturen und Prozesse Synergien geschaffen und strategische Weiterentwicklungen beschleunigt werden.

## **2.2. Die Entwicklung der Spitexorganisationen und selbständigen Pflegefachpersonen**

### **Veränderung der politischen Rahmenbedingungen und starkes Wachstum**

Die Rahmenbedingungen für die Entwicklung der Spitex haben sich seit der Aufnahme als Leistungserbringer zur Abrechnung mit der Krankenversicherung im Jahr 1996 stark verändert.

Schon seit Mitte des 19. Jahrhunderts waren Pflegenden – zumeist Ordensschwwestern – in der ambulanten Pflege tätig. Später bildeten sich häufig gemeinnützige Hilfsvereine, in denen Gemeindefrauen und Freiwillige, oft aus dem kirchlich-karitativen Umfeld oder aus Frauenvereinen, die Pflege und Hilfe zu Hause übernahmen. Bestanden die Vereine zunächst mehrheitlich aus Privatmitgliedern, traten zunehmend Gemeinden als institutionelle Mitglieder bei.<sup>4</sup> Als im Jahr 1979 im Rahmen der 9. AHV-Revision Beiträge zur Förderung der Altershilfe (Art. 101<sup>bis</sup>) aus Mitteln der AHV eingeführt wurden, profitierten die gemeinnützigen privaten Spitexvereine von Beiträgen an die Durchführung von Hilfeleistungen wie Haushaltshilfe, Hilfe bei der Körperpflege und Mahlzeitendienst. Die Höhe der Beiträge orientierte sich an den Personal- und Organisationskosten. Ende 2007 machten sie mit 180 Mio. Franken 15 Prozent der Erträge der Spitexorganisationen aus. Die AHV-Beiträge fielen im Jahr 2008 mit der NFA weg und mussten durch Beiträge der Kantone und Gemeinden kompensiert werden.

<sup>4</sup> Reck (2015).

Die Leistungen der spitalexternen ambulanten Pflege werden erst seit 1998 statistisch erfasst. Bis und mit 2009 waren in dieser Statistik nur die Leistungen der privaten-gemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Organisationen aufgeführt. Erst ab 2010 wurden die Leistungen der privaten erwerbswirtschaftlichen Organisationen und selbständigen Pflegefachpersonen abgebildet. Bei der Interpretation der Entwicklung der Spitexleistungen ist dieser Bruch in der Statistik zu berücksichtigen.

Im Jahr 2017 erbrachten 577 öffentlich-rechtliche und gemeinnützige Spitexorganisationen, 289 private erwerbswirtschaftliche Spitexorganisationen (teilweise mit Niederlassungen in mehreren Kantonen) und 1'015 selbständige Pflegefachpersonen 15.9 Mio. Pflegestunden (KLV-Stunden) und 6.3 Mio. Hauswirtschaftsstunden (HWS-Stunden). Die Pflegeleistungen gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) und Krankenpflegeleistungsverordnung

(KLV) sind zwischen 2000 und 2009 um jährlich 6 Prozent gestiegen. Seit die privaten erwerbswirtschaftlichen Spitexorganisationen und die selbständigen Pflegefachpersonen in die Statistik aufgenommen wurden, finden sich zwischen 2011 und 2017 jährliche Wachstumsraten von 7 Prozent.

**Abbildung 1. Die Entwicklung der Leistungsstunden der Spitexorganisationen und selbständigen Pflegefachpersonen**

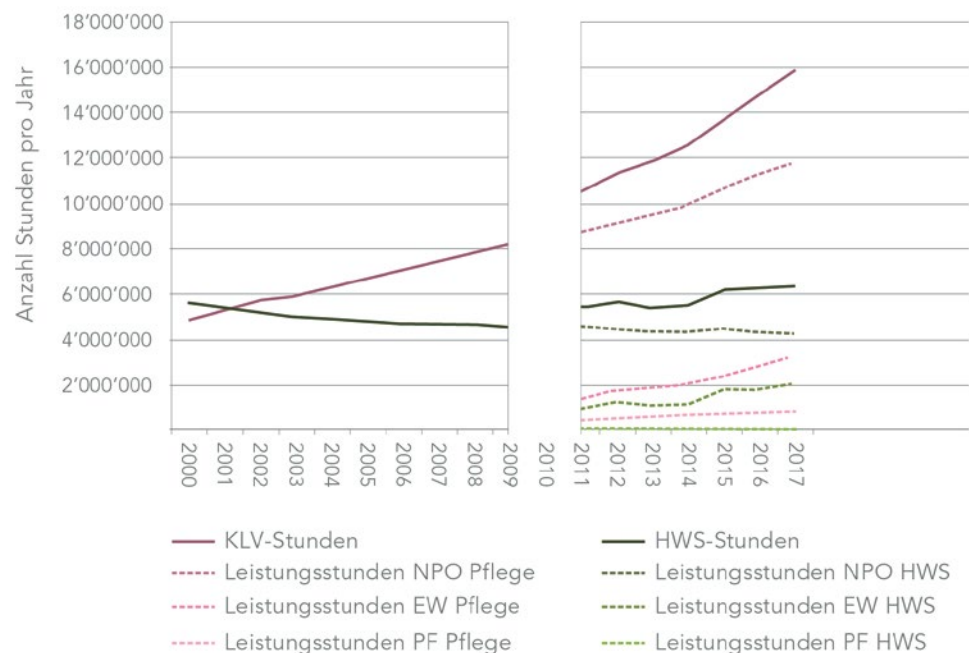


Abbildung 1:

Legende: KLV-Stunden: Pflegeleistungen nach KLV, HWS-Stunden: Hauswirtschaft und (sozial-)betreuerische Leistungen, NPO: öffentlich-rechtliche und gemeinnützige (non-profit) Organisationen, EW: private erwerbswirtschaftliche Organisationen, PF: selbständige Pflegefachleute  
Quelle: BFS, Spitex-Statistik (2017). Eigene Darstellung HSLU.

Abbildung 1 zeigt auch den starken Wandel der Spitex. Übertragen im Jahr 2000 die hauswirtschaftlichen und (sozial-)betreuerischen Leistungen die pflegerischen Leistungen nach KVG noch um rund 600'000 Stunden, sind diese Leistungen bei den öffentlich-rechtlichen und gemeinnützigen Spitexorganisationen seitdem kontinuierlich gesunken. Der Rückgang wurde durch die privaten erwerbswirtschaftlichen Organisationen kompensiert, so dass die Stunden im Jahr 2017 wieder leicht über dem Niveau von 2000 lagen.<sup>5</sup>

### Verstärkung des Wettbewerbs und Kostenentwicklung

Die neue Pflegefinanzierung verbesserte in vielen Kantonen mit der Einführung national einheitlicher Pflgetarife, einer Patientenbeteiligung und der Möglichkeit der Restkostenfinanzierung der Pflege durch die öffentliche Hand auch für private erwerbswirtschaftliche Organisationen und selbständige Pflegefachpersonen deren Ertragsituation. Leisteten diese beiden Gruppen im Jahr 2011 rund ein Sechstel der Pflegestunden nach KLV, lag ihr Anteil im Jahr 2017 bereits bei einem Viertel aller Stunden. Die privaten erwerbswirtschaftlichen Organisationen hatten 2017 einen Anteil von 21 Prozent an den Gesamtstunden Pflege, die selbständigen Pflegefachpersonen 5 Prozent. Ihr Anteil an den Klienten ist aufgrund einer höheren Stundenzahl pro Klient/-in deutlich niedriger. Lag der Durchschnitt bei den öffentlich-rechtlichen oder gemeinnützigen Spitexorganisationen im Jahr 2017 bei 51 Stunden pro Klient/-in und Jahr, betrug er bei den privaten erwerbswirtschaftlichen Organisationen 113 Stunden pro Klient/-in und Jahr und bei den selbständigen Pflegefachleuten 26 Stunden pro Klient/-in und Jahr.

Der Zuwachs der privaten Spitexorganisationen und selbständigen Pflegefachpersonen hängt nicht nur, aber stark von der Ausgestaltung der Restfinanzierung Pflege und Patientenbeteiligung in den einzelnen Kantonen ab. Eine Sonderauswertung der Spitex-Statistik spiegelt ihre Verteilung nach Kantonen anhand ihres

<sup>5</sup> Bei der Interpretation der Entwicklung der hauswirtschaftlichen und (sozial-)betreuerischen Leistungen sind zwei Einschränkungen zu berücksichtigen: erstens kann die Spitex-Statistik nicht zwischen auf einer Abklärung basierenden Leistungen und Wahlleistungen unterscheiden, zweitens wird die Verlagerung von Leistungen zu Organisationen ohne Spitex-Betriebsbewilligung nicht erfasst.

<sup>6</sup> Aus Datenschutzgründen wurden Kantone mit weniger als drei Leistungserbringern pro Gruppe nicht ausgewertet.

Anteils am Gesamtertrag. Der Ertragsanteil der privaten Spitexorganisationen und selbständigen Pflegefachpersonen beträgt im schweizerischen Durchschnitt 18 Prozent, in den Kantonen Basel-Stadt und Tessin mehr als 30 Prozent, zwischen 20 und 30 Prozent in den Kantonen Baselland, Bern, Luzern, Zürich und zwischen 15 und 20 Prozent in den Kantonen Aargau, Neuenburg, St. Gallen und Schwyz. In den Kantonen Genf, Solothurn, Schaffhausen, Waadt und Zug lag der Anteil zwischen 10–15 Prozent, in den Kantonen Freiburg, Jura, Thurgau und Wallis zwischen 5 und 10 Prozent, in den übrigen Kantonen konnte er aus Datenschutzgründen nicht bestimmt werden.<sup>6</sup>

Die Kostenentwicklung folgt im Wesentlichen der Mengenentwicklung. Der Umsatz/Ertrag stieg zwischen 2011 und 2017 um gut 6 Prozent jährlich, dies entspricht einem Anstieg in sechs Jahren um 42 Prozent von 1.73 Mrd. Franken auf 2.45 Mrd. Franken. Die Erträge aus den Beiträgen der Krankenversicherer sind mit 7 Prozent stärker gestiegen als die Erträge aus Beiträgen der öffentlichen Hand mit rund 5 Prozent. Die Unterschiede ergeben sich aus einer sinkenden Anzahl Hauswirtschaftsstunden und einer Reduktion der Beiträge der öffentlichen Hand für die Hauswirtschaft. Aufgrund unterschiedlicher Kostenrechnungen in den Kantonen kann in der Spitex-Statistik in mehreren Kantonen nicht zwischen Restfinanzierungsbeiträgen an die Pflege und Beiträgen der öffentlichen Hand an weitere Leistungen sauber unterschieden werden.

Tabelle 1 stellt das Wachstum der Spitex und selbständigen Pflegefachpersonen in den verschiedenen Leistungsbereichen dar. In praktisch allen Dimensionen mit Ausnahme der Hauswirtschaft und Betreuung finden sich jährlich Wachstumsraten zwischen 5 und 7 Prozent. Dies zeigt die grosse Dynamik, welche nicht zuletzt auch in der Personalrekrutierung bewältigt werden muss.

**Tabelle 1: Das Wachstum der Spitex und selbständigen Pflegefachpersonen in verschiedenen Dimensionen seit 2011**

	2017	Wachstum gegenüber Vorjahr	Jährliches Wachstum seit 2011
<b>Leistungsstunden Pflege</b>	15.9 Mio.	+ 6.9 %	+ 7.1 %
<b>Leistungsstunden Hauswirtschaft und Betreuung</b>	6.3 Mio.	+ 2.1 %	+ 2.4 %
<b>Vollzeitäquivalente Pflege (VZÄ)</b>	19'500	+ 6.5 % (+1'194 VZÄ)	+ 5.3 %
<b>Klientinnen/Klienten</b>	350'000	+ 3 %	+ 5.7 %
<b>Umsatz/Ertrag</b>	2.5 Mrd.	+ 6.0 %	+ 6.2 %
<b>davon Beiträge Krankenversicherer</b>	0.97 Mrd.	+ 7.0 %	+ 7.2 %
<b>davon Beiträge öffentliche Hand</b>	1.0 Mrd.	+ 4.6 %	+5.5 %

**Veränderung im Profil und im Leistungsspektrum der Spitex**

Die Spitexorganisationen und selbständigen Pflegefachpersonen sehen sich seit Jahrzehnten nicht nur einem starken quantitativen Wachstum in der Nachfrage nach Dienstleistungen gegenüber. Auch die Anforderungen haben sich verschoben. Die Nachfrage nach spezialisierten Leistungen in den Bereichen Palliative Care, Psychiatrische Pflege, Wundpflege und pädiatrische Pflege oder nach einer Abdeckung über 24 Stunden an sieben Tagen der Woche hat zugenommen. Entsprechende Angebote wurden (nicht flächendeckend und zum Teil als Pilotprojekte) aufgebaut. In vielen Regionen gehört die kurzfristige Betreuung von Spitalaustritten zum expliziten Leistungsauftrag der Spitex, abgedeckt durch die Restfinanzierung der öffentlichen Hand.

Tabelle 1:  
Quelle: BFS, Spitex-Statistik (2017).  
Eigene Berechnung und Darstellung HSLU.

Die Spitex-Statistik ermöglicht nur eine grobe Unterscheidung zwischen Leistungsarten, basierend auf den Unterschieden in der Tarifierung von Pflegeleistungen als Massnahmen der Abklärung und Beratung, der Behandlung und der Grundpflege sowie Leistungen der Akut- und Übergangspflege. Auswertungen der Hochschule Luzern von anonymisierten Leistungsdaten in verschiedenen Studien (Wächter et al. 2015a, Wächter et al. 2015b, Wächter et al. 2017) zeigen eine extreme Streuung im Angebot von spezialisierten Leistungen oder auch in der Art und Weise der Nachtdeckung. Sie variieren stark zwischen einzelnen Regionen, sogar innerhalb desselben Kantons. Diese Unterschiede wurden auch in den begleitenden Interviews mit Leistungserbringern bestätigt, die die Hochschule Luzern in drei verschiedenen Studien zum Schnittstellenmanagement und der spitalexternen ambulanten und stationären Pflege in den Kantonen Basel-Stadt, Luzern und Schwyz durchgeführt hat. Die Leistungserbringer, und hier vor allem die Spitäler, berichteten von grossen Unterschieden in der Möglichkeit der Nachsorge oder der spitalexternen ambulanten oder stationären Behandlung.

Nur ein kleiner Teil der Leistungen der spitalexternen Nachsorge, ambulanten Behandlung oder Rehabilitation wird heutzutage als Leistungen der Akut- und Übergangspflege abgerechnet und damit statistisch ausgewiesen. Der andere Teil wird mehrheitlich undifferenziert der Langzeitpflege zugewiesen. Bei einer entsprechenden Kombination von Daten aus der Bedarfsabklärung mit der Leistungserfassung und den Abrechnungsdaten bei den Leistungserbringern (Spitex und Pflegeheime) wäre bereits heute eine Grundlage für eine **aussagekräftige Klassifikation von Patientinnen und Leistungen** vorhanden, anhand derer das Leistungsspektrum von Organisationen aufgeschlüsselt und differenziert ausgewiesen werden könnte.

Die **doppelte Aufgabe** der spitalexternen ambulanten oder stationären Pflege nach KLV Art. 7 mit:

- Leistungen einer zeitlich begrenzten spitalexternen Nachsorge, ambulanten Behandlung oder Rehabilitation
- Leistungen der Langzeitpflege

wird exemplarisch an zwei Sonderauswertungen der Einsätze der Spitex Stadt Luzern zwischen 2012 und 2017 aufgezeigt.

Die erste Auswertung zeigt die Abschlussgründe aller abgeschlossenen Fälle nach Altersgruppen. Tabelle 2 zeigt, dass in 40 Prozent aller Fälle das Dossier mit dem Abschlussgrund «Klient/-in wieder gesund/selbständig» abgeschlossen wurde. Der Anteil variiert mit dem Alter, liegt aber in der Altersgruppe 65–79 Jahre noch nahe bei 50 Prozent und beträgt in der Altersgruppe 80+ im Durchschnitt immer noch 25 Prozent.

**Tabelle 2: Verteilung aller Fälle der Jahre 2012–2017 nach Abschlussgründen und Altersgruppen (Alle Leistungen)**

Abschlussgrund	Altersgruppe					Total
	0–64	65–79	80–84	85–89	90+	
Klient/-in wieder gesund/selbständig	1'107	949	459	309	130	2'954
	55 %	46 %	38 %	26 %	15 %	40 %
Einweisung in Akutspital	35	71	40	55	33	234
Einweisung in Psychiatrische Klinik	31	12	2	5	1	51
Übernahme der Leistungen durch anderen ambulanten Dienst	142	88	51	51	38	370
Übernahme der Leistungen durch Umfeld	144	162	82	88	46	522
Übertritt in Alters-, Pflege-, Krankenhaus	45	243	252	355	339	1'234
Verstorben	134	249	133	143	150	809
Wohnortwechsel	53	24	16	11	2	106
Andere oder Fehlend	207	131	78	66	50	532
(Laufendes Dossier)	106	137	100	95	70	508
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>2'004</b>	<b>2'066</b>	<b>1'213</b>	<b>1'178</b>	<b>859</b>	<b>7'320</b>

Ein analoges Bild gibt eine Auswertung nach Altersgruppen des Zeitraums innerhalb dessen eine Person Leistungen der Spitex (Pflege und/oder Hauswirtschaft) bezogen hat. Die Hälfte aller Fälle zwischen 2012 und 2017 (abgeschlossen und laufend) wurden innerhalb einer Einsatzspanne von unter 60 Tagen abgeschlossen. Bei der Gruppe der 65–79-Jährigen betrug dieser Anteil 55 Prozent, bei der Gruppe der über 80-Jährigen noch 41 Prozent. Zwei Drittel aller Fälle sowohl bei der Gruppe der 65–79-Jährigen als auch bei der Gruppe der über 80-Jährigen hatte eine Einsatzdauer von unter einem Jahr.

Die wichtige Funktion der Spitex an der Schnittstelle zum Spital spiegelt Tabelle 3, in der erfasst wird, wie häufig und in welchem Zeitabstand ein Spitalaufenthalt dem Eintritt in die Spitex vorausgingen.

Tabelle 2:

Quelle: Auswertung der Datenbank der Spitex Stadt Luzern (2018) durch HSLU. Eigene Darstellung.

**Tabelle 3: Spitalaufenthalt vor Eintritt in Spitex  
(aufgeschlüsselt nach Austrittsgrund) (Alle Leistungen)**

Eintrittsjahr 2012 – 2017	Spitalaufenthalt innerhalb der letzten					
	7 Tage	8–30 Tage	31–90 Tage	Nein	Keine Angabe	Gesamt- ergebnis
<b>Total Eintritte</b>	<b>3'320</b> 45 %	<b>558</b>	<b>680</b>	<b>2'097</b>	<b>665</b>	<b>7'320</b>
davon Austrittsgrund:						
Nicht abgeschlossen	160 31 %	32	34	188	94	508
Klient/-in wieder gesund/selbständig	1'753 59 %	262	309	573	57	2'954
Übernahme der Leistungen durch anderen ambulanten Dienst	152 41 %	11	25	129	53	370
Übernahme der Leistungen durch Umfeld	219 42 %	36	62	184	21	522
Übertritt in Alters-, Pflege-, Krankenheim	356 29 %	92	89	478	219	1'234
Verstorben	328 41 %	55	90	230	106	809
Andere	198 37 %	35	36	181	82	532
Einweisung in Akutspital	102 44 %	23	17	77	15	234
Einweisung in Psychiatrische Klinik	21 41 %	4	7	14	5	51
Wohnortswechsel	31 29 %	8	11	43	13	106

Diese Detailauswertungen sollen explorativ die Auswertungsmöglichkeiten der heute bereits betriebsintern vorhandenen Spitexdaten veranschaulichen. Aufbauend auf der nationalen Spitex-Statistik in der heutigen Form ist die Mengen- und Qualitätsentwicklung nur begrenzt interpretierbar und nur mit Vorsicht in Bezug auf die zukünftige Entwicklung extrapolierbar. Sie ist nicht allein dem demografischen Wandel und der Langzeitpflege zuzuordnen, sondern auch einer politisch gewünschten Verlagerung von Patientenströmen (ambulant und stationär, Pflegeheim und Spital).

Auch regionale Unterschiede in der Kompetenz und Kapazität für eine spitalexterne Nachsorge bei komplexeren und anspruchsvolleren Fällen (Nachtdeckung, psychiatrische Pflege, Kinder-spitex, Palliative Care, gewisse chronische Krankheiten), der Rechtzeitigkeit und Planbarkeit von Spitalaustritten sowie der vermeidbaren Spitaleintritte können mit den Daten der heutigen öffentlichen Statistiken nicht nachgezeichnet werden.

Die Spitex-Statistik enthält keine Klientenzahlen als Bestandesgrößen an einem Stichtag oder über einen standardisierten Zeitraum wie einem Monat. Aus den individualisierten Einsatzdaten lässt sich eine solche Bestandesgrösse errechnen. Auf der Grundlage des Zugangs zu den anonymisierten Einsatzdaten von 25 öffentlich-rechtlichen oder gemeinnützigen Spitexorganisationen aus 10 Kantonen (Wächter et. al 2017) schätzen die Autoren, dass sich ausgehend von den Jahreszahlen von rund 350'000 Klientinnen und Klienten Pflege und Hauswirtschaft ohne Doppelzählung eine Bestandesgrösse von rund 175'000 Personen pro Monat (im Jahresdurchschnitt) ergeben würde. Auf der Grundlage der individualisierten Einsatzdaten liesse sich bei einer vorgegebenen Definition einer Mindestbezugsdauer auch zwischen Kurzzeit- und Langzeitpflegedossiers unterscheiden und anhand der monatlich bezogenen Pflegeleistungen eine grobe Abschätzung der Pflegebedürftigkeit vornehmen.

Tabelle 3:  
Quelle: Auswertung  
der Datenbank der  
Spitex Stadt Luzern  
(2018) durch HSLU.  
Eigene Darstellung.

### **Grösse der Spitexorganisationen**

Die insgesamt 866 Spitexorganisationen in der Schweiz sind sehr heterogen in ihrer Grösse. 50 Prozent der öffentlich-rechtlichen und gemeinnützigen Spitexorganisationen (d.h. 297 Organisationen) liegen unter einer Grösse von zehn Vollzeitäquivalenten, ein Drittel sogar unter fünf Vollzeitäquivalenten. 55 Prozent der privaten erwerbswirtschaftlichen Spitexorganisationen (212 Organisationen) haben einen Mitarbeitendenstamm von unter fünf Vollzeitäquivalenten.

Umgekehrt generieren fünf Prozent der öffentlich-rechtlichen und privaten gemeinnützigen Spitexorganisationen (29 Betriebe mit im Schnitt mehr als zehn Mio. Franken Jahresumsatz) 50 Prozent des Umsatzes dieser Gruppe und 5.7 Prozent der privaten erwerbswirtschaftlichen Betriebe (22 Betriebe mit im Schnitt mehr als 3.6 Mio. Franken Jahresumsatz) generieren ein Drittel des Umsatzes dieser zweiten Gruppe.

Die Qualität der Leistungserbringung und die Ertragskraft pro Vollzeitäquivalent respektive die Kosteneffizienz ist gemäss der Analysen der Hochschule Luzern nicht an die Grösse der Organisation gekoppelt. Der Zugang zu spezialisierten Leistungen und eine regelmässige Nachtabdeckung kann bei kleinen Organisationen jedoch oft nur durch Kooperationen sichergestellt werden. Die Existenz und Sinnhaftigkeit von selbstverantwortlichen, wohnort- oder quartierbezogenen Teams wird nicht bestritten, aber die Organisationsformen und Trägerschaften, in denen sie eingebettet sind, dürften aus Sicht der Hochschule Luzern vielfältiger werden.

Aktuell sind die finanziellen und personellen Ressourcen für eine Weiterentwicklung der Strukturen und Prozesse, für den Aufbau spezialisierter Leistungen, für die Erprobung und Einführung neuer Techniken und Infrastrukturen auch im Bereich der Digitalisierung und der Informations- und Kommunikations-

technologien äusserst ungleich verteilt. Es stellt sich die Frage, welche Synergien aus Aufgabenteilungen und Spezialisierungen einerseits und neuen Formen des Austausches und der Zusammenarbeit andererseits gewonnen werden können. Welche Organisationsformen werden sich als Motor der Branchenentwicklung erweisen?

### **2.3. Die Entwicklung der Pflegeheime und intermediärer Wohnformen**

Im Bereich der spitalexternen stationären Pflege boten im Jahr 2017 in der Schweiz 1'561 Alters- und Pflegeheime 95'529 Langzeitpflegeplätze und 1'893 Kurzzeitpflegeplätze an. Sie betreuten über das Jahr 125'889 Langzeitpflegeklientinnen und -klienten und 26'528 Klientinnen und Klienten in der Kurzzeitpflege oder Akut- und Übergangspflege. Am Stichtag 31.12. wurden 94'697 Personen in Alters- und Pflegeheimen betreut.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (Somed) 2017.*

**Tabelle 4: Die Entwicklung der Pflegeheime in verschiedenen Dimensionen seit 2011**

	2017	Wachstum gegenüber Vorjahr	Jährliches Wachstum seit 2011
<b>Klienten/Klientinnen (Stand 31.12.)</b>	94'697	+ 0.5 %	+ 1.0 %
<b>Klienten/Klientinnen Langzeitpflege (Jahr)</b>	125'889	+ 1.1 %	+ 1.1 %
<b>Klienten/Klientinnen Kurzzeitpflege inkl. AÜP (Jahr)</b>	26'528	+ 10.9 %	+ 8.1 %
<b>Pflegeplätze Langzeitpflege (Stand 31.12.)</b>	95'529	+ 0.6 %	+ 1.0 %
<b>Pflegeplätze Kurzzeitpflege inkl. AÜP (Stand 31.12.)</b>	1'893	+ 2.3 %	+ 1.6 %
<b>Aufenthaltstage</b>	33.8 Mio.	+ 0.5 %	+ 0.9 %
<b>Vollzeitäquivalente Pflege und Betreuung (VZÄ)</b>	63'028	+ 1.9 % (+1'173 VZÄ)	+ 2.7 %
<b>Bevölkerung 65–79</b>	1.11 Mio.	+ 1.8 %	+ 2.1 %
<b>Bevölkerung 80+</b>	434'336	+ 1.8 %	+ 2.2 %
<b>Umsatz/Ertrag</b>	10.1 Mrd.	+ 2.5 %	+ 2.6 %
<b>davon Beiträge Krankversicherer</b>	1.87 Mrd.	+ 0.6 %	+ 0.2 %

Tabelle 4: Das Wachstum der Langzeitpflegeplätze ist mit durchschnittlich einem Prozent über die letzten sechs Jahre nach Einführung der neuen Pflegefinanzierung deutlich langsamer als der Anstieg der Bevölkerung sowohl in der Gruppe der 65–79-Jährigen als auch in der Gruppe der über 80-Jährigen mit rund zwei Prozent.  
*Quelle: BFS, Somed (2011–2017). Eigene Berechnung und Darstellung HSLU.*

Es hat sich in den letzten beiden Jahren nochmals verlangsamt, da viele Kantone ihre Prognosen des Bettenbedarfs in Alters- und Pflegeheimen angepasst haben und alternative Wohnformen wie betreutes Wohnen, die nicht von der Statistik erfasst werden, an Bedeutung gewonnen haben.

Zwischen den Kantonen bestehen grosse Unterschiede in der Pflegebettenquote, definiert als das Verhältnis von Betten in Alters- und Pflegeheimen zur Wohnbevölkerung der über 80-Jährigen. Sie betrug im schweizerischen Durchschnitt 22.4 Prozent, mit einer minimalen Bettenquote im Kanton Genf von 16.4 Prozent und ebenfalls niedrigen Quoten zwischen 17 und 18.6 Prozent in den Westschweizer Kantonen Wallis, Waadt und Jura und einer maximalen Bettenquote im Kanton Glarus mit 30.2 Prozent. In der Schweiz findet sich in Pflegeheimen im Vergleich mit anderen Ländern ein hoher Anteil von niedrigen Pflegestufen, auch hier wiederum mit grossen Unterschieden zwischen den Kantonen. Der Anteil Pflegetage mit Stufe 1 oder 2 (nach KLV, entspricht bis zu 40 Minuten Pflege pro Tag) ist seit 2011 zurückgegangen.

In den letzten Jahren wurden verschiedene Studien unter anderem durch das Obsan (Ankers & Serdaly (2017) und Dutoit et al. (2016)) oder im Rahmen der Evaluation Pflegefinanzierung durch INFRAS et al. (2018) durchgeführt, um Unterschiede zwischen den Kantonen durch unterschiedliche Politikansätze zu erklären. Aber die Datenlage ermöglicht nur eine grobe Unterscheidung von Mustern, die weder eine notwendige Auflösung nach Versorgungsregionen zulässt noch das komplexe Zusammenspiel zwischen politischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und unterschiedlichen Präferenzen der Bevölkerung abbilden kann. Sie reicht bei weitem nicht aus, um die Kosteneffizienz, Bedarfsorientierung und Qualität der Versorgung zu erheben.

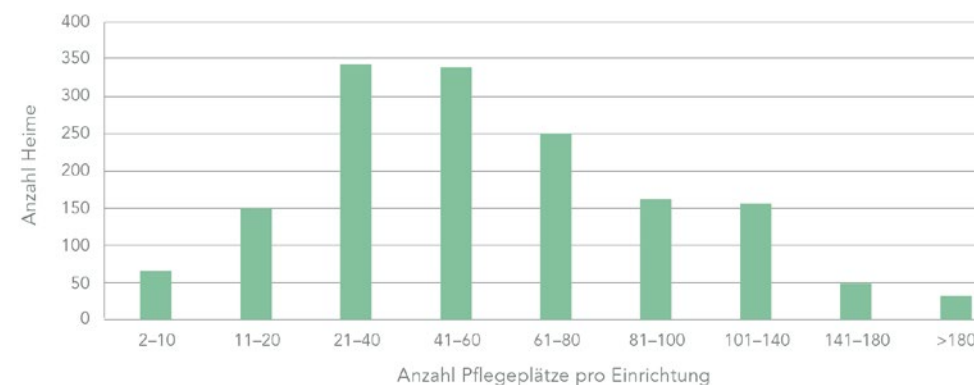


Die Ausgaben sind für die Krankenversicherer seit 2011 um durchschnittlich nur 0.2 Prozent gewachsen, langsamer als das Wachstums der Pflegeplätze, die Aufenthaltstage und Klientenzahlen. Der Beitrag der öffentlichen Hand an die Pflegekosten über die Restfinanzierung Pflege ist basierend auf einer Abschätzung der Autoren anhand der Somed den letzten Jahren stärker angestiegen. Der Anstieg der Restfinanzierung inkl. Patientenbeteiligung betrug jährlich rund 5 Prozent. Eine Mehrheit der Kantone und Gemeinden hat ihre Investitions-, Bau- und Betriebsbeiträge zurückgefahren bzw. ganz aufgehoben und die damit früher gedeckten Kosten in die Pflege-, Betreuungs- und Pensionstaxen integriert. Die Investitions- und Baubeiträge fliessen nicht in die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (Somed) ein.

#### Grösse der Alters- und Pflegeheime in der Schweiz

Die 1'561 Alters- und Pflegeheime verteilen sich auf rund 900 Gemeinden (von 2'255 Gemeinden, Stand 2017). Damit ist praktisch jede zweite Gemeinde Standort eines oder mehrerer Pflegeheime. Die hohe Standortdichte bedeutet nicht nur kurze Wege, sondern zumeist auch eine enge Anbindung an eine Gemeinde oder einen Gemeindeverbund. Sie schlägt sich auch in der Gröszenverteilung der Alters- und Pflegeheime nieder. 36 Prozent verfügen über unter 40 Betten, weitere 22 Prozent zwischen 40 und 60 Betten, 27 Prozent zwischen 60 und 100 Betten und 15 Prozent über 100 Betten.

**Abbildung 2: Gröszenverteilung der Pflegeheime in der Schweiz (2016)**



In verschiedenen Städten und einzelnen Kantonen werden mehrere Pflegeheime unter einem Dach geführt. Im Bereich der privatwirtschaftlichen Pflegeheime sind in der Schweiz mit Swiss Prime Site (und den Marken Tertianum, seniocare, Vitadomo), Senevita (Orpea-Gruppe) und der Di-Gallo-Gruppe drei grössere Gruppen vertreten. Doch mehrheitlich sind die Pflegeheime als Einzelunternehmen oder einzelner Betrieb aufgestellt.

Die wichtigsten Rechtsformen bei Alters- und Pflegeheimen sind die Organisationen nach öffentlichem Recht (Teil der Verwaltung, öffentlich-rechtliches oder öffentliches Unternehmen), die Stiftung, der Verein und die Aktiengesellschaft (in beiden Ausrichtungen: gemeinnützig und gewinnorientiert). In den letzten Jahren wurde vermehrt eine Verselbständigung der Betriebe und Rechtsformänderung vorgenommen. Der Anteil der Aktiengesellschaften hat zugenommen. Ein wesentlicher Grund dafür dürfte die Neuordnung der Pflegefinanzierung mit erhöhten unternehmerischen Anforderungen, eine stärkere Einbindung der Pflegeheime in die Gesundheitsversorgung, veränderte Krankheitsbilder

Abbildung 2:  
Quelle: BFS, Somed (2016). Eigene Darstellung HSLU.

und eine Intensivierung des Wettbewerbs zwischen verschiedenen Wohn- und Pflegeformen sowie zwischen verschiedenen Trägerschaften sein. Der Kostendruck auf die Pflegeheime ist gestiegen.

### **Datengrundlagen zur Rolle und Entwicklung der Alters- und Pflegeheime**

Die Datengrundlage für eine Erfassung der Rolle und Entwicklung der Alters- und Pflegeheime ist deutlich besser als im spital-externen ambulanten Bereich. Die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (Somed) beruht bereits auf anonymisierten Individualdaten im Bereich der Klienten- und Leistungsstrukturen. Damit ist auch eine Verknüpfung von Falldaten mit anderen Gesundheitsstatistiken wie der medizinischen Statistik der Krankenhäuser bereits heute möglich, die eine (durch das Fehlen des ambulanten Bereichs eingeschränkte) Analyse von Versorgungspfaden erlaubt.

Entwicklungspotenzial besteht in der Somed mit Blick auf die Qualität der Primärdaten auf der Betriebsebene und die Einführung weiterer Kennzahlen. Die Datenqualität würde steigen, wenn die bearbeiteten, klassifizierten und im Benchmark zu anderen Alters- und Pflegeheimen präsentierten Betriebsdaten zur Verbesserung der Erfassung an die Betriebe zurückgespiegelt würden. Fehlerquellen finden sich unter anderem in der Klassifizierung von Kurzaufenthalten, die häufig den Einstieg in einen Langzeitaufenthalt darstellen, in einer ungenauen Abgrenzung von Abwesenheits- oder Reservationstagen, in einer doppelten Erfassung des Sterbeortes bei Tod im Spital, in der Erfassung der Datenfelder «Eintritt von/Austritt nach» oder des Wohnortes. Interessante zusätzliche Kennzahlen wären unter anderem die «Pfleigestufe bei Eintritt» oder Häufigkeit und Tendenz der Wechsel von Pfleigestufen, die sich über Abfragen auf der Datenbank des Betriebs direkt gewinnen liessen.

Eine Entwicklungsnotwendigkeit besteht in der Somed in Bezug auf die Einführung einer Betriebsklassifikation und eine höhere regionale Auflösung der Daten. Wie im vorangehenden Kapitel für die Spitex-Statistik gefordert, muss auch in der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen eine Klassifikation der Betriebe bzw. eine Ausscheidung von spezialisierten Abteilungen oder Teams erfolgen. Die Übernahme übergeordneter oder spezialisierter Leistungen durch geriatrische Langzeitabteilungen von Spitälern, durch Hospize oder spezialisierte Abteilungen sowie durch Einrichtungen der Akut- und Übergangspflege resp. der Kurzzeitpflege verfälscht ansonsten den Vergleich des Leistungsgeschehens in verschiedenen Versorgungsregionen. Die Rolle und Funktion von Einrichtungen der stationären Pflege, die Aufgabenteilung und gemeinsame Abdeckung der Versorgungspflicht können nur in einer regionalen Perspektive analysiert und verstanden werden.

Am Beispiel der Betreuungsdauer von in einer stationären Einrichtung gemäss Somed verstorbenen Personen soll die Bedeutung einer Klassifizierung unterschiedlicher Institutionen und einer regionalen Analyse kurz verdeutlicht werden. Das Beispiel stammt aus einer Studie der Hochschule Luzern im Kanton Uri (2019). Ähnliche Muster finden sich auch in anderen Kantonen, wie eine Studie der HSLU zur Situation der Palliativversorgung im Kanton Luzern zeigt – hier mit Blick auf die besondere Rolle der Palliativabteilung des Eichhofs, eines Betriebs der Viva Luzern AG (Wächter et al. 2015a). Bei diesem Beispiel stehen die Abdeckung von kurzfristigen Eintritten und Kurzaufenthalten von Menschen in der Begleitung am Lebensende und die Rolle spezialisierter Abteilungen im Vordergrund.

**Abbildung 3: Betreuungsdauer von in einer stationären Einrichtung der Somed verstorbenen Personen (Kanton Uri)**

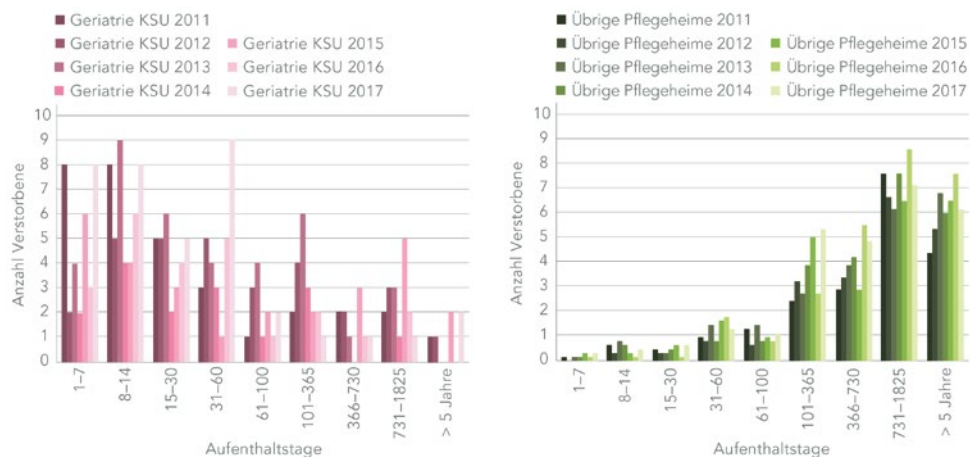


Abbildung 3: Die Abteilung Geriatrie des Kantonsspital Uri übernimmt als «Einrichtung der Langzeitpflege» im Kanton wichtige Aufgaben in der Akut- und Übergangspflege sowie der Pflege in komplexen Fällen, welche keine Spitalbehandlung benötigen. Ihre Leistungen werden im Rahmen der Somed erfasst. Sie weichen deutlich von den Leistungen der übrigen, nicht spezialisierten Pflegeheime im Kanton ab. Im Bereich der palliativen Pflege und Begleitung von Menschen am Lebensende schlägt sich dies beispielweise in der Aufenthaltsdauer von Menschen nieder, die in einer Institution der stationären Pflege versterben. Die Abteilung Geriatrie übernimmt im Kanton Uri die Mehrheit kurzfristiger Eintritte und Kurzaufenthalte von unter einem Monat und entlastet damit sowohl die anderen Alters- und Pflegeheime als auch die medizinischen Abteilungen des eigenen Spitals. Sie kann damit auch einen grossen Teil der Anforderungen im Rahmen der spezialisierten Palliative Care abdecken, die in anderen Kantonen dezentraler erfolgt. Palliative Care gehört auch in den

nicht spezialisierten Pflegeheimen zum Alltag und einer wichtigen Grundqualifikation und -ausrichtung. Rund ein Drittel aller Pflegeplätze werden im Jahr aufgrund von Sterbefällen neu belegt. 90 Prozent der Sterbefälle erfolgen nach einem Aufenthalt von mehr als zwei Monaten, so dass bereits eine Beziehung aufgebaut werden konnte und Leistungen der spezialisierten Palliative Care mit Vorteil ohne Wechsel der Einrichtung im vertrauten Pflegeheim erbracht werden sollten, gegebenenfalls unter Einbezug mobiler, konsiliarischer Dienste.

Die besondere Rolle der Geriatrieabteilung im Kanton Uri zeigt sich auch in anderen Leistungsbereichen der spitalexternen stationären Pflege. In der Mehrheit der Kantone finden sich in der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen Einrichtungen mit spezialisierten Aufgaben, so dass das Versorgungsgeschehen ohne eine entsprechende Klassifikation der Betriebe und eine regionale Auflösung der Statistik zur Identifikation der relevanten Einzugsgebiete nicht interpretiert werden kann.

### Prognosen des Pflegeplatzbedarfs und Pflegeplanung bis 2035

Die Entwicklung der stationären Pflegeplätze wird nicht nur durch den Bedarf und die Nachfrage, sondern stark auch über das Angebot gesteuert. Einen grossen Einfluss auf die Angebotsentwicklung haben einerseits die Pflegeplanung und Pflegeheimlisten, andererseits die Existenz alternativer Angebote.

Für die Pflegeplanung greifen die Kantone und Gemeinden mehrheitlich auf ein Prognosemodell zurück, welches von Obsan in Zusammenarbeit mit externen Forscherinnen und Forschern entwickelt wurde (vgl. Bayer-Oglesby und Höpflinger (2010)). Das Modell sieht ein dreistufiges strukturiertes Vorgehen mit Prognosen auf der Ebene der Entwicklung der Bevölkerung und Altersstruktur, der alters- und geschlechterabhängigen Prävalenz von Pflegebedürftigkeit und der Verteilung der Nachfrage auf verschiedene Angebotsformen vor. Eine Stärke des Modells liegt

in der strukturierten Ableitung quantitativer Szenarien zur Entwicklung der Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen. Aber das Modell ist stark von der Demographie getrieben und weist zwei methodische Einschränkungen auf.

Zum einen fehlen verlässliche Daten, um die aktuelle Anzahl Personen, die ausserhalb stationärer Settings gepflegt werden, abzuschätzen. Das Modell greift dafür auf zwei Fragen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung zurück, die alle fünf Jahre durchgeführt wird. Aus statistischen Gründen mussten die beiden letzten Gesundheitsbefragungen der Jahre 2007 und 2012 zeitlich und kantonsübergreifend zusammengefasst werden, um eine Abschätzung der ambulant gepflegten und betreuten Menschen mittlerer und schwerer Pflegebedürftigkeit zu erlauben. Zeitliche Veränderungen und kantonale oder regionale Unterschiede in den Raten werden so verwischt. Diese eine Zahl aus der Gesundheitsbefragung bestimmt sowohl die aktuelle Gesamtzahl Personen mit einer mittleren oder schweren Pflegebedürftigkeit als auch den Anteil der ambulanten Versorgung.

Zum anderen kann das Prognosemodell die wichtigen Entwicklungen und Unsicherheiten auf der gesellschaftlichen und individuellen Ebene, die über die Wahl der Pflege- und Wohnformen mitbestimmen (Präferenzen der Betroffenen, alternative Angebote, Finanzierungsrahmenbedingungen, familiäre und zivilgesellschaftliche Unterstützungsformen, etc.) nur sehr grob abschätzen. Dieser letzte Schritt hat aber eine sehr grosse Auswirkung auf den prognostizierten Bedarf an stationären Pflegeplätzen. Die Ausrichtung der Pflegeplanung ist damit ein Entscheid unter grossen Unsicherheiten und stark von den politischen Zielen bestimmt.

Eine Analyse von Pflegeplanungen, die einzelnen Kantone in regelmässigen Abständen durchgeführt haben, zeigt, wie stark die Prognosen in den letzten drei bis fünf Jahren nach unten angepasst wurden.

**Tabelle 5: Der prognostizierte Pflegeplatzbedarf zu verschiedenen Planungszeitpunkten und im interkantonalen Vergleich**

	2015	2016	2020	2025	2030	2035
<b>TG (2016)</b>	25.7 %		17.8 %	17.3 %	16.6 %	
<b>TG (2011)</b>	26.1 % (2010)	25.1 %	24.1 %		21.1 %	
<b>BE (2015)</b>	29.5 %		23.9 %	20.1 %	17.0 %	15.3 %
<b>SZ (2018, Obergrenze)</b>				19.7 %	17.6 %	17.4 %
<b>SZ (2018, Untergrenze)</b>				17.6 %	15.1 %	14.3 %
<b>SZ (2015)</b>	28.0 % (2013)	26.0 %	24.0 %	22.0 %	19.0 %	
<b>LU (2016)</b>				21.9 %		
<b>LU (2010)</b>	31.1 % (2008)		25.4 %			
<b>ZH (2018)</b>		21.0 %	19.4 %	16.5 %	15.0 %	14.1 %
<b>ZH (2016)</b>	23.0 % (2013)		18.1 %	16.6 %	15.8 %	15.5 %

Die Prozentzahlen geben den prognostizierten Pflegeplatzbedarf (ohne Korrektur Belegungsquote) als Anteil zur Wohnbevölkerung der über 80-Jährigen wieder.

Um Über- und Unterkapazitäten zu vermeiden, sind zwei Entwicklungen notwendig. Erstens müsste die ambulante Pflege und Betreuung – zu Hause, in betreuten Wohnungen, in Wohngemeinschaften – in die Pflegeplanung integriert werden. Zweitens müsste eine Konsolidierung der kantonalen Prognosen durch eine Rückbindung an den beobachteten realen Verlauf der Nachfrageentwicklung und einen strukturierten Vergleich der kantonal verwendeten Modellparameter über einen längeren Zeitraum erfolgen.

Tabelle 5:  
Quelle: Pflegeplanungen verschiedener Kantone. Eigene Berechnung und Darstellung HSLU.

Angesichts der starken Anpassung der kantonalen Pflegeplanungen und Pflegeheimlisten in den vergangenen Jahren müsste eine erneute Hochrechnung der prognostizierten Nachfrage und Pflegekosten für die Schweiz auf der Basis der konsolidierten Schätzungen erfolgen.

Der Fokus der politischen Massnahmen richtete sich in den vergangenen Jahren vermehrt darauf aus, den Anteil der leicht Pflegebedürftigen in den Alters- und Pflegeheimen zu begrenzen. Wie Ankers und Serdaly (2017) aufzeigen, sind eine Begrenzung der Pflegeplätze oder Zugangsbeschränkungen für Personen mit nur leichter Pflegebedürftigkeit für sich genommen nicht zielführend. Es ist ein ergänzendes Netz von Leistungen erforderlich, welches über intermediäre Angebote und altersgerechte Wohnformen hinausgeht. Dazu gehören unter anderem Leistungen für die Prävention im eigenen Zuhause (wie soziale Unterstützung durch Vereine oder Gemeinden, Freiwilligenarbeit, Anpassung der Wohnungseinrichtung, Präventionsprogramme (Stürze, Mangelernährung, u.a.)), eine Anpassung und Verbesserung der ambulanten Leistungen (Einbezug der medizinischen Grundversorgung in die Versorgungsstrukturen, Förderung ambulanter Konsultationen speziell für Betagte), die Unterstützung der Pflegeteams (im Heim oder bei der Spitex) sowie der Ärztinnen und Ärzte durch mobile Teams und eine Unterstützung der betreuenden und pflegenden Angehörigen. Diese Massnahmen müssen sich gleichermassen an die Gruppe stärker pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen und ihre Angehörigen richten.

Die zukünftige Entwicklung der spitalexternen Pflege ist nicht nur eine Frage der finanziellen, sondern auch der personellen Ressourcen. Eine Analyse des Obsan zur Entwicklung des Bedarfs an Health Professionals aus dem Jahr 2009 geht davon aus, dass je nach Szenario bis zum Jahr 2030 zwischen 120'000 und 190'000 Fachpersonen rekrutiert werden müssen. Mindestens 2/3 davon sind allein notwendig, um Personal zu ersetzen, welches das

Rentenalter erreicht hat. Das weitere Drittel muss den gestiegenen Bedarf an Pflege und Versorgungsleistungen abdecken. Fast 90 % der zusätzlich benötigten Gesundheitsfachleute entfallen auf Einrichtungen der Langzeitpflege (Heime, Spitex).<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Vgl. Jaccard Ruedin & Weaver (2009).

Dieser Personalbedarf ist selbst durch gesteigerte Ausbildungsleistungen allein nicht zu decken. Neben der Pensionierung spielen auch die vorzeitigen Berufsaustritte bei Pflegefachpersonen mit einem Anteil von über 40 Prozent, davon 23 Prozent in Form eines Berufswechsels, eine grosse Rolle für den Personalbestand (Lobsiger & Kägi, 2016). Arbeitsplatzattraktivität, berufliche Perspektiven, Führungs- und Lohnstrukturen werden zu wichtigen Instrumenten nicht nur der Personalgewinnung, sondern auch der Personalbindung. Eine zunehmende Personalknappheit dürfte auch Auswirkungen auf die Personalkosten und damit die Pflegekosten haben.

### **Veränderung im Profil und im Leistungsspektrum der Pflegeheime**

Die Pflegeheime unterliegen wie die ambulante Pflege und Betreuung einer starken Veränderung ihres Profils und Leistungsspektrums. Zwei Entwicklungsrichtungen sind dafür kennzeichnend. Es findet eine Ausdifferenzierung der Wohn- und Pflegeformen statt. Gleichzeitig öffnen sich die Alters- und Pflegeheime in Richtung einer integrierten Versorgung und interprofessionellen Zusammenarbeit und wirken zunehmend in den «Sozialraum» hinein.

Seit vielen Jahren hat sich eine breite Palette von Alternativen entwickelt, die erstmals in der Studie von Werner et al. (2016) strukturiert, aber ohne Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wurden. Allein bei den Alterswohnungen wurden in der Schweiz rund 850 Strukturen und fast 16'000 Wohnungen erfasst, wobei die Autoren der Studie davon ausgehen, dass die tatsächliche Anzahl noch deutlich höher liegt.

Die als intermediär bezeichneten Formen umfassen neben Angeboten besserer Tages- und Nachtstrukturen eine Reihe von Wohnformen mit unterschiedlichen Pflegearrangements und Dienstleistungsangeboten:

- Alterswohnungen mit dezentralen Dienstleistungen
- Alterswohngemeinschaften
- Alterswohnungen mit externen, gebündelten Dienstleistungen
- Alterswohnungen mit Servicepaket eines zentralen Dienstleisters
- Betreute Wohnungen mit Servicepaket und externer Spitex
- Betreute Wohnungen mit Servicepaket und Spitexstützpunkt
- Betreute Wohnungen mit tragender Struktur auch bei Betreuungsbedarf nachts und höherer Pflegebedürftigkeit, oft als pflegeheimnahe Wohnungen realisiert
- Pflegewohngruppen

Zum Teil bestehen fließende Übergänge in Bezug auf das Angebot. Ein wesentlicher Unterschied ist aber die «Tragfähigkeit» des Angebots bei steigendem Unterstützungs- und Pflegebedarf. Die Wohnformen kennen unterschiedliche Grenzen, bis zu denen der Verbleib in der Wohnung möglich ist. Mögliche Grenzen sind unter anderem mehrmals tägliche Hilfe, dauernde Beaufsichtigung oder auch Pflegeeinsätze in der Nacht und eine fehlende Pflegeinfrastruktur. Je enger die Wohnungen an ein Heim angeschlossen sind, desto höher ist oft die Tragfähigkeit.

Vermehrt werden auch Wohnprojekte realisiert oder sind in Planung, bei denen zentrale Dienstleistungen in Form von Gemeinschaftsleistungen oder zivilgesellschaftlichem Engagement erbracht werden.

Verschiedene Pflegeheime haben sich, oft in Abhängigkeit vom Standort und der Versorgungsregion, in der sie tätig sind, für die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und anderen Professionen geöffnet (vgl. Schusselé Filliettaz (2017)). Es haben sich integrierte Versorgungsangebote für die spitalexterne ambulante und stationäre Pflege inklusive Triage, Beratung und Case Management entwickelt. Zum Teil sind in ländlichen Regionen Gesundheitszentren entstanden, in denen eine umfassende Gesundheitsversorgung inklusive der Langzeitpflege unter einem Dach zusammengefasst wurde. Vermehrt öffnen sich Pflegeheime als «Dienstleistungszentren» für die ältere Wohnbevölkerung des Quartiers oder der Gemeinde. Je nach Versorgungsregion findet sich auch eine Spezialisierung bzw. Aufgabenteilung unter den Institutionen in Bezug auf die spezialisierte Pflege oder die Kurzzeit-, Akut- und Übergangspflege.

### 3. Führungskennzahlen und datenbasierte Tarifverhandlungen

Zwischen den Leistungserbringern der spitalexternen ambulanten Pflege finden sich grosse Unterschiede sowohl im Leistungsspektrum als auch in den Kostenstrukturen. Dies gilt nicht nur für den Vergleich zwischen verschiedenen Leistungserbringerguppen – öffentliche-rechtliche oder gemeinnützige Spitexorganisationen, private erwerbswirtschaftliche Spitexorganisationen oder selbständige Pflegefachpersonen –, sondern auch innerhalb der einzelnen Gruppen.

Bei der Festlegung der Restfinanzierung Pflege wie auch der Beiträge an nicht-pflegerische Leistungen müssen Kantone und Gemeinden Antworten auf den Umgang mit den Unterschieden finden, wenn sie ihre Beiträge auf eine kosteneffiziente und qualitativ gute Leistungserbringung ausrichten, zugleich aber unterschiedlichen Ausgangslagen der Leistungserbringer gerecht werden wollen. Robuste und differenzierte Daten bilden auch eine wichtige Grundlage für den Bund, die via Verordnung festgelegten Beiträge der Krankenversicherer sachgerecht anzupassen. Nicht zuletzt sind auch die Leistungserbringer auf gute Führungskennzahlen angewiesen, um ihre Strukturen, Prozesse und Leistungsangebote in einem sich diversifizierenden und kompetitiveren Umfeld weiterzuentwickeln.

Im Bereich der spitalexternen Pflege und Betreuung besteht deshalb ein hoher Handlungsdruck in Bezug auf die Kostentransparenz, Leistungsstatistiken und datengestützte Tarif- und Restfinanzierungsverhandlungen. Dies wird in der im Juli 2018 veröffentlichten Evaluation der neuen Pflegefinanzierung (INF-RAS 2018) bestätigt, die hier einen hohen Handlungsbedarf ortet, um Grundlagen für eine sachgerechte und transparente Finanzierung zu schaffen. Auch das Bundesgerichtsurteil von 20.07.2018 (9C\_446/2017) weist ungenügend fundierte Normkostenansätze als Grundlage der Restfinanzierung zurück. Will man nicht auf den Weg einer praktischen Defizitgarantie zurückfallen, müssen transparente Tarifstrukturen, Kennzahlen und Betriebsklassifikationen entwickelt werden.

#### **3.1. Die Entwicklung einer hochauflösenden harmonisierten Kostenrechnung für den Spitex-Bereich**

Heutzutage werden die Kostenrechnungen von der Mehrheit der Spitexorganisationen in Anlehnung an das Spitex-Finanzmanual (Version 2011) erstellt. Trotz dieser gemeinsamen Grundlage weisen die einzelnen Kostenrechnungen grosse Unterschiede in der Erfassung und Zuordnung einzelner Kosten- und Leistungsarten und in der Wahl der Umlage- bzw. Verteilerschlüssel auf. Zugleich sind in den Kostenrechnungen der Organisationen die einzelnen Kostenfaktoren und damit wichtige Kennzahlen für eine differenzierte Kostenanalyse bereits in übergeordneten Kostenstellen zusammengefasst. Diese werden oft mittels betriebsinternen Umlageschlüsseln hoch aggregiert auf Betriebsebene auf die Vollkosten verteilt.

Um diese Einschränkungen zu umgehen, erstellte die HSLU in einer Grundlagenstudie im Auftrag des Spitex Verbandes Schweiz auf der Basis von hochaufgelösten Rohdaten einzelner Spitexorganisationen harmonisierte und verfeinerte Kostenrechnungen.<sup>9</sup> Es wurde ein einheitliches Klassifikationssystem und

<sup>9</sup>Die Entwicklung eines ersten konzeptionellen Modells und die spätere kontinuierliche Weiterentwicklung waren nur dank Mitteln aus dem Forschungsprogramm «Öffentliches Gesundheitsmanagement» möglich, welches massgeblich von der Stiftung Konkordia unterstützt wurde.

<sup>10</sup> Das Umlageverfahren unterscheidet verschiedene Ebenen (Betrieb, Abteilung, Team/Qualifikation, Mitarbeiter/-in, Fall/Klient/-in, etc.) und die Kosten können so möglichst verursachergerecht umgelegt werden.

ein differenziertes Umlagesystem entwickelt, das einen transparenten, verlässlichen und hoch aufgelösten Kostenvergleich der Organisationen ermöglicht.<sup>10</sup> Gemeinwirtschaftliche Leistungen, wie Ausbildung oder gewisse Koordinations- und Beratungsleistungen über den Leistungskatalog KLV hinaus, wurden konsequent aus den Vollkosten herausgenommen und auf eigenen Kostenträgern abgegrenzt. Das gleiche galt für spezialisierte Pflegeleistungen wie Palliative Care, Psychiatrische Pflege oder einen Nachtdienst, deren Vollkosten in der Kostenrechnung separat ausgewiesen werden, wenn sie mit eigenen Leistungs-codes erfasst wurden. Die Bearbeitung der Rohdaten orientierte sich am aktuellen Finanzmanual (2011), dessen Vorgaben für die Studie zugleich präzisiert und weiterentwickelt wurden.

In die Studie konnten Daten von 25 Spitexorganisationen aus elf Kantonen (VD, TI, BS, BE, LU, SO, SZ, TG, UR, ZG, ZH) und allen drei Sprachregionen miteinbezogen werden. Die Organisationen unterscheiden sich stark hinsichtlich Grösse (zwischen 8'800 und 481'700 verrechneten Leistungsstunden pro Jahr) und Einzugsgebiet (zwischen 10 und 1'000 km<sup>2</sup>). Spitex-Organisationen aus sechs der zehn grössten Städte der Schweiz sind in der Stichprobe vertreten.

Die differenzierte Auflösung der Kostenbestandteile der Vollkosten einer Leistung wie Behandlungspflege, Grundpflege oder Hauswirtschaft nach Kosten- und Leistungsarten führen zu einem differenzierten Set von **Kennzahlen erster Ordnung**, die direkt aus der Kostenrechnung abgelesen werden können. Wichtige Kennzahlen erster Ordnung zur Analyse der Kostenstrukturen und Kostenunterschiede, die in der Studie dargestellt werden, sind:

- der direkte Personalaufwand nach Skill-Grade-Mix für eine geleistete verrechenbare Stunde,
- Inkonvenienzentschädigungen (Nacht-, Sonntags-, Pikettzulagen),
- der Wegzeitenanteil und die weiteren Aufwände für die Mobilität,
- die Aufwände für Fort- und Weiterbildung,
- Zentrumsleistungen inkl. Raumaufwand,
- die indirekten Leistungen für Klientinnen,
- Hintergrundleistungen,
- Führung und Administration und
- übriger Sachaufwand.

Alle diese Kennzahlen können bei Sicherstellung einer einheitlichen Erfassung durch die Spitexorganisationen **ohne Zusatzaufwand in feinere Kennzahlen** aufgelöst werden, wie z. B. die Kosten für Krankheits- und Unfallabwesenheiten, den Personalaufwand für Abklärungen mit den Versicherungen, Einsatzplanung, Qualitätssicherung, Pflegeplanung und Pflegedokumentation oder den Personalnebenaufwand für Verpflegung, Berufskleider, Aus- und Weiterbildung.



Ein Auszug aus der Gegenüberstellung von 11 der 25 Spitexorganisationen am Beispiel der Behandlungspflege zeigt basierend auf diesen Kennzahlen erster Ordnung grosse Kostenunterschiede sowohl in den Vollkosten einer Leistungsart als auch in den einzelnen Kostenbestandteilen (siehe Abbildung 4). Die Harmonisierung der Kostenrechnungen bringt die Kostenunterschiede nicht zum Verschwinden, aber sie unterlegt sie mit einem robusten analytischen Fundament.

**Abbildung 4: Die Vollkosten pro geleistete Stunde Behandlungspflege im Vergleich (2015)**

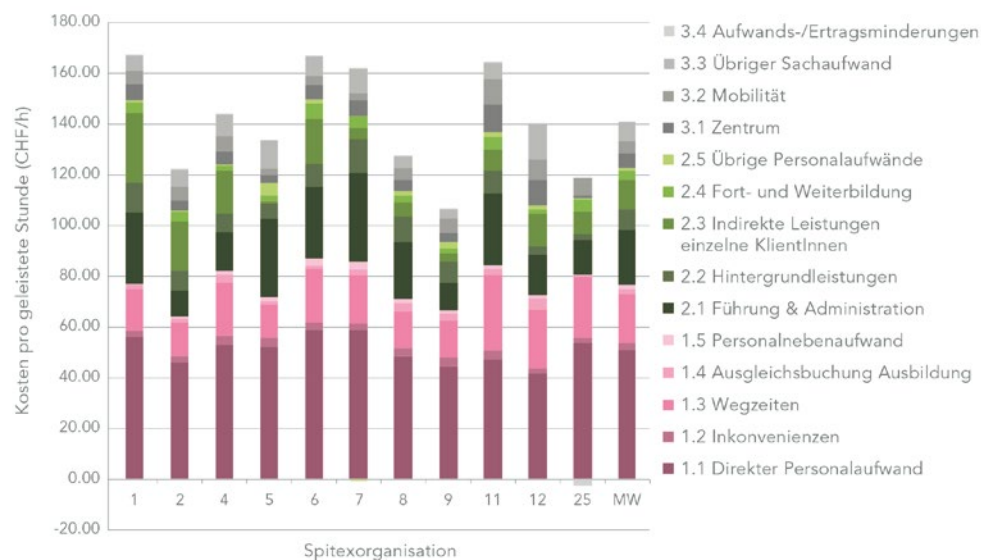


Abbildung 4:  
Quelle: Harmonisierte Kostenrechnung auf der Basis von Primärdaten der an der Studie beteiligten Spitexorganisationen, HSLU

Die ausgewiesenen Vollkosten einer Stunde Behandlungspflege liegen bei dieser Stichprobe zwischen 106 (Spitex 9) und 167 Franken (Spitex 1), bei einem Mittelwert (MW) von 141 Franken. Einen grossen Beitrag an die Kostenunterschiede leistet der direkte Personalaufwand, der für die Erbringung einer Stunde Behandlungspflege bei den Klienten vor Ort anfällt, und der zwischen 41.40 Franken (Spitex 12) und 59.00 (Spitex 6) Franken variiert (Mittelwert 50.90 Franken). Auch die Unterschiede bei den Wegzeiten (inklusive Fahrzeug- und Transportaufwand als Sachaufwand) fallen mit Kostenanteilen zwischen 15.60 Franken (Spitex 5) und 39.60 (Spitex 11) stark ins Gewicht.

In diesem Modell lassen sich die Kostengruppen einzeln analysieren und weiter aufschlüsseln. Im Bereich der administrativen und indirekten Leistungen setzen die uneinheitliche Primärerfassung dieser Aufwände durch die Spitexorganisationen einer feineren Auflösung im Moment jedoch noch Grenzen. Oft überlappen sich die Definitionen der Tätigkeiten, die den Zeitcodes bei der Arbeitszeiterfassung einzelner Spitexorganisationen zugrunde liegen und verhindern die Einbettung in einen fein gegliederten Codebaum. In der Studie werden Empfehlungen für eine Anpassung des Finanzmanuals formuliert, die zu einer einheitlicheren Praxis und damit höheren Auflösung dieser nicht verrechenbaren Aufwände in anerkannte Tätigkeiten wie Pflegeplanung, Dokumentation, das Einholen von Kostengutsprachen, Qualitätssicherung und -management, Buchhaltung/Fakturierung, Personalmanagement, etc. führen sollte.

Das Prinzip der feineren Aufschlüsselung, welches das Modell auf der Basis der hochaufgelösten Primärdaten unmittelbar ermöglicht, soll in Abbildung 5 am Beispiel des direkten Personalaufwands dargestellt werden.

**Abbildung 5: Unterschiede im direkten Personalaufwand nach Funktions-/Qualifikationsstufe (Behandlungspflege, Tertiär und Sekundär)**

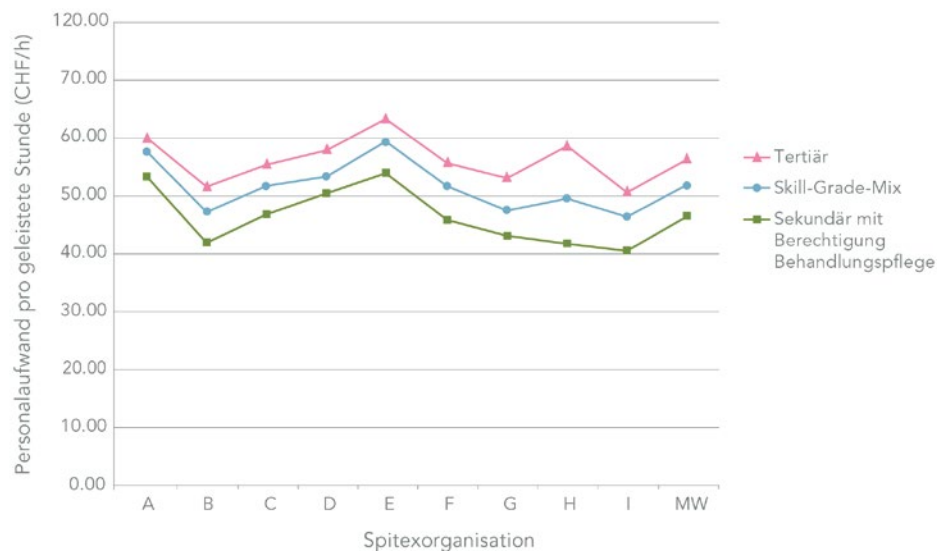


Abbildung 5: Der direkte Personalaufwand für einen Einsatz beim Kunden vor Ort ist im Wesentlichen von den drei Faktoren Lohnniveau einer Organisation, Skill-Grade-Mix und Krankheits- und Unfallkosten abhängig. Das Modell erlaubt eine direkte Darstellung des Einflusses des Lohnniveaus und des Skill-Grade-Mixes, und in einem separaten Schritt eine Berechnung der Krankheits- und Unfallkosten. Die in der Studie vertretenen Spitexorganisationen mit Versorgungspflicht weisen im Bereich der Behandlungspflege einen hohen Anteil an Mitarbeitenden mit einer Tertiärausbildung aus, im Schnitt über 50 %. Die grossen Unterschiede im direkten Personalaufwand sind jedoch weniger auf den Skill-Grade-Mix als auf Differenzen im Lohnniveau zwischen den einzelnen Spitexorganisationen zurückzuführen. So liegen der Abstand zwischen den Lohnbändern für Mitarbeitende mit Tertiäraus-

bildung und denjenigen mit Sekundärausbildung bei allen Spitexorganisationen bei rund 10 Franken und der durchschnittliche Personalaufwand im Skill-Grade-Mix der Organisationen ungefähr in der Mitte der beiden Lohnbänder. Die entscheidenden Unterschiede zwischen den Organisationen finden sich in ihrem Lohnniveau mit Unterschieden von rund 12 Franken pro Stunde (inkl. Sozialversicherungsabgaben Arbeitgeber) sowohl auf der Stufe Mitarbeitende mit Tertiär- wie auch Sekundärausbildung zwischen dem niedrigsten und höchsten Lohnniveau. Bei der Festlegung der Restfinanzierung sind unterschiedliche Einflüsse auf das Lohnniveau wie der Arbeitsmarkt, Anlehnung an Personalreglemente und Generalarbeitsverträge oder auch die Altersstruktur eines Betriebs, welche sich in höheren Lohnerfahrungsstufen und Sozialversicherungsabgaben niederschlägt, zu berücksichtigen.

Ein weiterer wichtiger Harmonisierungsschritt des Kostenrechnungsmodells war eine differenzierte und einheitliche Umlage der Wegzeiten. Die Umlagen für den Personalaufwand für Wegzeiten und den Sachaufwand für die Mobilität stellen bei vielen Organisationen einen erheblichen Kostenblock dar. In früheren Ansätzen wurden grosse Unterschiede in der Verteilung auf die einzelnen Leistungsarten zwischen Betrieben oft durch eine technisch bedingte und nicht durch eine fachlich begründete Wahl der Schlüssel verursacht.

Analog lassen sich alle weiteren Kennzahlen im Modell in detailliertere Einflussfaktoren ausdifferenzieren – mit der bereits genannten Einschränkung, dass die heutige Primärerfassung der Arbeitszeiten zum Teil noch so heterogen ist, dass eine benchmarkfähige Klassifikation noch nicht möglich ist. Die Lösung des Problems erfordert keinen zusätzlichen Aufwand bei der Zeiterfassung, sondern eine Verständigung über eine für aussagekräftige Kennzahlen notwendige betriebsübergreifende Klassifikation.

### 3.2. Notwendige Schritte zur Weiterentwicklung des Modells

In der Studie der HSLU konnte gezeigt werden, dass alle Spitexorganisationen unabhängig von ihrer Grösse und der von ihnen verwendeten IT-Infrastruktur über standardisierte Abfragen die Primärdaten liefern können, die für eine harmonisierte hochauflösende Kostenrechnung notwendig sind. Es fällt bei den Spitexorganisationen kein grösserer Zeitaufwand für die Erfassung der Daten an. Aber es ist eine gewisse Anfangsinvestition in Form einer Schulung notwendig, um die Daten konzeptionell richtig zu erfassen und den Einfluss der Erfassung auf die weitere Verarbeitung im Kostenrechnungsmodell nachzuvollziehen.

Um die Gründe für Kostenunterschiede vertiefter analysieren und begründen zu können, sind zwei wichtige Erweiterungen notwendig, die im Modell vorbereitet wurden:

- eine Anbindung der Kostenrechnung an Klientenstrukturen und Qualitätsindikatoren
- die statistische Überprüfung des Einflusses von Kennzahlen 2. Ordnung

In Bezug auf die erste Erweiterung wurde ein Umlagesystem entwickelt, welches Kostenrechnungen aufgeschlüsselt auf die Ebene eines einzelnen (anonymisierten) Leistungsbezügers erlaubt. Damit ist eine Grundlage gegeben, Indikatoren für unterschiedliche «Fallgruppen» aus den anonymisierten Assessmentdaten und Pflegeplanungsdaten abzuleiten und in die Kostenrechnung einzubinden. Solche Indikatoren müssten aus einer vertieften Analyse der Klientenstrukturen, Dossierdaten und «Qualitätsdaten» der Organisationen noch hergeleitet werden. Auf diesem Weg soll direkt in der Kostenrechnung überprüft werden, in wie weit Unterschiede in den Klientenstrukturen und im Leistungsspektrum einen Einfluss auf die Kostenstrukturen einer Organi-

sation haben. In anderen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens taucht verstärkt die Frage auf, wie die Elemente des schweizerischen Modells des regulierten Wettbewerbs so entwickelt werden können, dass der Qualitätswettbewerb gleichberechtigt an die Seite des Preiswettbewerbs tritt (vgl. Willisegger/Blatter 2016). Diese Herausforderung gilt auch für den Bereich Spitex, wo mit der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der neuen Pflegefinanzierung eine Öffnung hin zu verschiedenen Anbietern stattgefunden hat.

Nicht alle Kostenunterschiede sind einer individuellen Analyse zugänglich. Zum Teil lässt sich der Einfluss externer Faktoren unter der Voraussetzung einer hinreichend grossen Stichprobe statistisch überprüfen. Solche statistisch herzuleitenden Kennzahlen zweiter Ordnung würden z. B. den Einfluss von Raumstrukturen oder der Bevölkerungsdichte, Standortfaktoren (Stadt, Agglomeration, Land), Ausgestaltung der Versorgungspflicht, Wettbewerbsintensität oder Nachfragestrukturen überprüfen und bei Eignung wiedergeben.

Das Bundesamt für Statistik hat im Bereich der Spitäler im Jahr 2015 einen neuen Algorithmus für den Betriebsvergleich zwischen Spitälern vorgestellt, der neben der Unterscheidung zwischen allgemeinen Krankenhäusern und Spezialkliniken (vgl. analog die Unterscheidung zwischen Spitexorganisationen/Abteilungen in der Grundversorgung und spezialisierten Organisationen/Teams) eine Ausdifferenzierung der allgemeinen Krankenhäusern nach Zentrums- und Grundversorgung und auf einer weiteren Stufe nach verschiedenen Versorgungsniveaus beinhaltet (Haslebacher 2015). Dieser Algorithmus für die Spitalklassifikation stützt sich vor allem auf Leistungs- und Abrechnungsparameter der Spitäler.

Die Ausgangssituation im Spitalbereich ist nicht direkt auf den Bereich der ambulanten Pflege zu übertragen. Aber aus Sicht der Autoren reicht die bei der bisherigen Abgeltung der Vollkosten Pflege im Rahmen der Restfinanzierung eingeführte Unterscheidung zwischen Spitexorganisationen mit und ohne Versorgungspflicht nicht aus, um Unterschiede zwischen Spitexorganisationen in Bezug auf ihr Versorgungsniveau und in der Einbindung in das Leistungsgeschehen ihres Einzugsgebiets abzubilden. Aus diesem Grund müsste die Herleitung eines Betriebsklassifikationsmodells für die Spitex überprüft werden.

Die Verankerung eines hochauflösenden Kostenrechnungsmodells in der Praxis der Spitexorganisationen und selbständigen Pflegefachpersonen erfordert neben einer konzeptionellen Harmonisierung und Schulungen eine Vernetzung der heute sehr heterogenen und auch innerbetrieblich stark fragmentierten IT-Infrastruktur sowie die Bereitstellung eines entsprechenden Moduls oder Tools zur Erstellung der Kostenrechnung. Nur wenige Organisationen verfügen heute über eine integrierte Gesamtlösung auf der Basis eines Buchhaltungssystems mit Schnittstellen zur Spitex-Software oder einer Spitex-Software-Gesamtlösung. Die Mehrheit der Organisationen führen die Primärdaten aus den verschiedenen Systemen in einem excelbasierten Betriebsabrechnungsbogen (BAB) zusammen, welcher den Anforderungen einer differenzierten Umlage aussagekräftiger Kostenarten nicht genügt.<sup>11</sup>

### **3.3. Datengestützte Tarifverhandlungen und Weiterentwicklung der Tarifstrukturen**

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde im Bereich der spitalexternen Pflege und Hilfe zu Hause (Ausnahme Akut- und Übergangspflege) auf der Ebene der Tariffindung und -festsetzung eine wichtige Differenz zum Bereich der Spitalfinanzierung, der Abgeltung ambulanter ärztlicher Leistungen und auch zur Akut- und Übergangspflege geschaffen.

Der Bund legt die Tarifstruktur in der Minimalgliederung Zeittarife (für den ambulanten Bereich unterschieden nach Leistungsarten: Abklärung und Beratung, Behandlung und Untersuchung, Grundpflege) und Pflegestufen (für den stationären Bereich und Tages-/Nachtstrukturen) fest, ebenso die Höhe der Beiträge der Krankenversicherer. Der Bundesrat entscheidet via Verordnung über die Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung. Es gibt anders als in den Bereichen Swiss DRG und Tarmed keine institutionalisierten Strukturen, in den die Tarifstrukturen laufend überprüft und weiterentwickelt werden.<sup>12</sup> Die Krankenversicherer sind keine Tarifverhandlungspartner und es gibt keine institutionalisierten Tarifverhandlungsprozesse. Ihre Rolle im Prozess der Tariffindung übernehmen die Kantone und Gemeinden. Indirekt bestimmt die Festlegung der Restfinanzierung Pflege und der Patientenbeteiligung die anerkannten Kosten pro Leistungsart respektive Pflegestufe und damit letztlich die «Tarife».

Die Kantone und Gemeinden haben unterschiedliche Wege in der Abgeltung der Restfinanzierung eingeschlagen. Die von ihnen gewählten Verfahren greifen auf unterschiedliche Instrumente der Ermittlung des Pflegebedarfs und unterschiedliche Vorschriften der Kostenermittlung, Rechnungslegung und Leistungserfassung zurück, die zum Teil kantonal, zum Teil aber auch erst auf der Ebene der Leistungsverträge zwischen Gemeinden und Leistungserbringern festgelegt werden. Auch in den Abgeltungsmechanismen besteht Uneinheitlichkeit: Festhalten an Globalbudgets, Vergütung von anerkannten Vollkosten nach KLV-Leistungsart oder Pflegestufen, Vergütung von Normkosten nach KLV-Leistungsart oder Pflegestufen, «modulare» Normkosten im Bereich Spitex (modulares Vergütungssystem der Kernleistungen plus Zusatzvergütungen für Wegzeiten, Nacht- und Wochenendzuschläge, Koordinationsleistungen oder spezialisierte Leistungen und eine standardisierte Abgeltung der Versorgungspflicht (siehe beispielsweise Kanton Bern)), Einführung zusätzlicher Abgeltungen für die stationäre Pflege von Schwerstpflegebedürftigen.

<sup>12</sup> Die Swiss DRG AG, die einfache Gesellschaft Tarmed Suisse und die neu gegründete TARMED Suisse AG (ats-tms AG) verwalten die Weiterentwicklung der Tarifstrukturen und koordinieren die Verfahren und Instrumente der Tarifentwicklung (als lernende Systeme).

<sup>11</sup> Das Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR und das Institut für Finanzdienstleistungen Zug der Hochschule Luzern bereiten ein Projekt mit Praxis- und Wirtschaftspartnern vor, um das Modell in die beschriebene Richtung weiter zu entwickeln und ein webbasiertes Tool zur Erstellung der hochauflösenden Kostenrechnung sowie eine Benchmarkingplattform aufzubauen.

Ohne in die Autonomie der Kantone bei der Festlegung der Restfinanzierung eingreifen zu wollen, stellt sich die Frage, ob es angesichts notwendiger ausstehender Klärungen sinnvoll sein könnte, die Trennung der beiden Festlegungs- und Verhandlungsebenen «Tarifstruktur» und «Tarifhöhe» aus anderen Leistungsbereichen zu übernehmen. Dies würde die Freiheit der Kantone und Gemeinde auf der Ebene der Festlegung der Höhe der Patientenbeteiligung und Restfinanzierung nicht einschränken. Auf der Ebene der Tarifstrukturen wäre aber eine gemeinsame Weiterentwicklung sowohl der Voraussetzungen für eine transparente Kosten- und Leistungsermittlung als auch für robuste Tarifstrukturen möglich. Leistungserbringer würden auf kantonsübergreifend einheitliche Strukturen der Kosten- und Leistungsermittlung und Tarife treffen, mit Unterschieden in der Höhe der Leistungsabgeltung und unterschiedlichen Abgeltungen für gemeinwirtschaftliche Leistungen. Auf dieser Basis könnten auch die Verfahren datengestützter Tarifverhandlungen festgelegt und somit klare Grundlagen für die einzelnen Verhandlungen geschaffen werden.

Für die Weiterentwicklung der Tarifstrukturen erscheint der Aufbau einer nationalen Datenbasis zu den Kostenstrukturen und zum Leistungsgeschehen zwingend notwendig. In anderen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens verwalten die Akteure gemeinsam die datengestützte Weiterentwicklung der Tarifstrukturen und koordinieren die Verfahren und Instrumente der Tarifentwicklung (als lernende Systeme). Eine solche Struktur sollte auch für die spitalexterne Pflege und Betreuung sichergestellt werden. Sie würde auch eine Basis für eine datengestützte Anpassung der Beiträge der Krankenkassen Bundesrat bzw. das EDI bieten. Die aggregierte Spitexstatistik bietet in der heutigen Form keine hinreichende Grundlage, um die Kostenneutralität bei Einführung der neuen Pflegefinanzierung und die Kostenentwicklung in den Folgejahren zu überprüfen.

## 4. Die Rolle und Bedeutung der hauswirtschaftlichen und (sozial-)betreuerischen Leistungen

In der gesundheitspolitischen Debatte wie auch in der Versorgungsforschung richtete sich der Fokus im Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung in den vergangenen Jahren vor allem auf die Pflege. Im Schatten der Pflege stehen die Hauswirtschaft und die (sozial-)betreuerischen Leistungen. Doch die Verpflichtung der Kantone, für die Hilfe und Pflege von Betagten und Behinderten zu Hause zu sorgen, ist in der Bundesverfassung verankert (BV Art. 112c). Darum wird im folgenden Kapitel vertieft auf diesen oft unterschätzten Leistungsbereich eingegangen.

Die Ausgestaltung des Angebots und die Rolle der Spitexorganisationen oder anderer Leistungserbringer im Bereich der «Hilfe zu Hause» sind weniger klar gefasst als in der Pflege. Vor diesem Hintergrund untersuchte die Hochschule Luzern in einer Studie zur Zukunft der hauswirtschaftlichen und (sozial-)betreuerischen Leistungen der Spitex die folgenden Fragen (Wächter et al. 2015b):

- Welche Versorgungsziele werden in der Hauswirtschaft im Leistungsvertrag zwischen Spitex und Klientinnen/Klienten verfolgt?
- Welche Rolle kommt der Hauswirtschaft und Betreuung bei der Umsetzung der Altersleitbilder und des Leitsatzes «ambulant und stationär» zu?
- Welchen Beitrag leisten Hauswirtschaft und Betreuung an den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit, Funktionsfähigkeit und Lebensqualität im gewohnten privaten Lebensumfeld?
- In welche Richtung sollen die heutigen Leistungen weiterentwickelt werden?

Eine Klärung der Rolle und Ausrichtung der Hauswirtschaft und (sozial-)betreuerischen Leistungen zeigt, dass sie einen bedeutenden Beitrag für den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit und Lebensqualität von pflege- und unterstützungsbedürftigen Personen leistet, deren Selbständigkeit im Alltag aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen und schwindender Kräfte

gefährdet ist. Sie trägt auch massgeblich zur Entlastung pflegender Angehöriger bei. Ihre Bedeutung liegt dabei nicht nur in der unmittelbaren Unterstützung von Klientinnen und Klienten bei der Bewältigung der notwendigen Alltagsaktivitäten, sondern auch im Bereich Prävention und Früherkennung von Problemen. Der Beitrag dieser Leistungen zur Prävention und Früherkennung von Problemen und an den Erhalt und die Förderung der Selbstständigkeit und Lebensqualität kann nur bei einer klareren Positionierung und Ausrichtung der Leistungen der Spitex genutzt und ausgebaut werden. Darunter fallen auch die Entwicklung entsprechender Assessmentinstrumente und Massnahmenkataloge, eine Schulung der Mitarbeitenden und eine Förderung der Vernetzung der Angebote der Spitex mit anderen Dienstleistern.

#### **4.1. Die grundsätzliche Ausrichtung und Rolle hauswirtschaftlicher und (sozial-)betreuerischer Leistungen**

Die genauen Tätigkeiten und die grundsätzliche Ausrichtung der hauswirtschaftlichen und (sozial-)betreuerischen Leistungen der Spitex sind häufig unbekannt. Eine einkommensabhängige Subventionierung der Leistungen durch die öffentliche Hand wird zunehmend mit dem Hinweis in Frage gestellt, dass alternative Angebote, darunter auch klassische Reinigungsdienste oder private Haushaltshilfen deutlich günstiger kämen.

Für ein besseres Verständnis des Unterstützungsbedarfs bei Pflege- und Hilfsbedürftigkeit ist die Unterscheidung zwischen «basalen» und «instrumentellen» Alltagsaktivitäten hilfreich. Die basalen Alltagsaktivitäten (BADL = basic activity of daily living) bezeichnen die wiederkehrenden grundlegenden physischen Tätigkeiten zur Versorgung in den folgenden fünf Bereichen:

1. Aufstehen, Absitzen, Abliegen
2. Ankleiden, Auskleiden
3. Essen (Nahrung zerkleinern, Nahrung zum Mund führen, Nahrung ans Bett bringen)
4. Körperpflege (Waschen, Kämmen, Rasieren, Baden/Duschen)
5. Verrichten der Notdurft.

Diese Tätigkeiten werden durch den Leistungskatalog der Grundpflege abgedeckt. Die instrumentellen Alltagsaktivitäten (IADL = instrumental activity of daily living) bezeichnen ergänzende oder den basalen Tätigkeiten vorausgehende Aktivitäten wie die Zubereitung von Nahrungsmitteln, das Einkaufen, Hausarbeiten und Wäsche erledigen, das Bedienen eines Telefons, administrative Arbeiten, Regelung der Finanzen oder die Benutzung von Transportmitteln.

Eine Analyse der Klientenstrukturen und Einsatzprofile von Spitexorganisationen mit einer Versorgungspflicht und einem Leistungsauftrag zeigen die Vielfalt ihrer heutigen Zielgruppen und der damit verbundenen Tätigkeitsprofile. Diese reichen unter anderem

- von der einfachen Haushaltshilfe im Anschluss an einen Spitalaufenthalt aufgrund eines Unfalls oder einer Geburt
- über die Haushaltshilfe in komplexen und instabilen gesundheitlichen Situationen (z. B. im Rahmen von Palliative Care oder einer ambulanten onkologischen oder psychiatrischen Behandlung),
- die Übernahme der gesamten Haushaltsführung in Krisensituationen

- bis hin zu instrumentellen Unterstützungsleistungen, die dem Verbleib im privaten Wohnumfeld, dem Erhalt und der Förderung der Selbständigkeit oder der Entlastung der Angehörigen dienen.

Diese verschiedenen Aufgabengebiete setzen ganz unterschiedliche Kompetenzprofile der Mitarbeitenden voraus. Sie fallen nur unter bestimmten Voraussetzungen mit einfachen Routinetätigkeiten zusammen und es liegt an den Spitexorganisationen, ob sie in diesen Situationen ihre Leistungen beenden und alternative Dienstleister einbeziehen.

#### **Die Bedeutung instrumenteller Unterstützungsleistungen**

In den vergangenen Jahren sind in der Schweiz mit der SwissAge Care Studie (Perrig-Chiello 2010) und der Studie «Ambulante Alterspflege und -betreuung» der Berner Fachhochschule (Fluder 2012) zwei umfassende empirische Studien zur Situation pflege- und unterstützungsbedürftiger Menschen sowie ihrer Angehörigen und Unterstützungsnetzwerke durchgeführt worden. Sie untersuchten neben der Pflegebedürftigkeit und den Pflegeleistungen gleichberechtigt auch den instrumentellen Unterstützungsbedarf sowie die Rolle und Bedeutung nicht pflegerischer Unterstützungsleistungen für den Verbleib im privaten Wohnumfeld.

Beide Studien zeigen auf, dass instrumentelle Unterstützungsleistungen ein entscheidendes Element für den Verbleib in der vertrauten privaten Wohnumgebung sind. Die Ergebnisse verweisen unter anderem darauf, dass bei Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit zu Hause der Unterstützungsbedarf bei den instrumentellen Alltagsaktivitäten denjenigen bei den basalen Alltagsaktivitäten bei weitem übertrifft. Die Erhebung im Rahmen der Studie von Fluder (2012) ergibt, dass nicht-pflegerische Unterstützungsleistungen in den Dimensionen «Haus/Wohnung putzen, schwere körperliche Tätigkeiten, Mahlzeiten vorbereiten, Einkaufen, Gartenarbeit, Telefonbedienen, Administratives» rund 60 Prozent aller erhaltenen Unterstützungsleistungen ausmachen.

Der hohe Anteil an den nicht-pflegerischen Leistungen spiegelt sich im hohen Anteil der Unterstützung durch Angehörige, Freunde, Nachbarn (insgesamt 65 Prozent) und andere professionelle Dienste (13 Prozent) neben der Spitex (21 Prozent). Dies zeigt die tragende Bedeutung des Netzes von informeller Hilfe und professionellen Leistungsanbietern. Die Spitexorganisationen sind in der Mehrzahl der Fälle nicht als alleinige Generalanbieterin gefragt, sondern eher als ein wichtiger Knoten dieses Netzwerkes und partiell auch als Koordinator. Die Befragten orten einen grossen Handlungsbedarf bei der Verbesserung der aus ihrer Sicht ungenügenden Koordination. Die Auswertung der Ergebnisse der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 in der Studie von Perrig-Chiello (2010) führt zu einem analogen Ergebnis.

Oft stehen Haushaltsarbeiten am Anfang einer zunehmenden Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit. Sie können als Indikator gedeutet werden, die frühzeitige Massnahmen und Interventionen zum Erhalt oder zur Förderung der Selbständigkeit einleiten könnten. Dass dieses Potenzial nur unter entsprechenden Voraussetzungen auch ausgeschöpft werden kann, wird in den Schlussfolgerungen der Studie von Fluder (2012, S. 208) sehr treffend zusammengefasst: «Die Frage stellt sich, ob mit frühzeitigen Interventionen die Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit stabilisiert oder die vorhandenen Fähigkeiten (z. B. Selbstpflege oder Erhaltung des sozialen Netzwerkes) gezielt gefördert werden könnten. Voraussetzungen wären eine Sensibilisierung und Weiterbildung der betreuenden Personen, die gezielt von entsprechend ausgebildeten Fachpersonen unterstützt werden.»

Die Hilfe zu Hause leistet auch einen wichtigen Beitrag zur Entlastung der pflegenden Angehörigen, die in vielen Fällen die Hauptlast der ambulanten Pflege und Betreuung von betagten Menschen tragen. Die Ergebnisse der Studie von Perrig-Chiello (2010) geben ein eindrückliches Bild der Leistungen der Angehörigen. Im Schnitt dauert das Pflegeverhältnis bei Partnerinnen und Partnern

rund sechs Jahre, dasjenige der pflegenden Kinder rund fünf Jahre. Der durchschnittliche wöchentliche Zeitaufwand für die Pflege betrug bei Partnerinnen rund 60 Stunden, bei pflegenden Söhnen und Töchtern immer noch rund 25 Stunden. Der Spitex wird eine wichtige Rolle in der Information und Beratung der Betroffenen über vorhandene Entlastungsangebote und in der Sensibilisierung für eine rechtzeitige Inanspruchnahme zugeschrieben. Des Weiteren weist die Studie darauf hin, dass hauswirtschaftliche Hilfeleistungen «von pflegenden Angehörigen als entlastungsrelevant angesehen aber vielfach nicht erschwinglich erachtet»<sup>13</sup> werden.

<sup>13</sup> Perrig-Chiello (2010), S. 107.

#### **Ausrichtung der von Spitexorganisationen erbrachten nicht-pflegerischen Leistungen**

Eine Grundausrichtung der nicht-pflegerischen Leistungen wird zum Teil in kantonalen Verordnungen, zum Teil in den Leistungsverträgen mit den Spitexorganisationen festgehalten. In vielen Fällen wird der übergeordnete Zweck des Erhalts und der Förderung der Selbständigkeit und Eigenverantwortung der Person mit einem Pflege- und Betreuungsbedarf oder eine Vermeidung oder Verzögerung von Pflegeheimenintritten explizit hervorgehoben. Damit gehen die Leistungen über rein instrumentelle Unterstützungsleistungen hinaus, die bestehende Lücken in der Bewältigung der Alltagsaktivitäten schliessen. Zweck der Leistungen ist es darüber hinaus, Schutzfaktoren zu stärken, die die Selbständigkeit und Eigenverantwortung fördern und erhalten, und Risikofaktoren zu mindern, die die Wahrscheinlichkeit eines Pflegeheim- oder Spitaleintritts erhöhen. Dies setzt eine andere Ausrichtung und andere Kompetenzen als die Übernahme reiner Haushalts- und Reinigungstätigkeiten voraus.

Betrachtet man den reinen Leistungskatalog, der die nicht-pflegerischen Leistungen einer Spitexorganisation mit Leistungsauftrag umschreibt, wird deutlich, dass die (sozial-)betreuerischen Leistungen und die Förderung und der Erhalt der Selbständigkeit

in diesem Bereich nicht von den eigentlichen hauswirtschaftlichen Leistungen und instrumentellen Unterstützungsleistungen zu trennen sind. Sie vollziehen sich (immer ergänzend zu den pflegerischen Leistungen) in diesem Rahmen und sind deshalb an die Ausrichtung und Qualifikationsprofile der Mitarbeitenden in diesem Bereich gebunden. Sie sind Ausdruck der Art der Leistungserbringung und des zeitlichen Rahmens, der für diese Leistungen zur Verfügung steht. Einen wesentlichen Teil der Tätigkeit stellen die aktivierende Begleitung und der Einbezug der Klientinnen und Klienten dar.

Der Leistungsanspruch auf nicht-pflegerische Leistungen wird in vielen Fällen durch die Verpflichtung begrenzt, eine schriftliche Bedarfsabklärung auch für nicht-pflegerische Leistungen durchzuführen. Zudem gilt das Subsidiaritätsprinzip, dass Leistungen nur erbracht werden, soweit die Leistungsbezügerinnen und -bezüger selbst oder ihr soziales Umfeld sie nicht erbringen können.

Eine weitere Aufgabe nimmt die Spitex über alle Altersgruppen hinweg in der ambulanten Nachsorge nach einem Spitalaufenthalt, in der ambulanten Behandlung von Krankheiten wie beispielsweise onkologische Therapien, in der ambulanten Palliative Care oder auch der ambulanten Rehabilitation wahr (siehe die hohe Anzahl Eintritte nach einem Spitalaufenthalt in Tabelle 3). Spitalaufenthalte können verkürzt und Behandlungen ambulant durchgeführt werden, wenn die Spitex innert der angestrebten Frist eine stabile Betreuungssituation zu Hause herstellen kann und die Patientinnen und Patienten während der ambulanten Behandlung oder Rehabilitation angemessen begleiten kann.

#### **4.2. Prävention und Früherkennung von Problemen**

Der Prävention und Früherkennung von Problemen kommt eine wichtige Rolle zu, wenn die Lebensqualität und Selbständigkeit erhalten und gefördert werden sollen und vorzeitige Pflegeheim- oder vermeidbare Spitaleintritte verhindert werden sollen. Aus



diesem Grund nahm die Hochschule Luzern in ihrer Studie zur Zukunft der Hauswirtschaft (Wächter et al. 2015b) eine Einschätzung der bestehenden Leistungen und des Ausbaupotenzials der Hauswirtschaft im Bereich Prävention und Früherkennung von Problemen aus einer präventions- und gesundheitstheoretischen Perspektive vor.

Für ein besseres Verständnis der Ansatzpunkte und Wirksamkeit von präventiven Massnahmen ist es hilfreich, zwischen zwei Ebenen zu unterscheiden. Neben der Ebene der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Hilfsbedürftigkeit gewinnt die zweite Ebene der Entstehungsbedingungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und einer reduzierten Funktionalität, Selbständigkeit und Lebensqualität, also die Ebene der Einflussfaktoren an Bedeutung. Hier wird in der Regel zwischen Risiko- und Schutzfaktoren unterschieden (Hafen 2013, S. 126ff.). Die Risikofaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Problems, während die Schutzfaktoren den Einfluss der Risikofaktoren verringern und so die Wahrscheinlichkeit der Problemstehung reduzieren.

Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass der Hauswirtschaft allein und im Verbund mit der Pflege ein grosses Potenzial zukommt, massgeblich zur Prävention und primären Früherkennung von gesundheitlichen und sozialen Problemen und zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit, Selbständigkeit und Lebensqualität beizutragen.

Die differenzierte Analyse zeigt, dass die Hauswirtschaft in allen vier Bereichen der körperlichen, psychischen, sozialen und physikalisch-materiellen Risiko- und Schutzfaktoren im Hinblick auf die körperliche und psychische Gesundheit von älteren Menschen einen wichtigen Beitrag leisten kann.

Wichtige Faktoren, die in der Studie genauer untersucht werden, sind im Kontext der Hauswirtschaft unter anderem die Risikofaktoren soziale Isolation/Einsamkeit, Misshandlung und der Schutzfaktor soziale Unterstützung, der Risikofaktor negativer Stress und die Schutzfaktoren Selbstwirksamkeits- und Kohärenzgefühl oder die Risikofaktoren Sucht, Sturz, Inkontinenz und die Schutzfaktoren Ernährung und Bewegung. Die hauswirtschaftlichen Mitarbeitenden können hier im Rahmen ihrer Tätigkeiten und im Verbund mit der Pflege Probleme frühzeitig erkennen und die Faktoren positiv beeinflussen. Auch durch Anpassungen des Umfelds können wichtige Schutzfaktoren gestärkt und Risikofaktoren abgebaut werden.

Zu den günstigen Voraussetzungen gehört der direkte Zugang zu den Zielgruppen und ihrem direkten sozialen Umfeld. Diese Möglichkeit ist bei weitem nicht in allen Präventionsbereichen gegeben – umso mehr als der Kontakt im direkten Wohnumfeld dieser Personen stattfindet. Zudem ist zu vermuten, dass mit der Spätkontaktschwierig erreichbare Zielgruppen (z. B. solche mit niedrigem sozioökonomischem Status und/oder Migrationshintergrund) besser und nachhaltiger begleitet werden können, als in den meisten anderen Präventionsbereichen. Die Hauswirtschafts-Mitarbeitenden stehen in regelmässigem Kontakt mit den Zielgruppen, was den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und den partizipativen Einbezug der Klientinnen und Klienten ermöglicht. Ebenfalls ist es in diesem Kontext möglich, die Aktivitäten ganz auf die individuellen Bedürfnisse und Notwendigkeiten auszurichten und andere Akteure (z. B. Angehörige, Fachstellen, Fachpersonen) in die Aktivitäten miteinzubeziehen, was gerade in Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Dienstleistungen und der Präventionswirkung von Vorteil ist.

Dieser Beitrag der Hauswirtschaft zur Prävention und Früherkennung von Problemen kann bei einer entsprechenden Förderung, Schulung sowie Systematisierung der Beobachtung, der Massnahmen und des Austausches ausgebaut werden.

#### **4.3. Strukturen und Prozesse zur Förderung des Potenzials der Hauswirtschaft**

Dem Potenzial der Hauswirtschaft im Bereich der Prävention und Früherkennung von Problemen müssen die aktuellen Strukturen und Prozesse der Leistungserbringung und Massnahmen zu ihrer Weiterentwicklung gegenübergestellt werden.

In der Studie zur Zukunft der Hauswirtschaft wurden fünf Handlungsfelder identifiziert (Wächter et al. 2015b):

- Zielgerichtetheit und Niederschwelligkeit des Angebots
- Assessmentprozesse
- Kompetenzprofile der Mitarbeitenden
- Synergien und Zusammenarbeitsformen
- Entwicklung von Massnahmen zur Prävention und rechtzeitigen «Behandlung» von Problemen

Die Positionierung und Ausrichtung des Angebots der Spitex muss bei den zuweisenden Stellen sowie bei den Klientinnen, Klienten und Angehörigen bekannt sein, um einen niederschweligen, frühzeitigen Zugang sicherzustellen und falsche Erwartungshaltungen abzubauen. Eine Fokussierung der Tätigkeiten der Spitex im Bereich der Hauswirtschaft setzt Triagemöglichkeiten an alternative Angebote, die einfachere Aufgaben der Haushaltshilfe und Reinigung übernehmen können, voraus. Die Einsatznotwendigkeit muss nach einer bestimmten Dauer überprüft werden.

Der Spitex Verband Schweiz hat mit einer Arbeitsgruppe zwei neue RAI-HC Assessmentformulare für die Hauswirtschaft entwickelt, die eine vertiefte Abklärung der Haushaltssituation und der Haushaltsorganisation ermöglichen. Der Fokus richtet sich dabei auf Optimierungen bei der Haushaltsausstattung, der Wohnumgebung und den Abläufen. Diese Massnahmen sollen gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten abgestimmt werden und ihnen eine grösstmögliche Selbständigkeit und Selbstbestimmung ermöglichen. Zusätzlich haben einzelne Spitexorganisationen eine «Checkliste Gesundheitsförderung» entwickelt, welche den Mitarbeitenden der Hauswirtschaft nach einer entsprechenden Schulung zur Verfügung steht. Diese Checkliste soll die Mitarbeitenden unterstützen, in einem längeren Einsatz nach Ablauf von zwei bis drei Monaten ihre Beobachtungen zu sich abzeichnenden Problemen sowie zu wichtigen Schutz- und Risikofaktoren zu systematisieren und zu ordnen. Das Einleiten von Massnahmen folgt einer klar abgestuften Kompetenzregelung.

Das Ausschöpfen des Potenzials der Hauswirtschaft setzt eine angemessene interne Schulung der Hauswirtschaftsmitarbeitenden voraus. Dies betrifft auch das Einhalten ethischer Grundlagen mit Blick auf die Autonomie und Selbstbestimmung der Klientinnen und Klienten, wenn Risikofaktoren oder Probleme erkannt und angesprochen werden. Neben einer Einführung in Grundlagen einer unterstützten Beobachtung und der Identifikation wichtiger Risiko- und Schutzfaktoren müssen die Mitarbeitenden auch in Massnahmen auf der ihnen entsprechenden Kompetenzstufe geschult werden. Darüber hinaus muss ihnen die Organisation das Wissen über externe Angebote, die beigezogen werden können, zur Verfügung stellen. Gleichzeitig verfügen viele Mitarbeitende im Bereich der Hauswirtschaft über hohe Erfahrungsstufen, die gute Voraussetzungen bieten, die angesprochenen Aufgaben wahrzunehmen. Der Handlungsspielraum der Hauswirtschaftsmitarbeitenden wird durch die Vernetzung mit der Pflege sinnvoll eingebettet.

Viele Massnahmen für den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit werden, z. B. im Bereich Bewegung oder Schmerzen, bereits von anderen Akteuren im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung angeboten. Die Spitexorganisationen können hier durch eine sinnvolle Triage und frühzeitigen Einbezug wichtige Synergien schaffen.

Alle genannten Handlungsfelder setzen die aktive Bereitschaft einer Spitexorganisation zur Überprüfung und Anpassung ihrer Strukturen und Prozesse voraus.

Eine präventive Ausrichtung der Hauswirtschaft, die Früherkennung von Problemen, die Leistungserbringung in Krisensituationen oder komplexen Situationen setzt andere Erfahrungsstufen der Mitarbeitenden, eine entsprechende Schulung, zum Teil auch einen intensiveren Austausch mit der Pflege und eine Koordination mit externen Leistungserbringern voraus. In Wächter et al. (2015b) wurde gezeigt, dass dies mit anderen Kostenstrukturen als für eine Hauswirtschaft in einfachen Situationen verbunden ist. Auch für diesen Leistungsbereich gilt es, anhand hochaufgelöster harmonisierter Kostenrechnungen des Gesamtbetriebs Kostentransparenz herzustellen, um eine kosteneffiziente Leistungserbringung zu fördern, eine reine Besitzstandswahrung zu vermeiden und eine transparente Abgeltung von Leistungsunterschieden zu gewährleisten (vgl. Kapitel 3).

## 5. Die Ergänzungsleistungen als wichtiges Steuerungselement in der spitalexternen Pflege

### 5.1. Zentrale Steuerungsgrössen und Anreizmechanismen der Ergänzungsleistungen

Die Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV/IV sind in den letzten Jahrzehnten zu einem wichtigen Steuerungsinstrument in der spitalexternen Pflege geworden. Zum einen gingen und gehen vom Anstieg der Ausgaben und den grossen Unterschieden zwischen den Beiträgen an die Pflege im Heim gegenüber denjenigen zu Hause eine starke Anreizwirkung auf die öffentliche Hand aus, Pflegeplanungen und Bettenkapazitäten zu überprüfen. Zum anderen stellen die Ergänzungsleistungen einen wichtigen regulatorischen Rahmen dar, welche Leistungen bei nicht ausreichendem eigenem Vermögen und Renteneinkommen anerkannt und durch EL-Beiträge abgedeckt werden. Die grosse Bedeutung für die Absicherung von Pflegebedürftigkeit zeigt eine Zahl eindrücklich: mit rund 50'000 Bezügerinnen und Bezüger (Stand am 31.12.2017) erhielten durchschnittlich die Hälfte aller Bewohner/-innen von Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz Ergänzungsleistungen zur AHV.<sup>14</sup>

<sup>14</sup> Vgl. *Statistik zu den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (2017) und Somed (2017)*.

Mit der Aufnahme des Dreisäulenprinzips zur Altersvorsorge wurde in der Bundesverfassung 1972 in Art. 34<sup>quater</sup> festgehalten: «Die Renten sollen den Existenzbedarf angemessen decken». Da diese Grundlage bei der Verabschiedung der Bundesverfassung 1972 nicht gegeben war und auch heute noch nicht gegeben ist, wurden die Ergänzungsleistungen zunächst in den Übergangsbestimmungen und 2008 als eigenständiger Artikel in der Bundesverfassung verankert. Nur in Ausnahmefällen sollten AHV- und IV-Rentnerinnen und -Rentner Unterstützung aus der Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen. Aufgrund der bis Ende 2007 im Gesetz über die Ergänzungsleistungen enthaltenen absoluten Obergrenze konnte Pflegebedürftigkeit jedoch zur Sozialhilfeabhängigkeit führen.

<sup>15</sup> Die heimbedingten Mehrkosten bezeichnen die in einer Ausscheidungsrechnung ermittelten Kosten im Heim, die über der Existenzsicherung (zu Hause) liegen.

Im Rahmen der neuen Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen und des neuen Finanzausgleichs (NFA) wurde die Finanzierung der Ergänzungsleistungen zwischen Bund und Kantonen 2008 neu geregelt. Bund und Kantone teilten sich die Ausgaben für die reine Existenzsicherung im Verhältnis von 5/8 zu 3/8. Den Kantonen wurden die Verantwortung für die Finanzierung der bei einem Heimeintritt entstehenden Mehrkosten sowie der im Rahmen der EL anerkannten Krankheits- und Behinderungskosten (KBK) übertragen.<sup>15</sup> Gleichzeitig wurde die absolute Obergrenze fallengelassen und durch die Möglichkeit ersetzt, dass die Kantone die anerkannten Heimplätze begrenzen können. Dieser Handlungsspielraum wurde 2011 bei der Neuregelung der Pflegefinanzierung durch den Zusatz präzisiert, dass die Kantone dafür sorgen müssen, dass durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim «in der Regel» keine Sozialhilfe-Abhängigkeit begründet wird.

Die Gesetze und Verordnungen über die Ergänzungsleistungen auf der Ebene Bund und Kantone setzen für Menschen mit einer Pflegebedürftigkeit wichtige Rahmenbedingungen auf sieben verschiedenen Ebenen:

- **Obergrenze der Heimplatzsteuer:** Sie steuert indirekt mit, welcher Unterkunfts- und Verpflegungsstandard in Heimen akzeptiert wird. In den meisten Kantonen ist sie so ausgestaltet, dass der Zugang zu den häufig kommunal und regional verankerten Alters- und Pflegeheimen nicht beschränkt ist.
- **Höhe der anerkannten persönlichen Auslagen bei Aufenthalt im Heim:** Die Höhe bestimmt das für persönliche Auslagen frei verfügbare Einkommen, welches sich nur durch den Rückgriff auf das eigene Vermögen erhöhen lässt. Seit 2011 ist dieser Satz in nur drei Kantonen um mehr als 10 Franken pro Monat erhöht worden, in einem Kanton ist er um 37 Franken gesunken, in den anderen Kantonen praktisch unverändert geblieben. Der Anteil der persönlichen Auslagen im Verhältnis zu den dem anerkannten Lebensbedarf beim Wohnen zu Hause variiert zwischen den Kantonen zwischen 12 und 33 Prozent.

- **Mietzinsmaxima für das Wohnen zu Hause:** Sie haben implizit Einfluss auf das verfügbare Einkommen, welches nach Abzug der realen Mieten den Haushalten für den grundsätzlichen Lebensunterhalt und den Einkauf von ambulanten Pflege- und Betreuungsleistungen verbleibt. Eine über den Mietzinsmaxima liegende Miete bedeutet eine Einschränkung in diesen Bereichen.
- **Rückvergütung der Krankheits- und Behinderungskosten:** Das Bundesgesetz legt einen national einheitlichen Standard von Leistungsbereichen fest. Die konkrete Bezeichnung der Leistungen und Kosten regeln die Kantone. Gleichzeitig sieht das Gesetz vor, dass die Kantone Obergrenzen festlegen dürfen, die eine nationale Mindestgrenze aber nicht unterschreiten dürfen. Die kantonale Bezeichnung der anerkannten Leistungen und Kosten geben vor allem für instrumentelle Unterstützungsleistungen und Betreuungsleistungen einen wichtigen Leistungsrahmen vor. Diese sind z. B. im Vergleich mit dem Assistenzbudget der IV deutlich weniger flexibel.
- **Vermögensverzehr und Vermögensfreibeträge:** Sie bestimmen den Anteil der Deckungslücke zwischen anerkannten Ausgaben und anrechenbarem Einkommen, welcher aus dem eigenen Vermögen gedeckt werden muss. Die im Parlament in der laufenden Gesetzesrevision debattierte Einführung einer neuen Vermögensobergrenze, oberhalb derer kein Anspruch auf Ergänzungsleistungen besteht, wirkt wie eine erste zusätzliche Stufe eines hundertprozentigen Vermögensverzehrs ohne Vermögensfreibetrag bis zu einem Vermögensabbau auf diese Obergrenze. Unterhalb dieser Vermögensobergrenze spielt dann der heutige Vermögensverzehr von jährlich 10 bis 20 Prozent unter Berücksichtigung der Vermögensfreibeträge.
- **Anerkannte Krankenkassenprämie:** Sie wird im Moment über eine vom BAG berechnete kantonale Durchschnittsprämie bestimmt. Die sich aktuell im parlamentarischen Prozess befindende Gesetzesrevision sieht vor, sie entweder durch die reale Prämie oder einen neuen Maximalwert, der sich an den günstigsten Versicherern anlehnt, zu ersetzen. Mögliche Konsequenzen sind der Wechsel des bestehenden Versicherers und die Aufgabe von Zusatzversicherungen.

- **Weisungen des BSV:** In den Weisungen des BSV finden sich zusätzlich Empfehlungen für die Rückvergütung von Notrufgeräten oder Hilfsmitteln.

Die Eckpunkte der Gesetze bieten starke Steuerungsmöglichkeiten. Wie stark sie den Lebensalltag und die Wahlmöglichkeiten der Anspruchsberechtigten bestimmen, ist eng mit der konkreten Ausgestaltung der Mindestansätze und Obergrenzen verbunden.

Die Aufgabe einer absoluten Obergrenze bei den Ergänzungsleistungsbeträgen und die Neuregelung der Pflegefinanzierung waren vielleicht nicht der einzige, aber ein wichtiger Faktor bei der mehrheitlichen Umstellung der Kantone von einer Objektfinanzierung zu einer Subjektfinanzierung im Bereich der Alters- und Pflegeheime. Sie führte zu einer Reduktion der Baubeiträge und Betriebsbeiträge. In vielen Kantonen wurden die Investitionskosten in die Heimtaxen integriert. Verschiedene Kantone gewähren weiterhin Baubeiträge an Pflegebetten, die im Rahmen der kantonalen Pflegeplanung neu geschaffen werden. Beiträge zwischen 150'000 und 300'000 Franken können bei einer linearen Abschreibung über 33 Jahre die Tagestaxen (vor allem für die Pension) um 12.50 bis 25 Franken pro Tag senken.

## 5.2. Ausgabenstruktur und -entwicklung in den Ergänzungsleistungen

Die Ausgabenentwicklung bei den Ergänzungsleistungen war eine der stärksten finanziellen Anreize für Kantone und Gemeinden, ihre Pflegeplanungen zu überprüfen und anzupassen und nach Einflussmöglichkeiten zu suchen, den Kostenanstieg im Rahmen der EL zu begrenzen. Verschiedene Kürzungen oder Verlagerungen von Leistungen aus den Sozialversicherungen an die bedarfsorientierten Leistungen haben zu dem Ausgabenwachstum beigetragen, so dass es sich lohnt, den Einfluss der Neuregelung der Pflegefinanzierung herauszuarbeiten. Im politischen Prozess wurde wiederholt die Einführung einer Pflegeversicherung gefordert, um den Anstieg der pflegebedingten Mehrkosten bei den Ergänzungsleistungen zu begrenzen.

Die Ausgaben für Ergänzungsleistungen zur AHV/IV beliefen sich im Jahr 2017 auf knapp 5 Mrd. Franken bei 322'800 Anspruchsberechtigten in beiden Zweigen. Davon fielen 2.9 Mrd. Franken im Sozialversicherungszweig der AHV an (dies entspricht 0.4 Prozent des BIP und 7 Prozent der Ausgaben von 43.1 Mrd. Franken für Renten der AHV) und 2 Mrd. Franken im Bereich der IV (dies entspricht 0.3 Prozent des BIP und 25 Prozent der Ausgaben von 8.4 Mrd. Franken für Renten der IV). Der jährliche Anstieg betrug seit 2011 durchschnittlich 2.4 Prozent in der Summe beider Sozialversicherungszweige und knapp 3 Prozent im Bereich der AHV.

Sehr deutlich wird die doppelte Aufgabe der Ergänzungsleistungen als Abdeckung der Ausgaben erstens für die Existenzsicherung und zweitens ergänzend für die Risiken der Pflegebedürftigkeit, wenn man die Ausgaben der jährlichen oder periodischen EL anhand der EL-Statistikregisterdaten nach Versicherungszweig und Wohnsituation aufschlüsselt.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Die Gesamtsumme entspricht wegen Veränderungen unter dem Jahr nicht ganz den Jahresabschlusszahlen der Buchhaltungstatistik.

**Tabelle 6: EL-Summe 2017 und Anzahl Bezüger/-innen nach Sicherungsart und Versicherungszweig Ende 2017 (Bestandesgrösse)**

	Zu Hause		Heim			
	Ausgaben (Mio. SFr.)		Ausgaben (Mio. SFr.)			
<b>AHV</b>	1'086.9	24 %	1'819.8	37 %		
<b>IV</b>	997.8	20 %	1'034.4	21 %		
	Anzahl Personen	Ausgaben pro Person (SFr.)	Anzahl Personen	Ausgaben pro Person (SFr.)		
<b>AHV</b>	159'293	49 %	6'823	49'293	15 %	36'918
<b>IV</b>	92'229	29 %	10'819	21'965	7 %	47'093

Tabelle 6: Von den 2.9 Mrd. Franken Gesamtausgaben für EL zur AHV entfallen mit 1.8 Mrd. rund 63 Prozent auf rund 50'000 anspruchsberechtigte Personen im Heim. Die Anzahl der EL-Bezüger/-innen im Heim ist zwischen 2011 und 2017 um durchschnittlich jährlich knapp ein Prozent gestiegen, ebenso die durchschnittlichen Ausgaben pro Person im Heim um ein Prozent. Dies führt gesamthaft zu einem Anstieg der Ausgaben für Personen im Heim von rund zwei Prozent pro Jahr. Die Wachstumsrate für EL-Bezüger im Heim (AHV) ist damit ein Drittel niedriger als die jährliche Wachstumsrate der Gesamtausgaben der EL zur AHV mit 3 Prozent.

Über eine Ausscheidungsrechnung lassen sich die Ausgaben, die bei der Pflege zu Hause bei Ausschöpfen der Maximalbeträge für den Mietzins für die reine Existenzsicherung angefallen wären, von den Mehrkosten, die beim Eintritt in ein Pflegeheim entstehen, unterscheiden. Von den Ausgaben für EL-Bezüger zur AHV entfielen im Jahr 2017 1'224.1 Mio. Franken auf die Existenzsicherung, 1'401.5 Mio. Franken auf die heimbedingten Mehrkosten

und 281.2 Mio. Franken auf die Krankheits- und Behinderungskosten. Die letzten beiden Ausgabenarten machten 2017 im Bereich der EL zur AHV knapp 50 Prozent resp. 10 Prozent der Jahresausgaben aus. Sie werden von den Kantonen und Gemeinden allein getragen und können von ihnen in einem gewissen Masse durch die Pflegeplanung und Leistungsaufträge im ambulanten Bereich beeinflusst werden. Zwischen 2011 und 2017 stiegen die heimbedingten Mehrkosten der EL zur AHV um durchschnittlich jährlich 2.1 Prozent. Der Anteil der Rückvergütung von Leistungen der Haushaltshilfen und Pflege zu Hause über die Krankheits- und Behinderungskosten ist nur für 19 Kantone bekannt. Er beträgt im Schnitt 16.6 Prozent, d.h. ein Sechstel aller Ausgaben, was hochgerechnet schweizweit rund 50 Mio. Franken im Jahr 2017 entspricht.

Pro Person im Heim (Stichtag am Jahresende) betragen die heimbedingten Mehrkosten im Jahr 2017 rund 28'432 Franken pro Jahr (ohne Berücksichtigung der Krankheits- und Behinderungskosten). Da die Heimkosten ab Pflegestufe 3 praktisch unabhängig vom Grad der Pflegeeinstufung sind (nur wenige Heime stufen die Betreuungstaxe ab und nur bei Pflegestufe 0–2 wird die Patientenbeteiligung Pflege nicht oder nur zum Teil fällig), zeigt diese Differenz den finanziellen Anreiz für die Kantone und Gemeinden, allein aus der Sicht Ergänzungsleistungen und ohne Berücksichtigung der Übernahme ambulanter Krankheits- und Behinderungskosten (KBK) alternative Wohn- und Betreuungsformen zum Pflegeheim zu prüfen.

Im Rahmen der jährlichen (oder periodischen) EL werden auch die Krankenkassenprämien in Höhe der Durchschnittsprämie für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (inklusive Unfalldeckung) nach Kanton und Prämienregion vergütet, jedoch aus den Mitteln zur Prämienverbilligung. Der Anteil der Ergänzungsleistungsbezüger sowohl an der Anzahl Anspruchsberechtigter als auch an den Prämienverbilligungsbeiträgen ist in den letzten

Jahren kontinuierlich gestiegen. Sie stellten im Jahr 2017 mit 322'800 Personen rund 14 Prozent der Prämienverbilligungsbezüger und beanspruchten mit 1.8 Mrd. Franken rund 40 Prozent der zur Verfügung gestellten Mittel.

Die Zusammenstellung dieser Daten zeigt, dass die Kantone und Gemeinden mit einem jährlichen Beitrag von 1.8 Mrd. Franken an EL-Bezüger im Rentenalter im Heim, davon 1.4 Mrd. Franken für heimbedingte Mehrkosten, einen erheblichen Teil der Pflege- und Aufenthaltskosten im Heim über die Ergänzungsleistungen tragen. Stellt man die jährlichen Wachstumsraten von rund 2 Prozent für die EL für Heimbewohner im Rentenalter und für die heimbedingten Mehrkosten dem jährlichen Anstieg der Gesamtausgaben von 3 Prozent für Ergänzungsleistungen zur AHV gegenüber, relativiert sich jedoch die Wahrnehmung einer Kostenexplosion durch die Abdeckung des Risikos von Pflegebedürftigkeit.

Der kontinuierliche Ausgabenanstieg der Ausgaben für die Ergänzungsleistungen für die beiden Sozialversicherungszweige AHV und IV seit mehr als 20 Jahren hat vielfältige Gründe, die im Bericht des Bundesrats zur Kostenentwicklung und Reformbedarf der Ergänzungsleistungen differenziert aufgezeigt werden (Bundesrat 2013b). Die Kostenentwicklung ist in den zurückliegenden Jahren stark durch Gesetzesrevisionen ausserhalb des EL-Systems beeinflusst worden. Der Aufwand im Rahmen der Ergänzungsleistungen ist eng an die Entwicklung und die Sozialziele der drei Säulen der Vorsorge gekoppelt. Jeder Abbau von Leistungen in den Sozialversicherungen führt zu einem Anstieg der Kosten in den subsidiären Systemen wie dasjenige der Ergänzungsleistungen und der Sozialhilfe. Schaltegger und Leisibach (2015) schätzen, dass nur ein Drittel des Kostenanstiegs mit der demografischen Entwicklung verbunden ist. Auch die Reduktion der Bau- und Investitionsbeiträge der Kantone an neue Pflegebetten dürfte sich über höhere Heimtaxen in den Ergänzungsleistungen niederschlagen haben.

Die zukünftige Entwicklung der Ausgaben für die Ergänzungsleistungen ist auf der einen Seite stark mit der Entwicklung der Bettenkapazitäten in Pflegeheimen resp. der Zusatzleistungen bei Pflege- und Hilfsbedürftigkeit in anderen Wohn- und Pflegeformen verbunden. Die Mehrheit der Kantone hat die Zielgrössen ihrer Pflegeplanungen in den letzten Jahren stark nach unten angepasst, was zu einer deutlichen Verlangsamung des Bettenzuwachses gegenüber früheren Prognosen führen sollte. Auf der anderen Seite steht die Entwicklung der Renteneinkommen aus den drei Säulen der Vorsorge, der Kapitaleinkommen und der Vermögen. Es zeigen sich deutliche Unterschiede in der alters- und geschlechterspezifischen Bezugsquote von Ergänzungsleistungen. Diese steigt mit dem Alter deutlich an, zugleich weisen Frauen deutlich höhere Bezugsquoten aus. Dies hängt sicher auch mit dem höheren Anteil Frauen in Pflegeheimen zusammen. Ein hohes Eintrittsalter und ein hoher Anteil an Frauen, die eine Witwenrente beziehen, weisen auf eine Bevölkerungsgruppe hin, bei denen der Ausbau der beruflichen Vorsorge und der dritten Säule noch nicht so stark ausgeprägt war wie bei den nachfolgenden Generationen der Babyboomer.

Bei den Prognosen der zukünftigen EL-Ausgaben für heimbedingte Mehrkosten müssten beide Faktoren berücksichtigt werden. Die Einführung einer Pflegeversicherung hätte nur dann einen Einfluss auf die EL-Kosten, wenn darüber auch Betreuungskosten und/oder Unterkunftskosten abgedeckt werden. Ansonsten würde sie die Kantone nur im Bereich der Restkostenfinanzierung entlasten, die mit Ausnahme des Kantons Schwyz ausserhalb der EL-Finanzierung abgewickelt wird. Bei einem umfassenderen Systemwechsel entscheidet das Gesamtvolumen der Beiträge aus der Pflegeversicherung an die Pflege- und Betreuungsleistungen sowie den Aufenthalt in einem stationären Pflegesetting über Be- oder Entlastung der Ergänzungsleistungen.

### **5.3. Auswirkung alternativer Pflege- und Wohnformen auf die Gesamtausgaben und verfügbaren Einkommen**

Alternative Pflege- und Wohnformen sind mit unterschiedlichen Gesamtkosten und einer unterschiedlichen Verteilung der Lasten auf verschiedene Finanzierungsträger verbunden. In der heutigen Mischfinanzierung der Langzeitpflege und Betreuung stammen die Finanzierungsbeiträge aus verschiedenen Quellen. Dies kann zu Fehlanreizen bei den einzelnen Finanzierungsträgern führen. Zugleich bieten die Beiträge der Krankenversicherer und der öffentlichen Hand immer nur eine Teilfinanzierung, so dass je nach Ausgestaltung der Finanzierung die Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen eingeschränkt sein kann. Die Ergänzungsleistungen stellen eine gewisse Wahlfreiheit sicher, aber nur innerhalb der von ihnen gesetzten Grenzen.

In den folgenden Abschnitten und in Abbildung 6 sollen die Auswirkungen der heutigen Mischfinanzierung auf die Anreizstrukturen und die Wahlfreiheit zwischen Angebotsformen anhand der Gegenüberstellung von den drei Formen «Wohnen und Pflege zu Hause», «Betreutes Wohnen» und «Pflegeheim» dargestellt werden. Aufgrund der Handlungsspielräume der Kantone und Gemeinden in der Ausgestaltung und Umsetzung sowie aufgrund unterschiedlicher Kostenstrukturen je nach Stand- oder Wohnort können die Werte für die einzelnen Kostenbestandteile variieren (oder auch einfach null sein, wenn z. B. ein Kanton eine Leistung nicht kennt oder keine Patientenbeteiligung erhebt). Doch die gewählte Struktur ist über alle Kantone hinweg gültig.

Die Auswirkungen werden auf zwei Ebenen dargestellt. Zunächst werden die Kostenunterschiede alternativer Pflege- und Wohnformen unabhängig davon untersucht, ob ein privater Haushalt die ihm verbleibenden Finanzierungslasten aus dem eigenen Einkommen und Vermögen tragen kann oder ob er Ergänzungsleistungen beanspruchen muss. Dies ist solange möglich, wie sich die Kosten innerhalb der Grenzwerte der Ergänzungsleistungen

bewegen (z. B. innerhalb der Obergrenzen für die Heimtaxen oder der Eckwerte für die Rückvergütung der Krankheits- und Behinderungskosten). Deshalb werden in diesem ersten Schritt die Kosten für den Lebensunterhalt mit dem jährlichen Ansatz der EL für den Grundbedarf modelliert (19'290 Franken für eine alleinstehende Person im Jahr) und die Mietkosten auf der Höhe des Mietzinsmaximums angesetzt (13'200 Franken für eine alleinstehende Person im Jahr). Die Kosten für die Heimtaxen und sonstigen Krankheits- und Behinderungskosten liegen unter den Obergrenzen der EL.

In einem zweiten Schritt werden dann die einkommens- und vermögensabhängige Lastenverteilung zwischen den direkten Zahlungen des Privathaushalts und den Ergänzungsleistungen anhand des verfügbaren Einkommens untersucht, welches dem privaten Haushalt nach Erhalt der Transferleistungen wie Ergänzungsleistungen und Prämienverbilligung und nach Abzug aller für den Lebensunterhalt notwendigen Kosten inklusive Krankheits- und Behinderungskosten (Miete/Heimtaxen, Lebensunterhalt, Krankenkassenprämien, Patientenbeteiligung, Selbstbehalt und Franchisen, Hauswirtschaft und Betreuung, Steuern) unter Einbezug des Vermögensverzehr bleibt. In diesem Schritt werden auch die Auswirkungen untersucht, wenn die realen Kosten die Grenzen der EL überschreiten.

#### **Kostenunterschiede und Lastenverteilung alternativer Pflege- und Wohnformen**

Die Kostenunterschiede alternativer Pflege- und Wohnformen variieren sehr stark mit dem Grad der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit. Deshalb werden in der Gegenüberstellung der Kosten der drei Wohn- und Pflegeformen «Wohnen und Pflege zu Hause», «betreutes Wohnen», «Pflege im Pflegeheim» zwei Varianten der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit berechnet. In Variante 1 wird ein Unterstützungsbedarf von 30 Minuten Pflege täglich und zwei Stunden Hauswirtschaft alle 14 Tage zu Hause und im



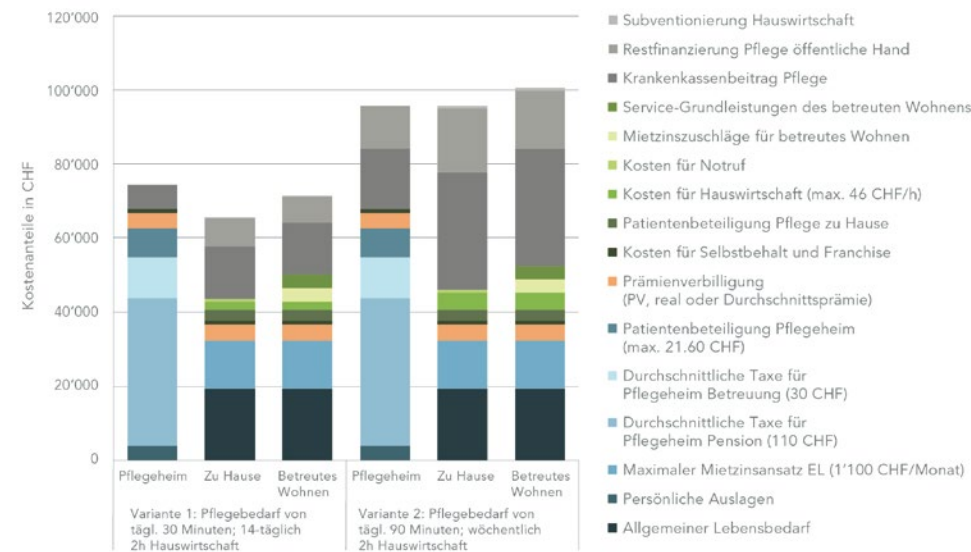
<sup>17</sup> Bei den Finanzierungsträgern zu beachten ist die Rolle der Hilfslosenentschädigung. Nach Ablauf einer einjährigen Karenzfrist steht sie abgestuft nach dem Grad der Hilflosigkeit – leicht (nur ambulant), mittel und schwer – den Anspruchsberechtigten zur Finanzierung der Kosten der Pflege- und Hilfsbedürftigkeit zur Verfügung. Die Hilfslosenentschädigung wird im Heimbereich zur Finanzierung der Kosten in der Berechnung der Ergänzungsleistungen herangezogen, nicht im ambulanten Bereich.

betreuten Wohnen und Pflegestufe 2 im Pflegeheim vorausgesetzt, in Variante 2 ein Unterstützungsbedarf von 90 Minuten Pflege täglich und zwei Stunden Hauswirtschaft wöchentlich zu Hause und im betreuten Wohnen und Pflegestufe 5 im Pflegeheim.

Von der Struktur her sind die Berechnungen für jeden Kanton mit Ausnahme von kantonalen oder kommunalen Zusatzleistungen identisch. Aber die Unterschiede in der Höhe der Kosten zwischen den drei Wohn- und Pflegeformen variieren stark von Kanton zu Kanton. Die Kostenvorteile und -nachteile müssen im konkreten Fall für jeden Kanton separat überprüft werden. Zu berücksichtigen sind Unterschiede im Mietzinsniveau, den Krankenversicherungsprämien, den Steuern, den Kostenstrukturen der Pflegeheime, der Spitex und der Anbieter der Service-Leistungen im Betreuten Wohnen. Deshalb ist es schwierig auf der nationalen Ebene zu sagen, der Kostenvorteil eines bestimmten Pflege- und Wohnmodells verschwinde oder verkehre sich bei einer gewissen Anzahl an Pflegeminuten ins Gegenteil. Doch die grundlegenden Aussagen und Beziehungen, die in diesem Abschnitt dargestellt werden, sind für alle Kantone gültig.

Der Mietzinszuschlag und das Servicepaket für betreutes Wohnen werden, wenn diese Wohn- und Pflegeform heute von Kantonen im Rahmen der EL anerkannt wird, über die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten abgegolten. Sie werden in den folgenden Berechnungen mit je 300 Franken pro Monat angesetzt. Als alternativer Weg werden häufig die Wohnungen subventioniert. Die Kostenvorteile der Pflege zu Hause lösen sich recht schnell auf, wenn die Leistungen der Angehörigen, Freunde, Nachbarn monetarisiert würden. Die detaillierten Zahlen, die den Berechnungen in Abbildung 6 hinterlegt sind, finden sich in Tabelle 8 auf S. 151 im Anhang.

**Abbildung 6: Kostenunterschiede alternativer Pflege- und Wohnformen im Vergleich**



Die Farbwahl in Abbildung 6 unterscheidet zwischen vier Kostenblöcken: Kosten, die bei einem Anspruch auf Ergänzungsleistungen über die «periodische» EL bedarfsorientiert abgegolten werden würden, Kosten für die Krankenkassenprämie, die bei Bedarf und Anspruch anteilmässig über die Prämienverbilligung abgegolten werden würden, Kosten, die bedarfsorientiert über die Krankheits- und Behinderungskosten der EL rückvergütet würden, und ein zusätzlicher Block von Kosten ausserhalb der Ergänzungsleistungen, die bei den Krankenversicherungen und über die Restfinanzierung Pflege und Subventionierung Hauswirtschaft bei den Kantonen und Gemeinden direkt anfallen.<sup>17</sup>

Zu beobachten ist bei variierender Pflegebedürftigkeit ein **Trade-off** zwischen zwei gegenläufigen Bewegungen. Die Pensionstaxe und Betreuungstaxe stellen bei der Pflege im Heim zusammen

Abbildung 6: Quelle: Berechnungen und Darstellung der HSLU

einen deutlich höheren Kostenblock dar als der normale Lebensunterhalt und die Miete mit den heutigen Mietzinsmaxima bei der Pflege in der privaten Wohnung. Dies gilt auch gegenüber der Wohn- und Pflegeform «betreutes Wohnen». Hinter der Pflege im Heim steht ein umfassendes Dienstleistungspaket: Vollpension, Wäsche, Reinigung, Hauswirtschaft, Betreuung, aus dem keine Einzelkomponenten ausgewählt werden können (vergleiche die Studie von Polynomics zum Wohn- und Pflegemodell 2030 von Curaviva (Schneider et al. 2018)). Dieser höhere Kostenblock schlägt sich auch in höheren Kosten bei den Ergänzungsleistungen nieder, wenn ein Pflegeheimbewohner oder eine -bewohnerin die Kosten nicht aus dem eigenen Einkommen und Vermögen tragen kann.

Umgekehrt ist die Pflege im Heim mit steigender Pflegebedürftigkeit deutlich günstiger als die Pflege zu Hause, wenn diese nicht von Angehörigen wahrgenommen wird und nicht entsprechend monetarisiert wird (vgl. auch Wächter & Künzi 2011). Mit steigender Pflegebedürftigkeit steigen die Kosten für die Restfinanzierung Pflege. Je grösser der Unterschied in der Patientenbeteiligung, desto schneller schlägt sich die Differenz in den Lasten für die öffentliche Hand nieder. Für die Krankenversicherer ist die Pflege im Heim immer günstiger als eine entsprechende Pflege durch die Spitex.

Im gewählten Beispiel würde der Kostennachteil des Pflegeheims bei Pflegestufe 5 bzw. einer ambulanten Pflege von rund 90 Minuten ergänzt um einen wöchentlichen Hauswirtschaftseinsatz von zwei Stunden Dauer verschwinden.

Der Kostenvorteil des betreuten Wohnens gegenüber dem Pflegeheim schlägt mit steigender Pflegebedürftigkeit je nach Anbindung der Pflege- und Serviceleistungen und Abrechnung in einen Kostennachteil um. Dies ist unter anderem davon abhängig, ob die Pflege und Serviceleistungen heimnah über ein benachbartes

Pflegeheim oder über einen ambulanten Spitexdienst erfolgen. Bei der Abschätzung der Kostenvorteile müsste deshalb genauer untersucht werden, zu welchem Zeitpunkt der Eintritt in ein betreutes Wohnen erfolgt und in welchem Umfang ein Heimeintritt verzögert werden kann (vgl. Bannwart & Künzi 2018), und umgekehrt die Kostenfolgen einer Zusage, auch bei steigender Pflegebedürftigkeit möglichst lange in der betreuten Wohnform versorgt zu werden.

Für die Finanzierungsträger Kantone und Gemeinden ergibt sich ebenfalls ein Tradeoff zwischen zwei gegenläufigen Richtungen. Die Restfinanzierungskosten für die Pflege zu Hause übertreffen einerseits ihre Restfinanzierungskosten für die Pflege im Heim. Die Kosten für die Ergänzungsleistungen im Heim übertreffen andererseits die Kosten für Ergänzungsleistungen zu Hause. Ohne Ergänzungsleistungen wäre bei Selbstzahlenden der Eintritt in ein Pflegeheim auch für die öffentliche Hand günstiger. Es sind deshalb auf der Ebene der finanziellen Anreize allein die Differenzen in den Ausgaben im Rahmen der Ergänzungsleistungen und die nicht abgegoltenen Leistungen der pflegenden Angehörigen, welche die Kantone und Gemeinden ausschöpfen, wenn sie die Pflege zu Hause und in betreuten Wohnformen unterstützen und die Anzahl Heimeintritte für Personen mit einer niedrigen Pflegestufe durch alternative Angebote begrenzen.

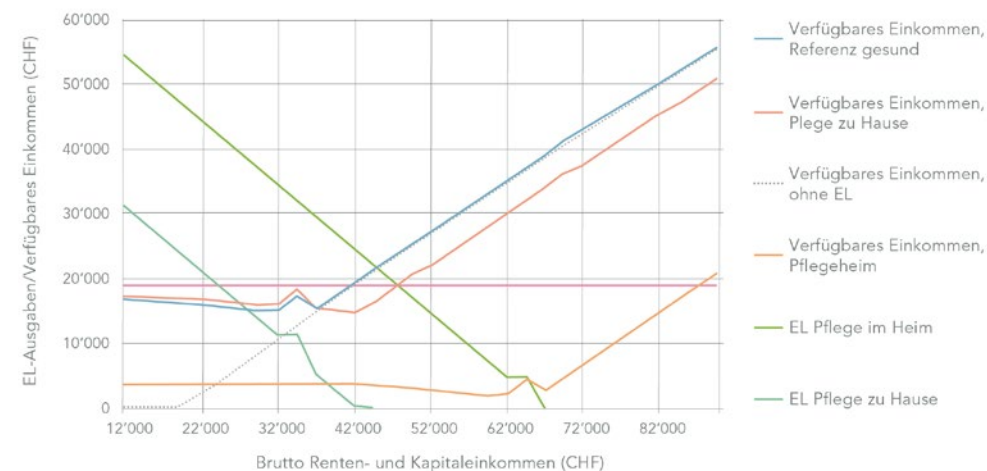
#### **Auswirkungen auf die verfügbaren Einkommen**

Das System der EL ist ein wirkungsvolles Instrument der Existenzsicherung und Absicherung von Pflegerisiken. Aber es ist nicht nebenwirkungsfrei und die Eckwerte der Bestimmungen über die Ergänzungsleistungen werden zu wichtigen Randbedingungen der Wahlmöglichkeiten von EL-Beziehenden in Bezug auf Wohn- und Pflegeformen.

Abbildung 7 zeigt am Beispiel eines Alleinstehenden exemplarisch Fehlanreize, die durch die Wechselwirkung mit dem Steuersystem, durch nicht kostendeckende anrechenbare Mietkosten, eine fehlende Abdeckung von Unterstützungsleistungen in der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten oder eine fehlende Kenntnis des Rechts auf die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten auch ausserhalb des Anspruchs auf eine jährliche EL bei den Betroffenen entstehen können. Zugleich zeigt sie, in welchem Ausmass die Ergänzungsleistungen auch für den Mittelstand zu einer bedarfsorientierten Absicherung von Pflegerisiken geworden sind.

Als wichtige Referenzgrösse dienen in der Abbildung 7 die anrechenbaren Ausgaben für den allgemeinen Lebensbedarf (ohne Miete und Gesundheitskosten), die einer alleinstehenden Person im Rahmen der Ergänzungsleistungen für den grundsätzlichen Lebensunterhalt nach Abzug der Ausgaben für Mieten und Gesundheitskosten zur Verfügung stehen (pinke horizontale Linie, 19'290 Franken pro Jahr). Übersteigen die Ausgaben für Miete oder Gesundheitskosten (inklusive Pflege- und Betreuungskosten) die Ansätze der Ergänzungsleistungen, dann müssen die fehlenden Mittel entweder durch einen zusätzlichen Vermögensverzehr oder aus den Mitteln für den allgemeinen Lebensbedarf bereitgestellt werden. Im letzteren Fall sinkt das verfügbare Einkommen nach Abzug von Miete, Gesundheitskosten und Steuern unter die pinke Linie der Referenz des allgemeinen Lebensunterhalts. Eine zweite Referenzgrösse stellt das verfügbare Einkommen einer gesunden Person ohne Ergänzungsleistungen nach Abzug der Ausgaben für Miete, Steuern und eines Selbstbehalts von 1'000 Franken für Gesundheitskosten (gestrichelte Linie) dar, welches erst durch Transferleistungen und Vermögensverzehr auf das Niveau oder in die Nähe des allgemeinen Lebensbedarfs angehoben wird (blaue Linie, «Verfügbares Einkommen, Referenz gesund»).

**Abbildung 7: Die Auswirkung der Kostenunterschiede alternativer Pflege- und Wohnformen auf die verfügbaren Einkommen und EL-Kosten**



In Abbildung 7 wird mit einer Miete von 1'250 Franken pro Monat ein Ansatz gewählt, der um 150 Franken über dem Mietzinsmaxima der Ergänzungsleistungen für Alleinstehende (aktuell 1'100 Franken pro Monat) liegt und somit zu einem verfügbaren Einkommen unterhalb der Referenz des allgemeinen Lebensbedarfs führt. Ähnliche Auswirkungen hätten Gesundheitskosten, die nicht über die Rückvergütung der Krankheits- und Behinderungskosten der EL abgedeckt sind – seien es Serviceleistungen im Rahmen des betreuten Wohnens oder Betreuungsleistungen, die nicht oder nur teilweise durch die EL abgedeckt wären.

Liegen die Ausgaben für Pflege und Betreuung inkl. Franchisen innerhalb der Ansätze der EL, werden sie nicht nur für Bezügerinnen und Bezüger einer periodischen, jährlichen Ergänzungsleistung über die Rückvergütung der Krankheits- und Behinderungskosten getragen (orange Kurve). Sie werden anteilmässig

Abbildung 7:  
Quelle: Berechnungen  
und Darstellung  
der HSLU

auch bei Haushalten oberhalb des Anspruchs auf eine jährliche EL (im berechneten Beispiel oberhalb eines Bruttorenteneinkommens und Kapitaleinkommens von rund 35'000 Franken) übernommen, wenn sie nicht durch das Einkommen und den anerkannten Vermögensverzehr gedeckt sind und somit zu einem Ausgabenüberschuss führen. Dadurch ergibt sich ein zweiter Bereich, innerhalb dessen die Ergänzungsleistungen über die Rückvergütung der Krankheits- und Behinderungskosten zu einer bedarfsorientierten Pflege- und Betreuungskostenabsicherung wird. Theoretisch wird dieser zweite Bereich durch die maximale Höhe der Krankheits- und Behinderungskosten (bei Alleinstehenden zu Hause bei 25'000 Franken, bei Ehepaaren der doppelte Betrag) bestimmt. In der Praxis sind die Spielräume oft kleiner, weil Einzelleistungen, die unter diese Kosten fallen, selbst begrenzt sind. Ausserhalb der Anspruchsberechtigung auf Ergänzungsleistungen (im gewählten Beispiel bei einem Einkommen von über 43'000 Franken, bei Ausschöpfung des Maximalbetrags für Krankheits- und Behinderungskosten bei einem Einkommen von über 60'000 Franken) werden die Pflege- und Betreuungskosten vom Haushalt selbst getragen (Differenz zwischen blauer und oranger Kurve). Die Grenzen für eine Anspruchsberechtigung auf jährliche Ergänzungsleistungen liegen bei Ehepaaren durch den höheren allgemeinen Lebensbedarf, die doppelte Krankenversicherungsprämie und den höheren Mietansatz (mit einem Maximum von 1'250 Franken pro Monat) unter ähnlichen Voraussetzungen mit 53'000 Franken deutlich höher. Hinzu kämen noch die anerkannten Ausgaben für Krankheits- und Behinderungskosten. Dies zeigt, wie stark die Ergänzungsleistungen auch bei der Pflege zu Hause die Rolle einer Absicherung von Pflege- und Betreuungskosten übernehmen.

Bei der Pflege im Heim werden die anerkannten Ansätze für die persönlichen Auslagen (im gewählten Beispiel von 322 Franken pro Monat) zur Referenz für das verfügbare Einkommen nach Abzug der Heimplatz-, Patientenbeteiligung, Gesundheitskosten

und Steuern (siehe unterste dunkelgelbe Kurve). Bei der Wahl eines Heims, dessen Heimplätze oberhalb der kantonal anerkannten Obergrenze (z. B. durch einen Demenzzuschlag oder bei starken Unterschieden im Niveau der Taxen innerhalb eines Kantons) liegen, müsste diese Differenz wie auch weitere besondere Ausgaben aus einem zusätzlichen Vermögensverzehr oder aus den (in den meisten Kantonen sehr begrenzten) Mitteln für die persönlichen Auslagen beglichen werden. Die Grenze für eine Anspruchsberechtigung auf Ergänzungsleistungen bei der Pflege im Heim hängt stark von den Heimplätzen inkl. Patientenbeteiligung ab. Bei einer Heimplatztaxe inkl. Patientenbeteiligung von 150 Franken pro Tag wie im gewählten Beispiel liegt die Grenze bereits bei über 62'000 Franken Renten- und Kapitaleinkommen pro Jahr. Diese Grenze schnell in die Höhe, wenn bei Ehepaaren eine Person zu Hause und eine Person im Heim lebt.

Abbildung 7 verdeutlicht anhand des Verlaufs des verfügbaren Einkommens in Abhängigkeit des eigenen Einkommens die Grenzen einer zu stark subjektorientierten Pflegefinanzierung. Je mehr die Ergänzungsleistungen auch für den Mittelstand zu einem Instrument der Pflegefinanzierung werden, desto stärkere Wechselwirkungen treten mit einem Überschreiten der anerkannten Mietzinsmaxima (Verbleib in der vertrauten Wohnung), mit dem Steuersystem, mit Krankenzusatzversicherungen oder Zusatzaufwendungen für Leistungen auf, die im Rahmen der Krankheits- und Behinderungskosten nur teilweise vergütet werden. Sie führen zu Deckungslücken, mit der Folge, dass die Haushalte Ausgaben für Pflege- und Betreuungsleistungen aus dem verfügbaren Einkommen für den alltäglichen Grundbedarf oder durch einen zusätzlichen Vermögensverzehr bestreiten müssen. Gleichzeitig wird das verfügbare Einkommen mittelständischer Haushalte durch die Pflege- und Betreuungskosten auf das Niveau von Haushalten mit einem niedrigen Einkommen und Vermögen oder bei Steuerpflicht sogar unter das Niveau gesenkt. Hier stösst eine zu stark bedarfsorientiert ausgerichtete Pflegefinanzierung

an ihre Grenzen. Schwelleneffekte werden dadurch verstärkt, dass weitere Leistungen für Ergänzungsleistungsbezüger (z. B. Notruf) verbilligt sind oder wie die Medienempfangsgebühren («Serafe/Billag») ganz entfallen. Für Pflegebedürftige mit einem Renteneinkommen knapp über der EL-Grenze sind mit Ausnahme der Hilflosenentschädigung und eventueller kantonaler Pflegegelder wenig Unterstützungsleistungen vorhanden (vgl. auch das Fazit der Evaluation der Pflegefinanzierung durch INFRAS et al. (2018)).

#### **5.4. Anstehende Reformen**

Aus Deckungslücken kann ein Fehlanreiz für einen vorzeitigen Heimeintritt resultieren, wenn die Kosten für altersgerechte Wohnungen, betreute Wohnungen oder ambulante Pflege- und Betreuungssettings nicht gedeckt sind oder die Mietzinsmaxima nicht den realen ortsüblichen Mietpreisen entsprechen.

Die Mietzinsmaxima wurden seit 2001 nicht mehr angepasst, so dass die Höchstbeträge im Jahr 2013 nur noch rund 70 Prozent der Mietzinse von Ehepaaren und Alleinstehenden deckten, bei Familien sogar nur unter 50 Prozent. In der laufenden Gesetzesrevision sind Nationalrat und Ständerat inzwischen dem ursprünglichen Vorschlag des Bundesrats gefolgt, welcher vorsieht, dass die Mietzinsmaxima unterschieden nach drei Regionen – Grosszentren, Stadt, Land – angehoben werden. Die Mietzinsmaxima würden neu für eine alleinlebende Person in der Region 1 1'370 Franken, in der Region 2 1'325 Franken und in der Region 3 1'210 Franken pro Monat betragen, für die zweite Person kämen zusätzlich 250 Franken pro Monat in allen 3 Regionen hinzu. Die Anhebung der Mietzinsmaxima stärkt, wie im vorangehenden Abschnitt aufgezeigt, die Rolle der Ergänzungsleistungen in der bedarfsorientierten Abdeckung von Pflege- und Betreuungsleistungen. Die Mietzinsmaxima stellen aber immer noch eine wichtige einschränkende Obergrenze dar.

Bei der Abgeltung des Zusatzaufwands für «Betreutes Wohnen» besteht weiterhin Handlungsbedarf. Verschiedene Kantone (Graubünden, Jura, Luzern) haben eine Zusatzfinanzierung betreuter Wohnformen zu Lasten der eigenen Finanzen in die kantonalen Gesetze und Verordnungen über die Ergänzungsleistungen eingebracht. Oft sehen diese Regelungen einen höheren Maximalansatz für die Vergütung der Miete oder einen expliziten Aufschlag sowie die Abgeltung eines bestimmten Servicepaktes an Grundleistungen im Rahmen der Abgeltung der Krankheits- und Behinderungskosten vor. Pflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen werden zusätzlich vergütet, wenn sie von einer anerkannten Institution erbracht werden. Die Höhe dieser Ansätze wird zu einem wichtigen Orientierungsrahmen der Preis- und Tarifgestaltung von Angeboten, wenn sie Menschen mit einer niedrigen Rente und Pension und dem Anspruch auf Ergänzungsleistungen offenstehen sollen. Verschiedene Standortgemeinden und Kantone sowie private oder gemeinnützige Träger greifen oft auf zusätzliche direkte Subventionen oder günstige Baurechtszinsen zurück, um die Obergrenzen der Ergänzungsleistungen nicht zu stark anheben zu müssen und damit gegebenenfalls Fehlanreize auszusenden. Auf nationaler Ebene liegt seit August 2018 eine Motion für Ergänzungsleistungen für betreutes Wohnen der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats vor, die vom Bundesrat unterstützt wird, aber von den Räten noch nicht behandelt wurde.

Neben diesen Anpassungen im Bereich der Ausgestaltung der Leistungen der Ergänzungsleistungen werden in der laufenden Gesetzesrevision eine Reihe weiterer Massnahmen beraten, die kostendämpfend wirken sollen und den Zugang zu den Ergänzungsleistungen betreffen. Sie lassen sich grob in drei Gruppen unterteilen:

1. Ausschluss des Kapitalbezuges: für den obligatorischen Teil der Beruflichen Vorsorge im Vorsorgefall und bei der Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit (Forderung wird voraussichtlich von beiden Räten fallengelassen)
2. «Übervergütungen» vermeiden durch: Anpassung der EL-Mindesthöhe; Berechtigung der Kantone, die tatsächliche KV-Prämie zu berücksichtigen; tageweise Berücksichtigung der Heimtaxe (alle Punkte von beiden Räten voraussichtlich angenommen)
3. Verstärkter Rückgriff auf die Eigenmittel der Haushalte: Einführung einer Vermögensschwelle von 100'000 Franken (Alleinstehend) resp. 200'000 Franken (Ehepaar), oberhalb derer kein Anspruch auf EL besteht (entspricht hundertprozentigem Vermögensverzehr bis zu dieser Grenze); Senkung der Freibeträge auf dem Gesamtvermögen; Rückerstattung von bezogenen Leistungen aus dem Nachlass (alle Punkte umstritten)

Vor allem der dritte Punkt betrifft die Finanzierung der Pflege und Betreuung in der Schweiz. Je nach Ausgang der parlamentarischen Beratungen wären durch den erweiterten Rückgriff auf das Vermögen auch Haushalte mit zum Teil nur bescheidenem Vermögen (oberhalb der momentan diskutierten Vermögensfreibeträge von 25'000 oder 30'000 Franken (für Alleinstehende) resp. 40'000 oder 50'000 Franken (für Ehepaare)) verstärkt auf Eigenmittel zur Finanzierung der Pflege, Betreuungs- und Aufenthaltskosten im Heim oder betreuten Wohnungen angewiesen, oberhalb der Vermögensschwelle gänzlich. Die solidarische Absicherung beschränkt sich für Haushalte des Mittelstands mit einem Vermögen oberhalb der reduzierten Freibeträge im Wesentlichen dann auf die Finanzierung der Pflege und die Hilflosenentschädigung. Die Rolle der Ergänzungsleistungen in der Absicherung von Pflegerisiken würde sich je nach Ausgang des parlamentarischen Entscheids deutlich verändern.

## 6. Koordinierte, integrierte Versorgung in der Pflege und Betreuung

Nicht nur, aber insbesondere für die Pflege und Betreuung älterer und vulnerabler Bevölkerungsgruppen stellt die vielerorts fragmentierte Gesundheitsversorgung eine der grossen Herausforderungen des Schweizer Gesundheitssystems dar. Das Risiko, einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung ausgesetzt zu werden, ist umso höher, desto weniger die Leistungserbringer aus der Gesundheitsversorgung und dem Sozialbereich untereinander und miteinander vernetzt sind. Nicht oder schlecht koordinierte Behandlungspfade setzen Patientinnen und Patienten erheblichen Risiken aus und ziehen nicht selten auch zusätzliche Kosten nach sich. Darum wird in diesem Kapitel einerseits auf die Integration der Gesundheitsversorgung eingegangen und andererseits anhand der Palliative Care aufgezeigt, welche Ansätze erfolgsversprechend sind.

### 6.1. Koordinierte, integrierte Versorgung in Gesundheitsregionen

In einer Studie zur Rolle des Staates bei der Förderung der Integrierten Versorgung hat die Hochschule Luzern die zentrale Bedeutung der Koordination, Vernetzung und Integration zwischen den verschiedenen Akteuren deutlich herausgearbeitet (Gedamke & Kessler 2018). Um den Anforderungen der Patientinnen und Patienten, aber auch der Leistungserbringer und den Möglichkeiten der modernen medizinischen Versorgung gerecht zu werden sowie den Risiken der Fragmentierung entgegenzuwirken, ist eine stärkere Vernetzung oder Integration der Gesundheitsversorgung unabdingbar. Unter «Integration» werden Massnahmen und Versorgungsansätze verstanden, die dazu beitragen, dass sich die Akteure im Gesundheitswesen besser vernetzen (oder ihre Organisationen sogar vollständig integrieren resp. zusammenschliessen) und dadurch überhaupt erst in der Lage sind, die Behandlung und Betreuung von Patienten über den ganzen Behandlungspfad optimal zu koordinieren. Auch wenn die Koordination und Vernetzung in den letzten Jahrzehnten zugenommen hat, ist der Weg noch weit, bis in der Schweiz

tatsächlich von einer «Integrierten Versorgung» gesprochen werden kann.<sup>18</sup> Dies gilt für die meisten Leistungsbereiche und auch für die Pflege und Betreuung.

In der HSLU-Studie wurden staatliche und nicht-staatliche Akteure gefragt, welche Ziele sie mit der Integrierten Versorgung verbinden.<sup>19</sup> Die Prozentzahl in Tabelle 7 gibt den durchschnittlichen Anteil der an der Umfrage Teilnehmenden an, welche die Ziele mit «grosser» und «eher grosser» Bedeutung versehen haben.

**Tabelle 7: Rangfolge der Ziele der Integrierten Versorgung (n= 361)**

Ziele der Integrierten Versorgung	Ø
Koordination und Kontinuität der Versorgung über einen längeren Zeitraum ermöglichen	98 %
Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Fachpersonen und Organisationen verbessern	97 %
Unnötige Untersuchungen vermeiden	94 %
Qualität der Gesamtversorgung von Patienten verbessern (Performance)	92 %
Versorgung von multimorbiden, komplexen Patienten verbessern	89 %
Einbezug der Patienten und ihrer Bedürfnisse verbessern	88 %
Kosten reduzieren	84 %
Medizinisch-pflegerische Grundversorgung in ländlichen Regionen sicherstellen	78 %
Gesundheitsförderung und Prävention stärken	74 %
Das Gesundheitssystem mit dem Sozialsystem verbinden	64 %

Tabelle 7: Quelle: *Gedamke & Kessler (2018)*.

Bei den Antworten fällt auf, dass alle abgefragten Ziele von den Teilnehmenden als bedeutsam eingestuft werden. Lediglich die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention (74 %) sowie die Verbindung von Gesundheits- und Sozialsystem (64 %) stufen weniger als drei Viertel der Akteure als wichtiges Ziel der Integrierten Versorgung ein.

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass bei der Versorgung von älteren und vulnerablen Menschen das eine oder andere Ziel der Koordination und Integration der Versorgung noch höher gewichtet werden kann. Z. B. ist es eminent wichtig, dass das «Gesundheitssystem mit dem Sozialsystem» verbunden wird und Hand in Hand arbeitet, da die Grenzen zwischen sozialen und gesundheitlichen Problemen im Alter immer stärker verwischen.

Der Erfolg oder Misserfolg der Integrierten Versorgung ist von vielen unterschiedlichen Akteuren abhängig. Eine wichtige Rolle nimmt – nicht nur aufgrund der Regulationsmacht – die öffentliche Hand ein. Die Aufgaben und Rollen der verschiedenen Akteure im Bereich der Pflege und Betreuung wurden voranstehend u.a. in Kapitel 2.1 beschrieben. Die Rolle des Staates in der Integrierten Versorgung kann in einem theoretischen Steuerungsmodell von Braun & Giraud (2003) dargestellt werden. Dieses Modell kategorisiert die staatlichen Steuerungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen in vier Handlungsfeldern: Steuerung durch Regulierung, finanzielle Steuerung, strukturelle (prozedurale) Steuerung sowie Steuerung durch Kommunikation. Die diesen Handlungsfeldern entsprechenden Rollen können operationalisiert werden und für die Praxis nutzbar gemacht werden.

Wie die Studie der Hochschule Luzern zeigt, wird die Bedeutung von Bund, Kantonen und Gemeinden in der Integrierten Versorgung als gross eingeschätzt und gemäss den Studienteilnehmenden noch weiter zunehmen – dies sowohl aus Sicht der nicht-

<sup>18</sup> Siehe hierzu u.a. die *Denkstoff-Publikationen des fmc Forum für Integrierte Versorgung*: <https://fmc.ch/fr/fmc-publikation/denkstoff-oder-auch-https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html>

<sup>19</sup> An der Online-Befragung haben insgesamt 361 Personen teilgenommen, von denen etwa ein Drittel Vertreterinnen und Vertreter von Bund, Kantonen und Gemeinden und zwei Drittel nichtstaatliche Akteure waren (mehrheitlich Vertretende der Langzeitpflege, von Spitälern, ambulanten Leistungserbringern, Krankenversicherern und Patientenorganisationen). Siehe *Gedamke & Kessler (2018)*.

staatlichen Akteure, als auch aus Sicht von Bund, Kantonen und Gemeinden selbst. Wie stark die staatliche Steuerung ausgeprägt sein soll, wird jedoch je nach Akteurgruppe unterschiedlich bewertet: So sind die ambulanten Leistungserbringer und Krankenversicherer zurückhaltender in Bezug auf den Wunsch nach mehr staatlicher Steuerung, wohingegen die Vertretenden der Langzeitpflege, Spitäler und Patientenorganisationen den staatlichen Akteuren eine grössere Relevanz beimessen, wenn es darum geht, die Integrierte Versorgung zu fördern. Die Erwartung, dass die Bedeutung von Bund, Kantonen und Gemeinden in der Integrierten Versorgung zunehmen wird, manifestiert sich in einem ausgeprägten Steuerungsauftrag an Bund, Kantone und Gemeinden. Wie der Steuerungsauftrag ausgestaltet werden sollte, wird jedoch wiederum sehr unterschiedlich bewertet, und zwar sowohl bezüglich der Menge als auch bei der Auswahl der Steuerungsinstrumente. Unter sämtlichen Studienteilnehmenden ist eine deutliche Unzufriedenheit mit der Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden feststellbar. Lediglich die Vertretenden von Bund und Kantonen schätzen die aktuelle Aufgaben- und Kompetenzverteilung etwas weniger negativ ein. Die Gemeinden sowie eine deutliche Mehrheit der nichtstaatlichen Akteure hält die heutige Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden für nicht geeignet, um die Integrierte Versorgung wirkungsvoll zu fördern.<sup>20</sup>

<sup>20</sup> (Gedamke & Kessler 2018)

Die föderalen Strukturen sowie insbesondere die regional sehr unterschiedlichen sozio-demografischen und geografischen Konstellationen führen in der Schweiz zu vielfältigen Ausgangslagen, die berücksichtigt werden müssen, wenn über die Integration der Gesundheitsversorgung nachgedacht wird. In den Trendszenarien Integrierte Versorgung Schweiz des fmc Forums für Integrierte Versorgung wurden drei Szenarien skizziert, die sich entsprechend ihrem Umfeld und ihren «regionalen Merkmalen» voneinander unterscheiden (fmc 2014). Die drei Trendszenarien

«Land», «Urbane Region» und «Gross-Stadt» machen schematisch deutlich, dass sich unterschiedliche «Merkmale der Versorgung» entwickeln und dementsprechend unterschiedliche Szenarien möglich sind. Sowohl das Nachfrageverhalten der Patientinnen und Patienten resp. der gesunden Bevölkerung als auch das Angebotsverhalten der professionellen Leistungserbringer unterscheidet sich je nach Umfeld und Szenario. Das gleiche gilt für das Verhalten der Angehörigen und die soziale Dynamik, wenn es um die Versorgung der älteren Generationen geht.

Ein Versorgungsbereich, der sich gut eignet, um die Bedeutung der koordinierten und integrierten Versorgung zu analysieren und um Handlungsempfehlungen abzuleiten, ist die Palliative Care, welche im nächsten Kapitel vertieft aufgegriffen wird.

## 6.2. Das Beispiel Palliative Care

Erst seit ungefähr 10 Jahren wird in der Schweiz der Palliative Care verstärkt Beachtung und Anerkennung geschenkt. Im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2015 und der nachfolgenden Plattform Palliative Care wurden in den Kantonen und Gemeinden viele Angebote aufgebaut, zum Teil als Pilotmodelle mit begrenzter Laufzeit. Inzwischen hat sich gezeigt, dass die Finanzierung dieser Angebote oft schwierig und deren Fortbestand gefährdet ist. Es gilt daher zu überprüfen, wie die Palliative-Care-Versorgung noch besser in die bestehende Gesundheitsversorgung integriert und nachhaltig finanziert werden kann.

In einigen Kantonen sind gesetzliche Grundlagen geschaffen worden, die prinzipiell die Ansprüche von unheilbar kranken Menschen im letzten Lebensabschnitt auf eine angemessene bzw. angepasste Betreuung sowie auf Linderung ihrer Schmerzen nach den Grundsätzen der Palliativmedizin und -pflege gesetzlich verankern. Z. B. ist dies im Kanton Luzern seit 2006 im Gesundheitsgesetz und seit 2012 im Spitalgesetz der Fall. Auch wenn die Schweiz in vielen Regionen bezüglich Palliativ Care Leistungen



unterversorgt ist und der Nutzen von Palliativ Care unbestritten ist: der Aufbau entsprechender Versorgungsstrukturen ist in der ganzen Schweiz und auch im Kanton Luzern in den verschiedenen Regionen sehr unterschiedlich weit vorangeschritten.

Im Rahmen einer Studie der Hochschule Luzern wurde der regional vorhandene Bedarf und das aktuell existierende Versorgungsangebot an Palliative Care im Kanton Luzern anhand von quantitativen Datenauswertungen und qualitativen Interviews untersucht (Wächter et al. 2015a). Um den Bedarf an Palliative Care sozio-demografisch und epidemiologisch zu quantifizieren und um an Lebensqualität orientierte Handlungsempfehlungen zu entwickeln, die auch die Leistungserbringerperspektive berücksichtigen, sind zwei Zugänge nötig: erstens müssen die verfügbaren Bevölkerungs- und Patientendaten zusammengetragen und auf aussagekräftigen Aggregationsstufen interpretiert werden und evtl. weitere Daten zugänglich gemacht oder erstmals erhoben werden. Zweitens muss eine qualitative Analyse der Angebotsstrukturen und der Bedürfnisse der (realen und potenziellen) Patientinnen und Patienten sowie deren Umfeld vorgenommen werden. Alle kantonalen und kommunalen Strategien, die nicht auf solch fundierten Grundlagen beruhen, können dennoch auch hilfreich sein und Dynamik in ein bisher zu wenig bewirtschaftetes Feld bringen. Doch ob die Szenarien zutreffen und nicht vor allem Ausdruck der aktuellen politischen Kräfteverhältnisse sind, muss im Einzelfall überprüft werden.

Jährlich sterben im Kanton Luzern zwischen 2'800 und 2'900 Personen. Über 80 Prozent der Sterbefälle ereignen sich in einem Spital oder Pflegeheim, so dass der in Befragungen mehrheitlich geäusserte Wunsch, zu Hause oder im vertrauten Wohnumfeld zu sterben, sich oft nicht erfüllt. Hier liegt eine wichtige Herausforderung, sowohl für die ambulante spezialisierte Palliative Care als auch für die Grundversorgung. Eine Schätzung auf der Grundlage von Angaben aus der nationalen Strategie Palliative Care

ergibt für den Kanton Luzern, dass gegenwärtig im Jahr rund 1'500 Personen Palliative Care im Rahmen der Grundversorgung benötigen, 380 Personen im Rahmen der spezialisierten Versorgung. Eine regionale Analyse zeigt grosse Unterschiede in der Verteilung der Sterbefälle auf die einzelnen Regionen (sowohl nach den fünf Planungsregionen Alter/Langzeitpflege als auch nach den 29 Spitexregionen) und damit in den Anforderungen an ein den Fallzahlen entsprechendes bedarfsgerechtes Angebot. Der demografische Wandel wird im Kanton Luzern bis 2035 zu einem Anstieg um rund 30 Prozent auf jährlich 3'840 Todesfälle und damit zu einer steigenden Nachfrage nach Palliative Care führen.<sup>21</sup>

<sup>21</sup> (Wächter et al. 2015a)

Die Auswertung der Interviews und die statistische Analyse der Patientinnen- und Patientenpfade ergeben, dass die palliative Behandlung und Begleitung in vielen Fällen durch einen Wechsel zwischen Versorgungsbereichen mit zum Teil kurzfristigen Übertritten und einer kurzen Aufenthaltsdauer gekennzeichnet ist. Eine angemessene Versorgung basiert daher auf einer guten Vernetzung unter den Leistungserbringern. Dazu gehören eine versorgungsbereichsübergreifende, auch Notfallszenarien einschliessende Planung, eine gute Dokumentation und vollständige Informationsübermittlung sowie eine Übersicht über verfügbare Kapazitäten und Kompetenzen. Eine rechtzeitige Einbindung der Palliative Care ergänzend zu oder in Ablösung von kurativen Ansätzen setzt ein einheitliches Verständnis von den Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care unter den Leistungserbringern der verschiedenen Versorgungsbereiche voraus.<sup>22</sup>

<sup>22</sup> (Wächter et al. 2015a)

Die Analyse zeigt darüber hinaus die Bedeutung der spezialisierten Palliative Care in sozialmedizinischen Institutionen. Diese bieten eine wichtige Alternative zum Spital in komplexen Fällen, die einen stationären Aufenthalt erfordern, aber keine Spitalinfrastruktur. Dies gilt im Kanton Luzern einerseits für die Pflegeheime in der Grundversorgung, die ihre Bewohnerinnen und Bewohner auch in komplexen Palliativsituationen praktisch nie

in ein Spital überweisen, sondern weiterhin selbst betreuen, so dass ergänzendes Fachwissen und externe Fachpersonen mobil vor Ort zum Einsatz kommen müssen. Die Bedeutung zeigt sich andererseits auch in den Klientinnen- und Klientenstrukturen der Palliativabteilung des Betagtenzentrums Viva Luzern Eichhof, die in der Region Stadt Luzern und Agglomerationsgemeinden für komplexe Fälle eine wichtige Anschlusslösung für kurzfristige Eintritte von zu Hause oder aus dem Spital mit häufig kurzer Aufenthaltsdauer darstellen. Aus anderen Regionen des Kantons erfolgen praktisch keine Zuweisungen an die Palliativabteilung des Eichhofs und es gibt bislang keine weiteren sozialmedizinischen Institutionen mit einem Leistungsauftrag für spezialisierte Palliative-Care im Kanton.<sup>23</sup> Erst Ende 2019 wird mit dem Hospiz Zentralschweiz am Standort Luzern Littau ein weiteres Angebot eröffnet.

<sup>23</sup> (Wächter et al. 2015a)

Einen wichtigen Knoten im Versorgungsnetzwerk der Palliative Care stellen mobile Palliative-Care-Dienste (MPCD) dar. Sie bilden ein spezialisiertes, interprofessionelles Team, welches die Betreuenden der Grundversorgung auf dem Niveau der spezialisierten Palliativversorgung in der Behandlung und Begleitung von unheilbar kranken oder sterbenden Menschen und ihnen nahestehenden Bezugspersonen berät und unterstützt und je nach Kanton und Leistungsauftrag in bestimmten Fällen auch die direkte Versorgung (teilweise oder ganz) übernimmt. Die Abgrenzung zwischen spezialisierter Versorgung und Palliative Care Grundversorgung erfolgt dabei anhand von Indikationskriterien, die sich am Grad der Komplexität und Instabilität einer palliativen Situation orientieren.

Durch mobile Palliative-Care-Dienste werden Leistungen der spezialisierten Palliative Care auch zu Hause oder im gewohnten Wohnumfeld (darunter auch Pflegeheime, Pflegewohngruppen, Institutionen für Menschen mit Behinderungen oder psychischen Erkrankungen) verfügbar. Die MPCD fördern und unterstützen

darüber hinaus auch die Kompetenzen der Grundversorger und stärken die Koordination unter den Leistungserbringern. Das Leistungsspektrum und die Organisationsstrukturen der heute in der Schweiz bestehenden MPCD sind sehr heterogen (vgl. Wächter & Bommer (2014)). Im Kanton Luzern ist ein solches Angebot erst in der Stadt Luzern und in weiteren, vertraglich angeschlossenen Agglomerationsgemeinden für gesamthaft rund 40 Prozent der Wohnbevölkerung des Kantons verfügbar. Die Finanzierung ist mittelfristig auch hier noch nicht gesichert.

Basierend auf einer solch fundierten Analyse können Varianten eines regional differenzierten, zugleich aber flächendeckenden Angebots an stationären und mobilen Palliative-Care-Diensten erarbeitet und durch Kostenschätzungen operativ umsetzbar gemacht werden.

Die Analyse zeigt zugleich zwei grosse Herausforderungen. Die Umsetzung plausibler Varianten einer kosteneffizienten und qualitativ hochstehenden palliativen Pflege, Betreuung und Begleitung von Menschen erfordert einen oder mehrere «Initiator(en)», «Motor(en)» und «Kordinator(en)» der Entwicklung respektive eine entsprechende Aufgabenteilung und Dynamik in einem Netzwerk von Akteuren. Der Weg von vielversprechenden Pilotprojekten zu einem anerkannten Bestandteil der Regelversorgung ist mit vielen Hindernissen gepflastert. Kantone und Gemeinden haben hier in den vergangenen Jahren sehr unterschiedliche Rollen übernommen und Versorgungsansätze gewählt, deren Auswirkungen aber mit den aktuell verfügbaren Kennzahlen nicht hinreichend nachvollzogen werden können. Die finanzielle Verantwortung in der Spital- und Langzeitpflegefinanzierung hat Anreize für sie geschaffen, eigene Handlungsspielräume zur Förderung zu nutzen. Dies setzt zum Teil erhebliche Investitionen in den Aufbau entsprechender personeller Ressourcen und fachlicher Kompetenzen voraus. Ein intensivierter und strukturierter Austausch könnte hier Synergien schaffen. Zugleich stellt sich die

Frage, in wie weit andere Akteure, darunter auch Leistungserbringer und die Krankenversicherungen, geeignete Rahmenbedingungen und Spielräume für das Einbringen ihrer Kompetenzen und Initiativen vorfinden.

Die Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierung ist die zweite Herausforderung. In vielen Versorgungsbereichen sind die Zusatzaufwände für spezialisierte Leistungen, Koordinations-, Beratungs- und Triageaufwände sowie die Einbindung von (sozial-)betreuerischen und psychologischen Unterstützungsleistungen nicht oder unzureichend in den Tarifen und Vergütungssystemen abgebildet. Konsiliarische Leistungen gegenüber anderen Grundversorgern sind nicht oder nur begrenzt abrechenbar. Je nach Versorgungsbereich ist die Integration der Palliative Care in die Tarifsysteme unterschiedlich weit vorangeschritten. Sie ist in keinem Bereich abgeschlossen.

Der Klärungsbedarf in den Tarifsystemen der verschiedenen Versorgungsbereiche (SwissDRG, Tarmed, anerkannte Voll- oder Normkosten in der stationären und ambulanten Pflege) setzt an unterschiedlichen Punkten an. Angesichts der Tatsache, dass sich der Einbezug der Palliative Care oft über einen längeren Zeitraum erstreckt, von Übergängen zwischen Versorgungsbereichen und teilweise kurzen Aufenthaltsdauern geprägt ist, Leistungen soweit möglich und erwünscht im privaten Wohnumfeld erbracht werden sollen und umgekehrt Pflegeheime komplexe und instabile Fälle soweit möglich ohne Spitaleinweisung weiter betreuen, ist es wichtig, dass die notwendigen Leistungen der Palliative Care in allen Versorgungsbereichen bedarfsgerecht erbracht werden können und dementsprechend auch in den Tarifsystemen aller Versorgungsbereichen kostengerecht abgebildet sind. Die Gegenüberstellung von spezialisierter Palliative Care im Spital und der spitalexternen, ambulanten spezialisierten Palliative Care verdeutlicht die unterschiedliche Integration und den spezifischen Klärungsbedarf.

Für die Erbringung und Abrechnung von spezialisierter Palliative Care im Spital sind sowohl gewisse Mindestanforderungen an die Leistungserbringer als auch Mindestmerkmale der Behandlung zu erfüllen. Diese Mindestmerkmale beschreiben einen ganzheitlichen, umfassenden Ansatz vom Assessment über Behandlungsplanung, -durchführung und Vernetzung mit der Vor- und Nachsorge. Wichtige Anforderungen für die Anerkennung einer «Palliativmedizinischen Komplexbehandlung» sind gemäss Swiss DRG Regelwerk z. B. ein «multidisziplinäres Behandlungsteam, in dem neben Arzt und Pflege mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche zum Einsatz kommen: Sozialarbeit, Psychologie, Physiotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- oder Musiktherapie)», «mindestens wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele», die «Unterstützung und Begleitung durch regelmässige Einzel-, Angehörigen- und Familiengespräche und ggf. entsprechende Massnahmen bei Kindern» und auch die «vorausschauende und situationsbezogene Entscheidungsfindung mit allfälligem Einbezug von Spezialisten, gegebenenfalls Austrittsplanung mit Organisation eines supportiven Netzwerkes».

Die SwissDRG Tarifstruktur wurde als kostendatenbasiertes, lernendes System konzipiert. Die Palliativmedizin wurde als einer der Entwicklungsschwerpunkte des SwissDRG 5.0 für das Jahr 2016 gewählt. Die zentralen Fragen zu Beurteilung des heutigen Stands der Tarifentwicklung sind: Welche Kosten der Minimalanforderungen aus SwissDRG für die Abrechnung einer Palliativmedizinischen Komplexbehandlung (allgemein und spezialisiert) und welche Kosten der Anforderungen der Kantone für die Zulassung auf der Spitalliste als Spital oder Spitalstruktur mit einem Leistungsauftrag in spezialisierter Palliative Care sind in

die Weiterentwicklung der Tarifstruktur und Festlegung der Tarifhöhe eingeflossen oder werden in Zukunft einfließen? Erlauben die Kostendaten der Betriebe die Herleitung und Verhandlung eines robusten Tarifs?

Die Mobilen Palliative-Care-Dienste (MPCD) leben in der spitalexternen ambulanten Versorgung in einer anderen Welt. Zwar würden gemäss der nationalen Klassifikation der für eine gute Palliativversorgung notwendigen Versorgungsstrukturen die aufgeführten Mindestmerkmale praktisch gleichlautend auch für die MPCD gelten. Aber die grundlegende Tarifstruktur kennt keine Differenzierung zwischen den pflegerischen Leistungen der Grundversorgung und eines spezialisierten Teams, wenn nicht Kantone und Gemeinden über die Restfinanzierung Pflege eine solche Abstufung vornehmen.

Eine datengestützte Verhandlung abgestufter Tarife war bislang aufgrund der in Kapitel 3 beschriebenen ungenügenden Daten Grundlagen schwierig bis unmöglich. Doch mit Hilfe harmonisierter hochauflösender Kostenrechnungen, die sich direkt auf die anonymisierten Primärdaten der Betriebe stützen, lassen sich bereits heute wichtige strukturelle Ursachen für Kostenunterschiede zwischen pflegerischen Leistungen der Grundversorgung und spezialisierter Teams oder Dienste auch quantitativ nachzeichnen.

In der Stichprobe der Kostenstrukturanalyse, welche die Hochschule Luzern mit Daten des Jahres 2015 durchführte, waren auch MPCD enthalten, die als spezialisierte Abteilungen einer Spitexorganisation mit Versorgungspflicht und Leistungsauftrag der öffentlichen Hand geführt wurden (Wächter et al. 2017). Abbildung 8 zeigt mit der Gegenüberstellung der Vollkosten einer verrechneten Stunde Behandlungspflege, die von normalen Pfllegeteams und Palliative Care Teams der gleichen Organisationen erbracht wurden, wichtige Unterschiede in den Kostenstrukturen auf.

**Abbildung 8: Der Vergleich der Kostenstrukturen zwischen Behandlungspflege Grundversorgung und Behandlungspflege spezialisierte Palliative Care**

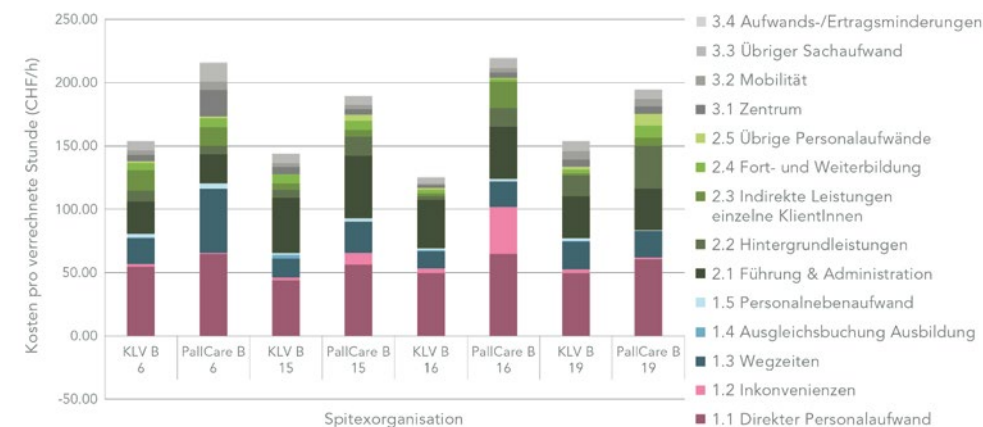


Abbildung 8:  
*Legende: KLV A: Pflegerische Massnahmen der Abklärung und Beratung, KLV B: Massnahmen der Untersuchung und Behandlung, KLV C: Grundpflege – nach Artikel 7, Abs. 2 a.–c. Krankenpflegeleistungsverordnung (KLV), die von Teams der Grundversorgung erbracht wurden. PallCare A bis C: Leistungen nach KLV A bis KLV C, welche von spezialisierten PallCare Teams oder Diensten erbracht wurden.*

*Quelle: Harmonisierte Kostenrechnung auf der Basis von Primärdaten der an der Studie beteiligten Spitexorganisationen, HSLU (2015)*

Die Vollkosten pro verrechenbarer Stunde Behandlungspflege eines spezialisierten Teams liegen aufgrund verschiedener Faktoren wie

- die höhere Qualifikation der Mitarbeitenden
- ein höherer Skill-Grade-Mix,
- höhere Weiterbildungskosten,
- die Vergütung von Pikett-, Nacht- und Wochenenddiensten,
- deutlich höhere Wegzeiten,
- Kapazitäten für kurzfristige (Notfall-)Einsätze ausserhalb der geplanten Touren,
- ein höherer Planungsaufwand in komplexen und instabilen Situationen
- eine geringere Auslastung und im Durchschnitt markant weniger verrechenbare Stunden pro Klientin und Klient

deutlich über denjenigen einer normalen Pflegestunde in der Grundversorgung. Es finden sich auch zwischen den spezialisierten Teams verschiedener Organisationen signifikante Unterschiede. Wie das Beispiel der Wegzeiten oder der Höhe der Inkonvenienzen (Zuschläge für Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste) zeigt, unterscheiden sich die Organisationen in ihrer Einbindung in die Versorgungsnetzwerke. Es hat einen grossen Einfluss auf die Kostenstruktur, ob ein Dienst vor allem konsiliarisch tätig ist und ob die Nachtdeckung vom Palliative Care Team selbst oder vom Nachtdienst der eigenen oder einer anderen Organisation übernommen wird. Diese Unterschiede müssen in der Tarifstruktur berücksichtigt werden.

MPCD übernehmen aufgrund ihrer besonderen Stellung im Netzwerk der Leistungserbringer oft zusätzliche Aufgaben in Bereichen der Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung, der Bildung und Supervision, der Vernetzung von Organisationen und relevanten Akteure, der Beratung auf der Ebene von Organisationen und Netzwerken, der Entlastung und psychosozialen Beratung für Angehörige sowie der Förderung der Freiwilligenarbeit. Diese Leistungen sind, soweit sie aufgrund der Zeiterfassung identifizierbar sind, auf einem separaten Kostenträger abzugrenzen und fliessen nicht in die Kosten einer Pflegestunde nach KLV ein. Sie würden auch zukünftig über einen erweiterten Leistungsauftrag, Spenden und zu einem geringen Teil auch Dienstleistungserträge finanziert.

Sollen durchgängige Prozesse geschaffen werden, die am jeweils geeigneten Ort durchgeführt werden können und unnötige Übergänge und Verlegungen vermeiden helfen, ist es wichtig, neben dem Aufbau ineinandergreifender Versorgungsleistungen und Zusammenarbeitsformen die Brüche und Unterschiede in den heutigen Tarifstrukturen datenbasiert aufzulösen.

## 7. Fazit

Die Frage der Leistungsfinanzierung stand und steht oft im Vordergrund der politischen Debatte. Auch die beiden Hauptziele der Neuordnung der Pflegefinanzierung – keine zusätzliche finanzielle Belastung der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) und eine Entschärfung der sozialpolitisch schwierigen Situation bestimmter Gruppen pflegebedürftiger Personen – sind auf dieser Ebene formuliert. Indirekt ist die Frage der Steuerung und Organisation der Leistungserbringung zwar über das Ziel der «Kostendämpfung» eingeschlossen und in den Evaluationen schwingt häufig der interkantonale Vergleich der Ausgestaltung der kantonalen Rahmenordnungen mit. Doch beschränkten sich die Datengrundlagen der nationalen Evaluationen auf die heutige Spitex-Statistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (Somed).<sup>24</sup> Die heutige Zusammenführung der auf der Betriebsebene vorhandenen Daten der spitalexternen ambulanten und stationären Pflege erlaubt keine hinreichend differenzierte Überprüfung der Ergebnisse des Versorgungsgeschehens. Ohne eine Umstellung der Spitex-Statistik auf die Auflösung anonymisierter individueller Fall- und Leistungsdaten, eine Verfeinerung und Erweiterung beider Statistiken um eine Betriebsklassifikation und wichtige Kennzahlen sowie eine regionale Auflösung der Daten nach Versorgungsregionen sind wichtige Fragen auf der Steuerungsebene nicht vertieft zu diskutieren.

*<sup>24</sup> Nur in Studien zu spezifischeren Themen wurde auch die Schnittstelle zu den Spitälern und der medizinischen Statistik der Krankenhäuser berücksichtigt.*

Sager, Rüfli und Wälti legten 2010 eine umfassende konzeptionelle Auslegeordnung über die Möglichkeiten der Kantone vor, an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu steuern. Sie beschränkten sich jedoch auf die qualitative Beschreibung und Erklärung des Ist-Zustands, ohne eine Beurteilung der Wirkung der Steuerungsmechanismen vorzunehmen. Die Studie wurde zudem noch vor Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung vorgenommen.

Vor diesem Hintergrund stellt die hier vorliegende dritte Publikation in der Reihe CONCORDIA Research die Frage nach der Leistungssteuerung auf den Ebenen Leistungsspektrum, Mengen, Qualität, Preise/Tarife in den Vordergrund. Sie ortet die entscheidenden Herausforderungen in einer Optimierung der Steuerung und der Versorgungsstrukturen. Ausgehend von dieser Optimierung und ihren Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit, Qualität und Bedarfsorientierung der Leistungserbringung ist dann die Frage nach der Lastenverteilung und Sicherstellung der Finanzierung zu klären.

Deshalb ist die Frage, in wie weit sich die heutige Form der Mischfinanzierung der Pflege und Betreuung – verbunden mit einer starken Rolle der öffentlichen Hand in der Steuerung – bewährt hat oder ob ein Systemwechsel auf eine Pflegeversicherung oder eine Mischung von einem obligatorischen Pflegesparmodell und einem Versicherungsteil angezeigt wäre, vor allem anhand der Auswirkungen auf der Ebene der Leistungssteuerung zu beantworten. Die Publikation legt hierzu eine konzeptionelle Auslegeordnung der wichtigsten Ebenen der Leistungssteuerung und Einflussfaktoren vor und zeigt den Stand der heutigen Umsetzung. Zugleich setzt sie sich an verschiedenen Stellen mit dem Stand der heutigen Datengrundlagen auseinander und formuliert Vorschläge für eine Verbesserung der Datensituation. Sie leistet damit einen Beitrag, um die Fragen nach den Auswirkungen unterschiedlicher Steuerungsansätze zukünftig datengestützt und anhand gegenüber heute erweiterter quantitativer Messgrößen beantworten zu können. Sie kann aber eine solche Wirkungsmessung anhand des Vergleichs unterschiedlicher Steuerungsansätze und Versorgungsregionen noch nicht vollständig umsetzen.

### **7.1. Tarife, Tariffestlegung und Tarifverhandlungen**

Die Tariffindung und -festlegung ist ein zentrales Steuerungselement in Richtung einer kosteneffizienten und zugleich qualitativ hochstehenden Versorgung. Der Bund definiert mit der Vorgabe

abgestufter Zeittarife nach Leistungsart (Spitex) respektive Pflegestufen (Pflegeheime) nur eine Minimalstruktur der Tarife. Die Kantone bestimmen mit der Festlegung der Patientenbeteiligung und Restfinanzierung Pflege je nach Ausgestaltung nicht nur die Tarifhöhe, sondern auch eine Ausdifferenzierung der Tarifstrukturen zur Abgeltung der Versorgungspflicht, spezialisierter Leistungen wie psychiatrische Pflege, Palliative Care oder Nachtabdeckung und letztlich auch gemeinwirtschaftlicher Leistungen wie Ausbildungspflichten oder ergänzende Beratungs- oder Koordinationsaufgaben. Zum Teil wurde die Festlegung der Restfinanzierung Pflege auf die Gemeindeebene delegiert.

Die Tarife – in den beiden Dimensionen Tarifstruktur wie auch -höhe – haben einen zentralen Einfluss auf das Leistungsspektrum und die Weiterentwicklung des Leistungsangebots. Transparente Verfahren der Kostenermittlung und Tariffestlegung haben auch einen wichtigen Einfluss auf das Kostenniveau. Über eine differenzierte Abgeltung von Unterschieden im Leistungsspektrum sowie in der Positionierung und Funktion im Versorgungsgeschehen (Übernahme einer Versorgungspflicht, Abdeckung spezialisierter Leistungen, Abdeckung von kurzfristigen Aufnahmen und Kurzetaufenthalten) werden zudem fairere Rahmenbedingungen für den «Wettbewerb» zwischen verschiedenen Anbietern in einer Region geschaffen.

Vor diesem Hintergrund beschreibt die Publikation in Kapitel 3 Grundlagen, die zu differenzierteren und zugleich einheitlicheren Verfahren der Kosten- und Leistungsermittlung im Bereich der spitalexternen Pflege führen. Hochauflösende harmonisierte Kostenrechnungen sind eine wichtige Voraussetzung für datengestützte Tarifverhandlungen und Weiterentwicklungen der Tarifstrukturen. Im Bereich der spitalexternen ambulanten Pflege lässt sich zeigen, dass keine zusätzliche oder umfassendere Datenerhebung notwendig ist. Eine solche würde die Organisationen – unabhängig von ihrer Grösse – übermässig belasten. Der Schlüssel

liegt vor allem in einer besseren Klassifikation, Aufbereitung, Vernetzung und Weiterverarbeitung der Daten, die durch entsprechende Instrumente und Tools geleistet werden kann.

Ohne in die Autonomie der Kantone bei der Festlegung der Restfinanzierung eingreifen zu wollen, schlagen die Autoren vor, die Trennung der beiden Festlegungs- und Verhandlungsebenen «Tarifstruktur» und «Tarifhöhe» aus anderen Leistungsbereichen zu übernehmen. Auf der Ebene der Tarifstrukturen wäre eine gemeinsame Weiterentwicklung sowohl der Voraussetzungen für eine transparente Kosten- und Leistungsermittlung als auch für robuste Tarifstrukturen anzustreben. Dafür erscheint der Aufbau einer nationalen Datenbasis zu den Kostenstrukturen und zum Leistungsgeschehen sowie institutioneller Strukturen, in denen die Akteure gemeinsam die datengestützte Weiterentwicklung der Tarifstrukturen verwalten und die Verfahren und Instrumente der Tarifentwicklung (als lernende Systeme) koordinieren, zwingend notwendig. Sie würde auch eine Basis für eine datengestützte Anpassung der Beiträge der Krankenkassen durch den Bundesrat bzw. das EDI bieten. In diese institutionelle Struktur wären die Krankenversicherer resp. ihre Verbände mit beratender Stimme einzubinden.

Die Freiheit der Kantone und Gemeinden bei der Festlegung der Höhe der Patientenbeteiligung, der Restfinanzierung und der Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen wäre damit nicht eingeschränkt.

Eine institutionell abgestützte Tarifentwicklung und datengestützte Tarifverhandlungen, eingebettet in ein vertraglich festgelegtes Verhandlungssetting, würden auch die «Verhandlungsmacht» zwischen der öffentlichen Hand und den Leistungserbringern gleichmässiger verteilen, indem schrittweise aussagekräftigere Vergleichsmöglichkeiten zwischen Organisationen in Bezug auf eine kosteneffiziente, wirtschaftliche und zugleich qualitativ gute Leistungserbringung geschaffen werden.

Der Wechsel zu einer Pflegeversicherung würde die Versicherungsträger anstelle der öffentlichen Hand in die Rolle der direkten Tarifpartner bringen. Der voranstehend beschriebene Aufbau gemeinsamer institutioneller Strukturen für eine datengestützte Pflege und Weiterentwicklung der Tarifstrukturen und die Festlegung transparenter Tariffindungsverfahren wären auch in diesem Fall eine wichtige Grundlage für die Steuerung und Organisation des Leistungsgeschehens. Sie würde einer Tendenz entgegenwirken, die beispielsweise im System der deutschen Pflegeversicherung sehr dominant geworden ist: eine extreme Aufsplitterung der Tätigkeiten, die einen Preis resp. Tarif erhalten und zu einer Rhythmisierung des Leistungsgeschehens unter einem Minutentakt führen, sowie ein starker Lohndruck (mit Auswirkungen auf die Personalrekrutierung und -qualifikation) und eine Förderung von sehr kleinen Organisationen im ambulanten Bereich, mit einem hohen Anteil atypischer und prekärer Anstellungsverhältnisse.

## **7.2. Bessere Datengrundlagen als Voraussetzung einer besseren Steuerung**

Die Notwendigkeit besserer Datengrundlagen betrifft nicht nur die datengestützte Weiterentwicklung der Tarifstrukturen und datengestützte Tarifverhandlungen. Die Frage, wie das politische Ziel erreicht wird, dass die spitalexterne Pflege und Betreuung wirtschaftlich, bedarfsorientiert und in guter Qualität gewährleistet ist, ist ohne bessere Daten nicht zu beantworten. Die aktuell möglichen Analysen stossen an verschiedene Grenzen.

Interkantonale oder regionale Vergleiche der Versorgungsstrukturen können sich nur auf die aggregierten Daten der Spitex-Statistik des Bundesamts für Statistik stützen, die keine anonymisierten individualisierten Fall- und Leistungsdaten erhebt. Die Pflegequote der Spitex, gemessen an der Anzahl Klienten im Alter 65 und älter im Verhältnis zur Wohnbevölkerung der gleichen Altersgruppe, oder die Anzahl Vollzeitäquivalente des Pflegepersonals im Verhältnis zur Wohnbevölkerung sind nur grobe Indikatoren für das Versorgungsgeschehen in der spitalexternen ambulanten Pflege. Dabei kommt der Spitex, wie in Kapitel 2.2 dargestellt, eine doppelte Rolle nicht nur in der Langzeitpflege und Betreuung, sondern auch in der zeitlich begrenzten spitalexternen Nachsorge, der ambulanten Behandlung oder Rehabilitation zu. Diese beiden Rollen gilt es in der konkreten Versorgungsregion bzw. den Versorgungsregionen, in den die Spitexorganisationen ihre Leistung anbieten, differenzierter zu fassen. In verschiedenen Studien der Hochschule Luzern zeigten sich grosse Unterschiede im Leistungsspektrum von Spitexorganisationen auch innerhalb der Gruppe von Organisationen mit Versorgungspflicht und innerhalb ein und desselben Kantons (vgl. Wächter et al. 2016, Wächter et al. 2015a, Wächter & Bommer 2014). Diese Unterschiede betreffen sowohl die Tages- und Nachtdeckung, spezialisierte Leistungen wie Palliative Care oder psychiatrische Pflege oder auch die Beauftragung mit gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Anders als beim Aufsuchen eines Spitals (auf der kantonalen



Spitalliste) oder eines ambulanten Spezialisten ist für die ambulante aufsuchende Versorgung am Wohnort das lokale Angebot bzw. die Verfügbarkeit konsiliarischer Dienste bestimmend für die Möglichkeiten der Versorgung und die Versorgungsqualität. Der zeitnahe Aufbau einer auf Individualdaten basierenden Statistik der spitalexternen ambulanten Pflege, wie sie im Rahmen des Projektes MARS des Bundesamts für Statistik im Teilprojekt 6 Patientendaten Spitex geplant war, dann aber ohne neue Zeitangabe aufgeschoben wurde, ist eine zwingende Voraussetzung für ein besseres Verständnis und eine optimierte Steuerung des Leistungsgeschehens.<sup>25</sup> Aus Sicht der Autoren ist auch in diesem Bereich keine zusätzliche oder umfassendere Datenerhebung seitens der Spitexorganisationen notwendig, sondern nur eine bessere Klassifikation, Aufbereitung, Vernetzung und Weiterverarbeitung ihrer Daten.

Die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen beruht bereits auf anonymisierten Individualdaten in Bezug auf die Klienten- und Leistungsstrukturen. Damit ist die Ausgangslage deutlich besser als im spitalexternen ambulanten Bereich, auch mit Blick auf die Verknüpfung von Falldaten mit der medizinischen Statistik der Krankenhäuser. Die Qualität der Primärdaten auf der Betriebsebene würde steigen, wenn eine Rückspiegelung der bearbeiteten, klassifizierten und im Benchmark zu anderen Alters- und Pflegeheimen präsentierten Betriebsdaten zur Verbesserung der Erfassung vorgenommen würde. Fehlerquellen finden sich unter anderem in der Klassifizierung von Kurzeitaufenthalten, die häufig den Einstieg in einen Langzeitaufenthalt darstellen, in einer ungenauen Abgrenzung von Abwesenheits- oder Reservationsstagen, einer doppelten Erfassung des Sterbeortes bei Tod im Spital, in der Erfassung der Datenfelder «Eintritt von/Austritt nach» oder des Wohnortes. Interessante zusätzliche Kennzahlen wären unter anderem die «Pflegestufe bei Eintritt» oder Häufigkeit und Tendenz der Wechsel von Pflegestufen, die sich über Abfragen auf der Datenbank des Betriebs direkt gewinnen liessen.

Durch die Zunahme intermediärer Angebote wie betreutes Wohnen oder einen Ausbau von Entlastungsangeboten werden die Statistiken der spitalexternen Pflege und Betreuung verwässert, wenn sie nicht in die Statistiken integriert und als zusätzliche Angebote ausgewiesen werden. Mehrheitlich erfolgt die Abrechnung der Pflege und Betreuung in betreuten Wohnungen heute noch nach den Regeln der ambulanten Langzeitpflege, so dass eine Ausscheidung dieser Leistungen und Klienten in der Spitex-Statistik vorgenommen werden müsste (und bei einer entsprechenden Klassifikation entweder der Klienten oder der bezogenen Leistungen ohne Zusatzaufwand auch vorgenommen werden kann).

Sowohl in der Spitex-Statistik als auch in der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen muss eine Klassifikation der Betriebe bzw. eine Ausscheidung von spezialisierten Abteilungen oder Teams erfolgen. Die Übernahme übergeordneter oder spezialisierter Leistungen durch geriatrische Langzeitabteilungen von Spitälern, durch Hospize, durch Einrichtungen der Akut- und Übergangspflege resp. der Kurzzeitpflege oder durch ambulante Dienste verfälscht ansonsten den Vergleich des Leistungsgeschehens in verschiedenen Versorgungsregionen.

Das Versorgungsgeschehen orientiert sich nur begrenzt an kantonalen Grenzen oder an Gemeindegrenzen. Vermehrt bilden sich Versorgungsregionen innerhalb eines Kantons oder kantonsübergreifend, innerhalb derer sich die Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten bewegen und die Leistungen ineinandergreifen. Kantone wie beispielsweise Bern, Waadt oder Zürich können nicht als kantonale Einheit analysiert und verstanden werden. Es finden sich andere Versorgungsstrukturen in den Städten, Agglomerationen oder ländlichen Regionen, und selbst in den einzelnen Gruppen wie den Städten finden sich unterschiedliche Versorgungskonzepte und Leistungsaufträge. Sinnvolle Versorgungsregionen können zudem in Bezug auf unterschiedliche Zielgruppen voneinander abweichen. Zielgruppen

wie Kinder- und Jugendliche, Menschen mit einer spezifischen chronischen somatischen oder psychischen Krankheit, Menschen im Kontext einer Palliativversorgung und Begleitung am Lebensende können ihr je eigenes Netzwerk und ihren eigenen Versorgungsumfang begründen. Dies setzt eine regionale Auflösung der Statistiken voraus, um das Denken und Agieren in Versorgungsregionen zu unterstützen.

Die spitalexterne ambulante und stationäre Pflege ist immer auch Pflege an den Übergängen zwischen Versorgungseinheiten. Um diese Aufgaben und ihre Umsetzung in der Praxis nachzeichnen zu können, ist eine Verknüpfung der verschiedenen Statistiken notwendig. Bislang war dies nur zwischen der medizinischen Statistik der Krankenhäuser, der Betriebsstatistik der Krankenhäuser und der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen möglich. Die Spitex fehlt als wichtiger Knoten im Versorgungsnetzwerk. Studien von Füglistler-Dousse und Pellegrini (2019) zu den Aufenthaltsorten von älteren Menschen im letzten Lebensabschnitt, Wächter und Kessler (2014) zum Schnittstellenmanagement zwischen dem Spital, zuweisenden und nachsorgenden Institutionen im Kanton Basel-Stadt oder Wächter et al. (2015a) zur Palliativversorgung im Kanton Luzern zeigen die zusätzlichen Dimensionen, die aus der Analyse von Einzelstatistiken übergreifenden Patientenpfaden gewonnen werden können.

Ein letzter wichtiger Punkt in Bezug auf die Datengrundlagen für eine optimierte Steuerung und Organisation der Langzeitpflege betrifft die Pflegeplanung. Mehrheitlich greifen die Kantone und Gemeinden auf ein Prognosemodell zurück, welches von Obsan in Zusammenarbeit mit externen Forscherinnen und Forschern entwickelt wurde.<sup>26</sup> Das Modell erlaubt ein mehrstufiges strukturiertes Vorgehen, weist aber zwei methodische Einschränkungen auf. Zum einen verfügt die Schweiz mit Ausnahme der Schweizerischen Gesundheitsbefragung über keine periodische Erhebung, die eine Abschätzung der Anzahl Pflegebedürftigen und ihres

<sup>26</sup> Vgl. Bayer-Oglesby und Höpflinger (2010) sowie diverse kantonale Berichte, welche auf der Webseite des Obsan [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) zugänglich sind.

Grades der Pflegebedürftigkeit ausserhalb von Alters- und Pflegeheimen erlaubt. Aus statistischen Gründen müssen die beiden letzten Gesundheitsbefragungen der Jahre 2007 und 2012 zusammengefasst und auch kantonsübergreifend aggregiert werden, um eine Abschätzung der ambulant gepflegten und betreuten Menschen mittlerer und schwerer Pflegebedürftigkeit zu erlauben. Zeitliche Veränderungen und kantonale oder regionale Unterschiede werden so verwischt. Diese eine Zahl aus der Gesundheitsbefragung bestimmt sowohl die Gesamtzahl Personen mit einer mittleren oder schweren Pflegebedürftigkeit als auch den Anteil der ambulanten Versorgung. Zum anderen kann das Prognosemodell die wichtigen Entwicklungen und Unsicherheiten auf der gesellschaftlichen und individuellen Ebene, die über die Wahl der Pflege- und Wohnformen mitbestimmen (Präferenzen der Betroffenen, alternative Angebote, Finanzierungsrahmenbedingungen, familiäre und zivilgesellschaftliche Unterstützungsformen, etc.) nur sehr grob abschätzen. Dieser letzte Schritt hat aber eine sehr grosse Auswirkung auf den prognostizierten Bedarf an stationären Pflegeplätzen. Eine Analyse von Pflegeplanungen, die einzelne Kantone in regelmässigen Abständen durchgeführt haben, zeigt, wie stark die Prognosen in den letzten drei bis fünf Jahren nach unten angepasst wurden. Zwei wichtige Entwicklungen wären hier der Einbezug der ambulanten Versorgung in die Pflegeplanung einerseits und eine Konsolidierung der kantonalen Schätzungen durch eine Rückbindung an den beobachteten Verlauf und einen strukturierten Vergleich der kantonal verwendeten Modellparameter andererseits. Angesichts der starken Anpassung der kantonalen Pflegeplanungen und Pflegeheimlisten in den vergangenen Jahren müsste eine erneute Hochrechnung der prognostizierten Pflegekosten für die Schweiz auf der Basis der konsolidierten Schätzungen erfolgen.

### 7.3. Die Bedeutung nicht-pflegerischer Unterstützungsleistungen

In der gesundheitspolitischen Debatte wie auch in der Versorgungsforschung richtete sich der Fokus im Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung in den vergangenen Jahren vor allem auf die Pflege. Im ihrem Schatten stehen die Hauswirtschaft und die (sozial-)betreuerischen Leistungen. Ihre Bedeutung für den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit und Lebensqualität von pflege- und unterstützungsbedürftigen Personen wird unterschätzt. Die Ausgestaltung des Angebots und die Rolle der Spitexorganisationen oder anderer Leistungserbringer im Bereich der «Hilfe zu Hause» sind weniger klar gefasst als in der Pflege. Das Angebot ist für die Betroffenen oft unübersichtlich oder zerfällt in Einzelleistungen aus verschiedenen Händen, die ungenügend koordiniert sind.

Kantone und Gemeinden sind zum Teil dazu übergegangen, ihre Beiträge an diese Leistungen angesichts steigender Ausgaben für die Pflegefinanzierung zu kürzen oder zu streichen. In der heutigen Pflegefinanzierung besteht eine gewisse Asymmetrie zwischen Pflegeleistungen, die mit Ausnahme der Weitergabe einer Patientenbeteiligung an die Klientinnen und Klienten praktisch unter einen «Tarifschutz»<sup>27</sup> fallen, und nicht-pflegerischen Leistungen, die mit Ausnahme einer in der Entscheidungshoheit der Kantone und Gemeinden liegenden Mitfinanzierung der Leistungen zu Lasten der Klientinnen und Klienten gehen und über die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit abgestufte Hilflosenentschädigung mitfinanziert werden.

Dabei zeigen Studien, dass bei Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit zu Hause der Unterstützungsbedarf bei den instrumentellen Alltagsaktivitäten denjenigen der pflegerischen Unterstützung bei den wiederkehrenden grundlegenden physischen (basalen) Alltagsaktivitäten bei weitem übertrifft. Nicht-pflegerische Unterstützungsleistungen in den Dimensionen «Haus/Wohnung putzen,

schwere körperliche Tätigkeiten, Mahlzeiten vorbereiten, Einkaufen, Gartenarbeit, Telefonbedienen, Administratives» machen rund 60 Prozent aller erhaltenen Unterstützungsleistungen aus. Sie leisten einen wichtigen Beitrag zum Verbleib im gewohnten privaten Wohnumfeld. Oft stehen Haushaltsarbeiten am Anfang einer zunehmenden Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit. Sie können als Indikator gedeutet werden, die frühzeitige Massnahmen und Interventionen zum Erhalt oder zur Förderung der Selbständigkeit einleiten könnten.

In Kapitel 4 dieser Publikation fassen die Autoren wichtige Ergebnisse einer Studie der Hochschule Luzern zusammen, die einen Beitrag an die Klärung der Rolle der Hauswirtschaft und (sozial-)betreuerischen Leistungen der Spitex leistet und Anstösse zu einer Weiterentwicklung der Leistungen gibt. Die Studie zeigt auf, dass die Bedeutung der nicht-pflegerischen Leistungen nicht nur in der unmittelbaren Unterstützung von Klientinnen und Klienten bei der Bewältigung der notwendigen Alltagsaktivitäten liegt, sondern auch im Bereich Prävention und Früherkennung von gesundheitlichen und sozialen Problemen.

Prävention und Früherkennung setzen bereits auf der Ebene der Entstehungsbedingungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und einer reduzierten Funktionalität, Selbständigkeit und Lebensqualität an. Eine differenzierte Analyse zeigt, dass die Hauswirtschaft und (sozial-)betreuerischen Leistungen Risiko- und Schutzfaktoren in allen wichtigen Lebensbereichen betreffen. Darunter fallen unter anderem die Risikofaktoren soziale Isolation/Einsamkeit, Misshandlung und der Schutzfaktor soziale Unterstützung, der Risikofaktor negativer Stress und die Schutzfaktoren Selbstwirksamkeits- und Kohärenzgefühl oder die Risikofaktoren Sucht, Sturz, Inkontinenz und die Schutzfaktoren Ernährung und Bewegung. Durch den direkten Zugang zu den Klientinnen und Klienten und zu ihrem Wohnumfeld, durch ihren Einbezug in grundlegende Tätigkeiten, durch den Aufbau

<sup>27</sup> Tarifschutz bedeutet hier, dass Kosten für Pflegeleistungen nicht in verdeckter Form, über Überwälzungen auf andere Leistungen oder über Zuschläge an Pflegebedürftige weitergegeben werden dürfen.

einer vertrauensvollen Beziehung und die Möglichkeit, die Aktivitäten individuell auszurichten, verfügt die Hauswirtschaft über günstige Voraussetzungen, die an anderen Stellen nur sehr schwer zu schaffen sind.

Das Potenzial der Hauswirtschaft und (sozial-)betreuerischen Leistungen kann nur bei einer klareren Positionierung und Ausrichtung der Leistungen der Spitex genutzt und ausgebaut werden. Darunter fallen die Qualifikation und Schulung der Mitarbeitenden, eine klare Kommunikation des Angebots gegenüber den zuweisenden Stellen sowie den Klientinnen, Klienten und Angehörigen, die Entwicklung entsprechender Assessmentinstrumente und Massnahmenkataloge, eine Förderung der Vernetzung der Angebote der Spitex mit anderen Dienstleistern und klare Triageprozesse. Die Spitexorganisationen sind hier gefordert, auch in Bezug auf Kostentransparenz und überprüfbare Kostenstrukturen.

Auf der anderen Seite müssen auch die Kantone und Gemeinden über ihre Leistungsaufträge und Abgeltung Position beziehen, welche Rolle sie der Hauswirtschaft und (sozial-)betreuerischen Leistungen zuweisen und welche Ausrichtung der Organisationen sie in welchem Masse unterstützen wollen. Dies gilt auch mit Blick auf die Demenzstrategie des Bundes und Defizite in den heutigen Betreuungsstrukturen.

Ein häufig geäussertes Argument zu Gunsten der Einführung einer Pflegeversicherung ist die Behebung der Asymmetrie zwischen Finanzierung von Pflegeleistungen einerseits und instrumentellen Unterstützungsleistungen und (sozial-)betreuerischen Leistungen andererseits. Im Rahmen einer Pflegeversicherung soll der Begriff der Pflegebedürftigkeit um den Verlust gewisser Alltagskompetenzen aufgrund kognitiver oder psychischer Beeinträchtigungen erweitert und eine gleichberechtigte Abgeltung von notwendigen nicht-pflegerischen Leistungen eingeführt werden. Diese Forderung setzt bestimmte Klärungen voraus.

Darunter fallen die Frage nach dem Gesamtvolumen von Geldern für Pflege, Betreuung und instrumenteller Unterstützungsleistungen, die Aufteilung auf verschiedene Stufen der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit und die Form, in welcher die Gelder in das Versorgungssystem einfliessen sollen. Aus Sicht der Autoren ist gleichrangig aber auch die Frage nach den Auswirkungen auf die Ausgestaltung und Entwicklung des Leistungsangebots zu klären. Als Alternative zur Verbesserung der Finanzierung von Betreuungsleistungen und instrumentelle Unterstützungsleistungen könnte eine Neuausrichtung und Umgestaltung der heutigen Hilflosenentschädigung geprüft werden.

#### **7.4. Die Ergänzungsleistungen als wichtiges Steuerungselement in der spitalexternen Pflege**

Mit dem Wegfall der absoluten Obergrenze bei den Ergänzungsleistungen, welche in der Vergangenheit im Falle von Pflegebedürftigkeit in die Sozialhilfeabhängigkeit führen konnte, und der gesetzlichen Verpflichtung der Kantone, im Rahmen der Ausgestaltung der Ergänzungsleistungen dafür zu sorgen, dass durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfeabhängigkeit entsteht, wurden die Ergänzungsleistungen zu einem zentralen Instrument der finanziellen Absicherung von Pflegerisiken. Die Ergänzungsleistungen übernehmen im Rahmen der kantonal anerkannten Obergrenzen für Heimtaxen und für die Rückvergütung von Krankheits- und Behinderungskosten die subsidiäre, bedarfsorientierte Abdeckung von Pflege- und Betreuungskosten, wenn das Einkommen und Vermögen im Rahmen des vorgegebenen Vermögensverzehr nicht ausreichen. Die Regelungen in Bezug auf Vermögensfreibeträge, Höhe des Vermögensverzehr, anerkannte Kosten für den Lebensunterhalt und die persönlichen Auslagen im Pflegeheim lassen grössere Freibeträge als die Sozialhilfe. Die Ergänzungsleistungen greifen auch nicht auf eine Verwandtenunterstützung zurück.

Mit der Aufhebung der absoluten Obergrenze und der Möglichkeit, die anerkannten Heimtaxen kantonal festzulegen, hat eine Mehrheit der Kantone und Gemeinden ihre Investitions-, Bau- und Betriebsbeiträge zurückgefahren bzw. ganz aufgehoben und die damit früher gedeckten Kosten in die Pflege-, Betreuungs- und Pensionstaxen integriert. Sie sind von einer teilweisen Objektfinanzierung zu einer vollständigen Subjektfinanzierung übergegangen. Dieser Schritt hat zu einer Anhebung der Pensionstaxen geführt, die sich auch in den Ausgaben der Ergänzungsleistungen für Heimbewohner niederschlagen. Einzelne Kantone wie Graubünden, Schwyz oder Uri haben zunächst noch an Investitionsbeiträgen festgehalten, was beim interkantonalen Vergleich von Kostenstrukturen berücksichtigt werden muss.

Berechnungen und Simulationen zeigen, dass nicht nur Haushalte mit einem niedrigen Einkommen und Vermögen zur Finanzierung eines Pflegeheimaufenthalts auf Ergänzungsleistungen angewiesen waren (vgl. Abbildung 6 (S. 97) und Abbildung 7 (S. 101)). Davon zeugt auch die Tatsache, dass die Hälfte aller Heimbewohner und -bewohnerinnen bei der Pflege im Heim auf Ergänzungsleistungen angewiesen sind.

Durch den hohen Anteil von EL-Bezügerinnen und -Bezügern unter den Pflegeheimbewohnern bestimmen die Eckwerte der Ergänzungsleistungen die Wahlmöglichkeiten einer grossen Gruppe von Pflege- oder Hilfsbedürftigen. Dies betrifft auch das betreute Wohnen, dessen Mietpreise und Taxen für Grundleistungen ohne kantonale Zusatzregelungen oder direkte Subventionen an die Anbieter die heutigen Basisansätze der Ergänzungsleistungen übersteigen. Die kantonalen Obergrenzen der Ergänzungsleistungen und die angetroffenen Preise/Taxen/Tarife (Heimtaxen, Preise für hauswirtschaftliche Leistungen, Zuschläge für betreutes Wohnen) stehen miteinander in einer engen Wechselwirkung, wenn Ergänzungsleistungsbezüger den Zugang zu Leistungen nicht verwehrt werden soll. Die Ergänzungsleistungen werden

somit zu einem wichtigen Steuerungselement der Angebotsentwicklung und der Versorgungsstandards. Dies gilt auch für die kantonale Bezeichnung der anerkannten Leistungen und Kosten für instrumentelle Unterstützungsleistungen und Betreuungsleistungen. Diese sind z. B. im Vergleich mit dem Assistenzbudget der IV deutlich weniger flexibel geregelt.

Die Ergänzungsleistungen sind ein wirkungsvolles Instrument, um einen Sozialhilfebezug aufgrund von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Sie sind aber nicht nebenwirkungsfrei. Je mehr die Ergänzungsleistungen auch für den Mittelstand zu einem Instrument der Pflegefinanzierung werden, desto stärkere Wechselwirkungen treten mit einem Überschreiten der anerkannten Mietzinsmaxima (Verbleib in der vertrauten Wohnung), mit dem Steuersystem, mit Krankenzusatzversicherungen oder Zusatzaufwendungen für Leistungen auf, die im Rahmen der Krankheits- und Behinderungskosten nur teilweise vergütet werden. Sie führen zu Deckungslücken, mit der Folge, dass die Haushalte Ausgaben für Pflege- und Betreuungsleistungen aus dem verfügbaren Einkommen für den alltäglichen Grundbedarf oder durch einen zusätzlichen Vermögensverzehr bestreiten müssen. Gleichzeitig wird das verfügbare Einkommen mittelständischer Haushalte durch die Pflege- und Betreuungskosten auf das Niveau von Haushalten mit einem niedrigen Einkommen und Vermögen oder bei Steuerpflicht sogar unter das Niveau gesenkt (vgl. Abbildung 7, S. 101). Hier stösst eine zu stark bedarfsorientiert ausgerichtete Pflegefinanzierung an ihre Grenzen.

Aus Deckungslücken kann ein Fehlanreiz für einen vorzeitigen Heimeintritt resultieren, wenn die Kosten für altersgerechte Wohnungen, betreute Wohnungen oder ambulante Pflege- und Betreuungssettings nicht gedeckt sind oder die Mietzinsmaxima nicht den realen ortsüblichen Mietpreisen entsprechen. Die Mietzinsmaxima wurden seit 2001 nicht mehr angepasst, so dass die Höchstbeträge im Jahr 2013 nur noch rund 70 Prozent der

<sup>28</sup> *Die Mietzinsmaxima würden neu für eine alleinlebende Person in der Region 1 16'440 Franken, in der Region 2 15'900 Franken und in der Region 3 14'520 Franken pro Jahr betragen, für die zweite Person kämen zusätzlich 3'000 Franken in allen 3 Regionen hinzu.*

Mietzinse von Ehepaaren und Alleinstehenden deckten, bei Familien sogar nur unter 50 Prozent. In der laufenden Gesetzesrevision sind Nationalrat und Ständerat inzwischen dem ursprünglichen Vorschlag des Bundesrats gefolgt, welcher vorsieht, dass die Mietzinsmaxima unterschieden nach drei Regionen – Grosszentren, Stadt, Land – angehoben werden.<sup>28</sup> Bei der Abgeltung des Zusatzaufwands für «Betreutes Wohnen» besteht weiterhin Handlungsbedarf. Verschiedene Kantone (Graubünden, Jura, Luzern) haben eine Zusatzfinanzierung betreuter Wohnformen zu Lasten der eigenen Finanzen in die kantonalen Gesetze und Verordnungen über die Ergänzungsleistungen eingebracht. Auf nationaler Ebene liegt seit August 2018 eine Motion für Ergänzungsleistungen für betreutes Wohnen der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats vor.

Die Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen und die Neuregelung der Pflegefinanzierung haben auch die Anreizstruktur auf der Ebene der Kantone und Gemeinden verändert. Die Kantone und Gemeinden trugen im Rahmen der periodischen Ergänzungsleistungen im Jahr 2017 durch einen Eintritt ins Heim bedingte Mehrkosten in Höhe von 1'401,5 Mio. Franken, denen allerdings noch die – heute deutlich niedrigeren – Ausgaben für die Rückvergütung von ambulanten Pflege- und Betreuungsleistungen im Rahmen der Krankheits- und Behinderungskosten der EL bei der Pflege im privaten Wohnumfeld gegenüber zu stellen sind. Diese heimbedingten Mehrkosten, welche rund 50 Prozent der Jahresausgaben der Ergänzungsleistungen zur AHV ausmachen, können von den Kantonen und Gemeinden in einem gewissen Masse durch die Pflegeplanung und Leistungsaufträge im ambulanten Bereich beeinflusst werden. Von ihnen ging in den letzten Jahren im Gleichschritt mit steigenden Ausgaben für die Restfinanzierung Pflege ein starker Anreiz aus, die Entwicklung alternativer Wohn- und Pflegeformen zu unterstützen, vorzeitige Pflegeheimeintritte zu vermeiden und den Anteil der stationären Pflege im Heim zu senken.

Die Kostenunterschiede zwischen alternativen Wohn- und Pflegeformen verschieben sich jedoch mit steigender Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Es ist ein Tradeoff zwischen zwei gegenläufigen Bewegungen zu beobachten. Die Pensions- und Betreuungstaxen stellen bei der Pflege im Heim zusammen einen deutlich höheren Kostenblock dar als der normale Lebensunterhalt und die Miete mit den heutigen Mietzinsmaxima bei der Pflege in der privaten Wohnung. Dies gilt auch gegenüber der Wohn- und Pflegeform «betreutes Wohnen». Umgekehrt ist die Pflege im Heim mit steigender Pflegebedürftigkeit deutlich günstiger als die Pflege zu Hause, wenn diese nicht von Angehörigen wahrgenommen wird und nicht entsprechend monetarisiert wird (vgl. auch Wächter & Künzi 2011). Dies führt dazu, dass sich der Kostennachteil des Pflegeheims ab einem gewissen Pflege- und Betreuungsbedarf in einen Kostenvorteil umkehrt. Dieser Umschlagpunkt hängt von den konkreten Kosten der Versorgungsstrukturen und dem Mietzinsniveau einer Region ab.

Für die Finanzierungsträger Kantone und Gemeinden ergibt sich ebenfalls ein Tradeoff zwischen zwei gegenläufigen Richtungen. Die Restfinanzierungskosten für die Pflege zu Hause übertreffen einerseits diejenigen für die Pflege im Heim. Die Kosten für die Ergänzungsleistungen im Heim liegen andererseits über den Kosten für Ergänzungsleistungen zu Hause. Bei Selbstzahlenden ohne Ergänzungsleistungen wäre der Eintritt in ein Pflegeheim nicht nur für die Krankenversicherer, sondern auch für die öffentliche Hand günstiger. Es sind deshalb auf der Ebene der finanziellen Anreize allein die Differenzen in den Ausgaben im Rahmen der Ergänzungsleistungen und die nicht abgeregulierten Leistungen der pflegenden Angehörigen, welche die Kantone und Gemeinden ausschöpfen, wenn sie die Pflege zu Hause und in betreuten Wohnformen unterstützen und die Anzahl Heimeintritte für Personen mit einer niedrigen Pflegestufe durch alternative Angebote begrenzen.

Die Ausgabenentwicklung bei den Ergänzungsleistungen ist in den zurückliegenden Jahren stark durch Gesetzesrevisionen ausserhalb des EL-Systems und einem Abbau von Leistungen in den vorgelagerten Systemen beeinflusst worden. Die Kantone und Gemeinden tragen mit einem jährlichen Beitrag von 1.8 Mrd. Franken an EL-Bezüger im Rentenalter im Heim, davon 1.4 Mrd. Franken für heimbedingte Mehrkosten, einen erheblichen Teil der Pflege- und Aufenthaltskosten im Heim über die Ergänzungsleistungen. Stellt man die jährlichen Wachstumsraten von rund 2 Prozent für die EL für Heimbewohner im Rentenalter und für die heimbedingten Mehrkosten dem jährlichen Anstieg der Gesamtausgaben von 3 Prozent für Ergänzungsleistungen zur AHV gegenüber, relativiert sich jedoch die Wahrnehmung einer Kostenexplosion durch die Abdeckung des Risikos von Pflegebedürftigkeit.

Die Einführung einer Pflegeversicherung hätte dann einen Einfluss auf die EL-Kosten, wenn über sie auch Betreuungskosten und/oder Unterkunftskosten abgedeckt werden. Ansonsten würde sie die Kantone im Bereich der Restkostenfinanzierung entlasten, die mit Ausnahme des Kantons Schwyz ausserhalb der EL-Finanzierung abgewickelt wird. Letztlich entscheidet das Gesamtvolumen der Beiträge aus einer Pflegeversicherung an die Pflege- und Betreuungsleistungen sowie den Aufenthalt in einem stationären Pflegesetting über Be- oder Entlastung der Ergänzungsleistungen. Senkt man das Versorgungsniveau in den vorgelagerten Systemen, findet sich ein erheblicher Teil der Kosten in den Ergänzungsleistungen wieder. Eine Reduktion der einjährigen Karenzfrist bei der Hilfenentschädigung würde zu einer Entlastung der Ergänzungsleistungen führen.

## **7.5. Der Aufbau integrierter, koordinierter Versorgungsangebote und die Stärkung alternativer Wohn- und Pflegeformen**

Der medizinisch-technologische Wandel ist ein zentraler Treiber der Entwicklung des Gesundheitswesens, dessen Adaption und – auch ethische – Integration in die Versorgung eine kontinuierliche Herausforderung bleibt. Daneben ist das Bewusstsein in den letzten Jahren stark gestiegen, dass eine zentrale Herausforderung für das Schweizerische Gesundheitswesen darin liegt, wirksam auf die Verlagerung hin zu chronischen Krankheiten und Multimorbidität reagieren zu können. Immer mehr Menschen müssen über einen längeren Zeitraum und ohne Brüche über verschiedene Versorgungsbereiche mit Gesundheits-, Pflege-, Unterstützungs- und Betreuungsleistungen versorgt werden. Die Grundversorgung, Prävention und Public Health-Ansätze müssen gestärkt werden.<sup>29</sup> Der Spitex, selbständigen Pflegefachpersonen und Pflegeheimen sowie alternativen Wohn- und Pflegeformen kommen hier eine wichtige Rolle zu.

Bei den Akteuren der Gesundheitsversorgung hat eine starke Sensibilisierung stattgefunden, dass es einen Ausbau integrierter Versorgungsansätze braucht und dass ein drohender Personalmangel durch neue Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Einbindung zivilgesellschaftlicher Akteure zumindest teilweise kompensiert und abgemildert werden kann (u.a. Gedamke & Kessler 2018, Wächter & Distler 2019). Verlagerungen aus dem stationären Bereich und die Kontinuität der Versorgung über einen längeren Zeitraum setzen gute Schnittstellen und tragfähige ambulante Strukturen voraus.

In der Schweiz führen die föderalen Strukturen sowie insbesondere die regional sehr unterschiedlichen sozio-demografischen und geografischen Konstellationen in der Schweiz zu vielfältigen Ausgangslagen, die berücksichtigt werden müssen, wenn die Integration der Gesundheitsversorgung gelingen soll. Durch die

<sup>29</sup> OECD/World Health Organization (2011).

neue Pflegefinanzierung wurden auf der Ebene der Kantone und Gemeinden Anreize geschaffen, eigene Handlungsspielräume zur Förderung zu nutzen. Diese Handlungsspielräume wurden – mit grossen kantonalen und regionalen Unterschieden – in einer Vielzahl von Initiativen und Projekten ausgelotet und umgesetzt. Dies setzt zum Teil erhebliche Investitionen in den Aufbau entsprechender personeller Ressourcen und fachlicher Kompetenzen voraus. Ein intensiverer und strukturierter Austausch könnte hier Synergien schaffen.

Eine grosse Anzahl von Spitexorganisationen und Pflegeheimen ist heute noch lokal auf der Gemeindeebene verankert und von der Grösse auf die Versorgungsregion «Gemeinde» ausgerichtet. In vielen Regionen hat eine Ausdifferenzierung und Öffnung der Organisationsformen zu spielen begonnen, die mit neuen Formen sowohl der arbeitsteiligen Spezialisierung als auch der Zusammenarbeit verbunden ist. Je nach Region entstehen unterschiedliche Spannungsverhältnisse zwischen Kooperation und Konkurrenz, sind unterschiedliche Lösungsansätze gefragt. Die strategische Positionierung der eigenen Organisation in diesem dynamischen Umfeld stellt die Trägerschaften vor grosse Herausforderungen, ermöglicht ihnen aber zugleich auch eine regional angepasste, zielgerichtete Entwicklung. Diese wird von den anderen Stakeholdern der Versorgungsregion, einer Konkurrenz zwischen alternativen Versorgungsformen und der regulatorischen und finanziellen Rahmenordnung von Kanton, Gemeinde oder einem Zusammenschluss von Gemeinden stark geprägt. Einer transparenten, leistungsgerechten Abgeltung der Versorgungsleistungen kommt dabei eine Schlüsselrolle zu.

Auch wenn die Koordination und Vernetzung in den letzten Jahrzehnten zugenommen hat, ist es noch ein weiter Weg, bis in der Schweiz tatsächlich von einer «Integrierten Versorgung» gesprochen werden kann. Der Erfolg oder Misserfolg ist von vielen Akteuren abhängig. Bund, Kantone und Gemeinden können hier in

unterschiedlichen Handlungsfeldern – Steuerung durch Regulierung, finanzielle Steuerung, strukturelle (prozedurale) Steuerung sowie Steuerung durch Kommunikation – wichtige Akzente setzen, um die Weiterentwicklung der integrierten Versorgung gemeinsam mit den anderen Akteuren voranzutreiben (Gedamke & Kessler 2018). Die heutige Pflegefinanzierung unterstützt dabei regional angepasste Lösungen.

### **7.6. Braucht die Schweiz eine Pflegeversicherung**

Die Antwort auf die Frage: «Braucht die Schweiz eine Pflegeversicherung?» ist letztlich eine politische und gesellschaftliche Entscheidung. Im Rahmen dieser Publikation werden Grundlagen aufgearbeitet, um diese Debatte auf einer breit abgestützten Basis führen zu können. Nicht die Frage nach einzelnen Wirkungen wie der Be- oder Entlastung eines Finanzierungsträgers und damit der Lastenverteilung oder einer Aufwertung von Betreuungs- oder Unterstützungsleistungen und deren Abgeltung sollte im Vordergrund stehen, sondern die Unterschiede in der Steuerung und Organisation der Leistungserbringung, welche von einer Pflegeversicherung im Vergleich zur heutigen Mischfinanzierung ausgehen, sollten ins Zentrum rücken. Dabei wird als Variante die Frage nach einer Mischform von obligatorischem Pflegesparen (analog BVG) und einer zusätzlichen Versicherungsform für das Risiko sehr hoher Pflegekosten zu diskutieren sein.

Bevor es zu einer Systementscheidung kommt, sollten aus Sicht der Autoren in den nächsten Jahren zunächst Energie und Ressourcen in die folgenden Schritte fliessen:

1. Etablierung harmonisierter, hochauflösender Kostenrechnungen (auch als Führungsinstrument), Aufbau nationaler Datenbanken und gemeinsamer Institutionen für eine datengestützte Weiterentwicklung der Tarifstrukturen, Festlegung von Verfahren der Tariffindung und -verhandlungen



2. Verbesserung der Datengrundlagen für ein Monitoring der Versorgungsentwicklung im Bereich der spitalexternen Pflege (regionale Auflösung, Einführung von Betriebsklassifikationen, Umstellung der Spitex-Statistik auf eine Individualstatistik, Einbindung der Qualitätsdimension, transversale Verknüpfung der Statistiken zur Verfolgung der Patientenpfade und des Leistungsgeschehens an den Übergängen zwischen Versorgungsbereichen)
3. Weiterentwicklung der Prognosemodelle der Pflegeplanung unter Einbezug ambulanter und intermediärer Wohn- und Pflegeformen
4. Klärung der Funktion und Ausgestaltung von Betreuungs- und instrumentellen Unterstützungsleistungen sowie deren Abgeltung
5. Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen und Steuerungsformen zur Förderung integrierter Versorgungsansätze

Die heutige Mischfinanzierung der Pflege hat mit der Übertragung der Restfinanzierung Pflege sowie der heimbedingten Mehrkosten und Krankheits- und Behinderungskosten im Rahmen der EL an die Kantone und Gemeinden wichtige Anreize gesetzt, das Potenzial alternativer Wohn- und Pflegeformen, einer Stärkung der ambulanten Versorgung, einer Öffnung und Vernetzung der Pflegeheime, der Prävention und Früherkennung von Problemen und unterstützender Massnahmen zum Erhalt und Förderung der Selbständigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und schwindenden Kräften verstärkt auszuschöpfen. Es wurden Voraussetzungen für regional angepasste Lösungen geschaffen, die aber nicht in zu kleinräumigen Strukturen, einer Besitzstandswahrung bestehender Anbieter oder unbegründet grossen Leistungsunterschieden münden dürfen. Im Rahmen einer umfassenden Alters- und Gesundheitspolitik ist für die

Kantone und Gemeinden die Verbindung zwischen dem Gesundheits- und Sozialbereich und ein sozialräumlicher Bezug von Lösungen naheliegend. Sie verfügen auch über einen Zugang zur Wohnbevölkerung und Formen zivilgesellschaftlichen Engagements.

Gleichzeitig erfordert diese Ausgangslage von den Kantonen und Gemeinden Investitionen in personelle Ressourcen, fachliche Kompetenzen, Projekte und Vernetzungsformen sowie gegebenenfalls die Mitfinanzierung von Leistungen, deren Kosten im Wettstreit mit steigenden Ausgaben für die Restfinanzierung Pflege und die Ergänzungsleistungen stehen. Es bestehen grosse Unterschiede zwischen den kantonalen und kommunalen Versorgungsansätzen, deren Auswirkungen aber mit den aktuell verfügbaren Kennzahlen nicht hinreichend nachvollzogen werden können.

Angesichts der medizinisch-technologischen Entwicklungen, einer Verschiebung der Krankheitsbilder hin zu chronischen Erkrankungen und Multimorbidität, der Bedeutung einer guten Versorgung und Begleitung am Lebensende ermöglicht die heute bereits bestehende Anbindung der spitalexternen Pflege an die Krankenpflegeversicherung eine Integration wichtiger Leistungsdimensionen und hilft, einen Bruch zwischen verschiedenen Sozialversicherungsträgern zu vermeiden. Parallele oder miteinander in Konflikt stehende Ansprüche an verschiedene Versicherungszweige werden vermieden. Massnahmen der Prävention und Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit können in einem Setting konzipiert und finanziert werden. Die Finanzierung integrierter Versorgungsansätze wird nicht durch einen weiteren Finanzierungsträger erschwert oder verwässert.

Im Falle einer Weiterführung der heutigen Mischfinanzierung müssten jedoch Schwächen behoben und Fehlanreize abgebaut werden.

- Erstens sollten die Krankenversicherer in die Weiterentwicklung der Tarifstrukturen einbezogen werden und die Abgeltung spezialisierter Leistungen und unterschiedlicher Formen der Nachtabdeckung geklärt werden. Die Kostenfolgen werden angesichts des geringen Anteils am Gesamtvolumen der Leistungen oft überschätzt, problematischer sind eher die Definition von Kriterien zur Berechtigung der Abrechnung spezialisierter Leistungen. Die Abgeltung einer Versorgungspflicht müsste auf robuste Grundlagen gestellt werden, um eine Gleichbehandlung unterschiedlicher Organisationen zu gewährleisten.
- Zweitens sollte – als wichtiges Signal an die Kantone und Gemeinden als Restfinanzierungsträger Pflege – das Verfahren der Anpassung der Beiträge der Krankenversicherer an die Kostenentwicklung durch den Bundesrat resp. das EDI transparenter festgelegt werden.
- Drittens gilt es, die Rolle der Betreuungs- und instrumentellen Unterstützungsleistungen zu stärken und ihre Abgeltung zu klären. Dazu sollte die Rolle der Hilflosenentschädigung überprüft werden (Karenzfrist, unterschiedliche Anrechnung im Rahmen der EL, Einstufungskriterien, Abstufung) und die Hilflosenentschädigung im Zusammenspiel mit kantonalen Leistungen zu einer Absicherung von Betreuungskosten und instrumenteller Unterstützungsleistungen ausgebaut werden. Lösungen in Richtung der Flexibilität des Assistenzbudgets der Invalidenversicherung wären zu prüfen.
- Viertens muss das Leistungsniveau der Ergänzungsleistungen eine bestimmte Wahlfreiheit der EL-Bezügerinnen und Bezüger in Bezug auf Wohn- und Pflegeformen auch in Zukunft sicherstellen. Je stärker das System der Pflegefinanzierung auf eine bedarfsabhängige Finanzierung umgestellt wird – Abbau von Leistungsfinanzierungen oder direkten Beiträgen an Pflegebedürftige –, desto mehr wird das System der Ergänzungsleistungen zu einer Pflegefinanzierung auch für den Mittelstand und darüber hinaus. Es stösst an seine Grenzen, wenn das verfügbare Einkommen bei Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit über einen zu weiten Einkommens- und Vermögensbereich auf das Niveau von Haushalten mit niedrigem Einkommen und ohne Vermögen sinkt, bei gewissen Wechselwirkungen mit anderen Systemen (Steuern, Wohnungszuschüsse) sogar darunter.

- Fünftens müssten Rahmenbedingungen geschaffen werden, dass es auch aus einer betrieblichen Perspektive unternehmerisch sinnvoll ist, integrierte Versorgungsstrukturen aufzubauen.

Der Verzicht auf eine Pflegeversicherung hat starke Anreize auf der Ebene der Kantone und Gemeinden geschaffen, durch eine umfassende Alters- und Pflegepolitik den Anstieg stationärer Pflegeplätze abzubremsen und alternative Versorgungsformen zu unterstützen oder gemeinsam mit anderen Akteuren aufzubauen. Es stellt sich die Frage, wo die Kantone und Gemeinden hier an ihre Grenzen stossen und in wie weit die Anreize mit Unterstützungsleistungen oder einem intensivierten Austausch verbunden werden könnten, um die Kantone und Gemeinden beim Aufbau entsprechender fachlicher und personeller Ressourcen und der Entwicklung geeigneter Steuerungs- und Führungsinstrumente zu unterstützen.

Der Aufbau einer Pflegeversicherung respektive einer Mischform von obligatorischem Pflegesparen (analog BVG) und einer zusätzlichen Versicherungsform für das Risiko sehr hoher Pflegekosten würde den Aufbau entsprechender Kompetenzen in Richtung Sozialversicherungen verschieben und je nach Ausgestaltung auf alternative Steuerungsinstrumente wie z. B. einen verstärkten Wettbewerb unter Leistungserbringern oder eine stärkere Subjektfinanzierung zurückgreifen. Die Entscheidung für oder gegen die Einführung einer Pflegeversicherung sollte sich in erster Linie an den Auswirkungen auf die Organisation und Steuerung der Leistungserbringung, und erst in zweiter Linie auf die Ausbalancierung der Lastenverteilung stützen.

# Literaturverzeichnis

- Ankers, N., Serdaly, C. (2017). Personnes âgées peu dépendantes de soins. Obsan Dossier 58, Neuchâtel, 2017.
- Bannwart L., Künzi, K. (2018): Untersuchung zum betreuten Wohnen – Einsparpotential, Ausmass der Hilfsbedürftigkeit, Höhe des EL-Pauschalbeitrags, Studie im Auftrag des BSV. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS, Bern.
- Bayer-Oglesby, L., Höpflinger, F. (2010). Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz. Methodik und kantonale Kennzahlen. Obsan-Bericht 47, Neuchâtel.
- Bischofberger, I., Jähnke, A., Rudin, M., Stutz, H. (2014). Betreuungszulagen und Entlastungsangebote für betreuende und pflegende Angehörige. Schweizweite Bestandsaufnahmen im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und palliative ch (2014a): Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care». Version vom 15. Juli 2014. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2012). Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2015). Gesundheitsversorgungsstatistik – Ambulante Statistiken im Projekt MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé). Version 6.1
- Bundesrat (2013a). Gesamtsicht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen bis 2035 in Erfüllung des Postulats Humbel Ruth (12.3244) vom 15.03.2012, des Postulats Kuprecht Alex (08.3934) vom 18.12.2008 und des Postulats SVP-Fraktion (05.3781) vom 13.12.2005. Bericht des Bundesrats. November 2013.
- Bundesrat (2013b). Ergänzungsleistungen zur AHV/IV: Kostenentwicklung und Reformbedarf. Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Postulate Humbel (12.3602) vom 15. Juni 2012, Kuprecht (12.3673) vom 11. September 2012 und der FDP-Liberalen Fraktion (12.3677) vom 11. September 2012. 20.11.2013.
- Bundesrat (2014). Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Anrechenbare Mietzinsmaxima).
- Bundesrat (2015). Erläuternder Bericht zur Teilrevision des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zum Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EL-Reform) vom 25. November 2015.
- BFS Bundesamt für Statistik (2015): Gesundheitsversorgungsstatistik – Ambulante Statistiken im Projekt MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé), Version 6.1, Neuchâtel.
- Cosandey, J. (2016). Neue Masstäbe für die Alterspflege. Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe. Kantonsmonitoring 7. Zürich: Avenir Suisse.
- Dialog Ethik (2015). Ethische Orientierung und Entscheidungsfindung in den kommunalen Altersstellen. Schlussbericht zur Studie. Zürich.
- Djalali, S. & Rosemann, T. (2015). Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke. Hintergründe und Schlüsselemente (Obsan Dossier 45). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Dutoit L., Füglistler-Dousse S., Pellegrini S. (2016) Soins de longue durée dans les cantons: un même défi, différentes solutions. Evolutions 2006–2013. Obsan Rapport 69. Neuchâtel.
- Eidgenössisches Departement des Innern (EDI) (2013). Gesundheit 2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates.
- Fluder, R. et al. 2012. Ambulante Alterspflege und -betreuung. Zur Situation von pflege- und unterstützungsbedürftigen älteren Menschen zu Hause. Zürich: Seismo.
- fmc Schweizer Forum für integrierte Versorgung (Hg.) (2018). Bund, Kantone und Gemeinden in der Integrierten Versorgung: Rollenszenarien 2026 (auf Basis einer Studie von S. Gedamke, O. Kessler; unter Mitarbeit von M. Wächter, J. Willisegger, K. Jehle). Neuägeri (fmc – Denkstoff Nr. 4).
- Füglistler-Dousse, S., Pellegrini, S. (2019). Aufenthaltsorte von älteren Menschen im letzten Lebensabschnitt. Analyse der Abfolge von Aufenthalt in Spital und Pflegeheim. Obsan Bulletin 2/2019.
- Füglistler-Dousse, S., Dutoit, L., Pellegrini, S. (2015). Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006–2013 (Obsan Rapport 67). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Gasser, N., Knöpfel, C., Seifert, K. (2015). Erst agil, dann fragil. Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter bei vulnerablen Menschen. Zürich: Pro Senectute Schweiz.
- Gedamke, S., Kessler, O. (2018). Aktuelle und künftige Rollen von Bund, Kantonen und Gemeinden in der Integrierten Versorgung. Forschungsmandat im Auftrag des fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung.
- Hafen, M. (2013). Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Heidelberg
- Haslbeck, J., Klein, M., Bischofberger, I. & Sottas, B. (2015). Leben mit chronischer Krankheit. Die Perspektive von Patientinnen, Patienten und Angehörigen (Obsan Dossier 46). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Haslebacher, K. (2015). Spitalklassifizierung: Neuer Algorithmus für den Betriebsvergleich. Soziale Sicherheit CHSS 2/2015, S. 107–110.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., Zumbrunn, A. (2011). Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.), Bern: Huber.
- Ilinca, S., Leichsenring, K., Rodrigues, R. (2015). From Care in homes to care at home: European experiences with (de)institutionalisation in long-term care. Policy Brief December 2015. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research. <https://www.euro.centre.org/publications/detail/420>.
- INFRAS, Landolt Rechtsanwältin und Careum Forschung (2018). Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit.
- Jaccard Ruedin, H., Weaver, F. (2009) Ageing Workforce in an Ageing Society. Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030? Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Kessler, O., Jehle, K., Wächter, M., Gedamke, S., Willisegger, W. (Hrsg.) (2019). Immer mehr – immer besser? Über-, Unter- und Fehlversorgung im Schweizer Gesundheitswesen. Bern: Hogrefe.
- Klie, Thomas (2014). Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft. München: Pattloch.
- Knöpfel, C., Riccardo P., Heinzmann, C. (2018). Gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Eine Bestandsaufnahme. Zürich: Seismo Verlag.
- Krummenacher, J., Wächter, M. (2013). Die Versorgung der Bevölkerung mit Spitexleistungen im Kanton Schwyz – Standortbestimmung und Ausblick. Öffentlicher Schlussbericht.
- Lobsiger, M. & Kägi, W. (2016). Analyse der Struktur-erhebung und Berechnung von Knappheitsindikatoren zum Gesundheitspersonal (Obsan Dossier 53). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Naegele, G. (2014). 20 Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht. Gutachten im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Obsan (2013). BAG\_Lieu\_Deces\_Def.xlsx, im Auftrag des BAG, publiziert unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13777/index.html?lang=de>
- Obsan (2015). Verbesserungspotential bei Qualität und Koordination in der Gesundheitsversorgung älterer Menschen. Neuchâtel: Obsan Bulletin 2/2015.
- OECD/World Health Organization (2011). OECD Reviews of Health Systems – Switzerland 2011. Deutsche Übersetzung des Berichts durch das BAG (2012): OECD/World Health Organization. OECD-Berichte über Gesundheitssysteme: Schweiz 2011.
- Otto, U., Hegedüs, A., Schürch, A. (2019). Damit Zuhause-Älterwerden gelingt – die Gemeinde oder Region als Dirigentin des Unterstützungsorchesters? Rechercheauftrag für Socius 2.0. Bericht an die Age-Stiftung, Januar 2019.
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F., Schnegg, B. (2010). Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz. Schlussbericht zur Swiss Age Care-Studie, Forschungsprojekt im Auftrag von Spitex-Schweiz. Bern.
- Perrig-Chiello, P., Hutchison, S., Höpflinger, F. (2011). Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der suisse latine. Schlussbericht zur Swiss Age Care-Studie, Forschungsprojekt im Auftrag von Spitex-Schweiz. Bern.
- Reck, M. (2015). Spitex – zwischen Staat und Markt. Bern: Hogrefe.
- Sager, F., Rüfli, Ch. & Wälti, M. (2010). Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Möglichkeiten der Steuerung durch die Kantone (Obsan Dossier 10). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schaeffer, D., Hämel, K., Ewers, M. (2015). Versorgungsmodelle für strukturschwache und ländliche Regionen. Erfahrungen aus Finnland und Kanada. Weinheim: Juventa.

## Anhang

- Schaltegger, C. A., Leisibach, P. (2015). Analyse der Kostentreiber in den Ergänzungsleistungen. Fakten, Probleme, Lösungsmöglichkeiten. Gutachten im Auftrag des Schweizerischen Arbeitgeberverbandes. Schneider, Y., Widmer, P., Hochuli, P. (2018). Abschätzung der Kostenwirkung des Wohn- und Pflegemodells 2030. Studie im Auftrag von Curaviva.
- Schusselé Fillietzaz, S. (2017). Soins intégrés en Suisse. Résultats de la 1re enquête (2015–2016). Neuchâtel: Obsan (Obsan Dossier, 57).
- Schweizerische Eidgenossenschaft (Hg.) (2016). Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege. Bericht des Bundesrates. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag.
- Stremlow, J., Riedweg, W., Da Rui, G., Müller, M. (2016). Gestaltung der Alterspolitik, Beteiligung und Partizipation in ausgewählten Schweizer Städten und Gemeinden. 4. Aufl. Hg. v. Sigrid Leitner, Michael Mroß und Herbert Schubert. Kölner Schriftenreihe für Management und Organisation in der Sozialen Arbeit.
- Trageser, J., Gschwend, E., Stokar, T. von, Hegedüs, A., Otto, U. (2018). Integriertes Altersversorgungsnetzwerk (CareNet+). Evaluationsbericht. Zürich: Pro Senectute Kanton Zürich. URL: [https://www.care-netplus.ch/wpcontent/uploads/2018/11/Evaluationsbericht\\_CareNet\\_online\\_182711-1.pdf](https://www.care-netplus.ch/wpcontent/uploads/2018/11/Evaluationsbericht_CareNet_online_182711-1.pdf)
- Verein Socius Kanton Schwyz (2016/17). Konzept Fach- und Koordinationsstelle Socius Kanton Schwyz, aktualisiert 2017.
- Wächter, M., Distler, J. (2019). Evaluationsbericht «Socius Kanton Schwyz». Evaluation im Auftrag der Age Stiftung.
- Wächter, M., Künzi, K., Hausammann, M., Abrassart, A. (2017). Vollkosten der öffentlich-rechtlichen und gemeinnützigen Spitexorganisationen. Eine konzeptionelle und empirische Analyse der Kosten- und Leistungsstrukturen der öffentlich-rechtlichen und gemeinnützigen Spitexorganisationen. Studie im Auftrag des Spitex Verbands Schweiz.
- Wächter, M., Bürkler, P., von Bergen, M. (2016). Markt- und Strategieanalyse Spitex Kanton Bern. Studie im Auftrag des Spitex Verbands Kanton Bern.
- Wächter, M., Bommer, A., Rabhi-Sidler, R. (2015a). Vertiefte Bedarfsabklärung «Mobile Palliative-Care-Dienste (MPCD)» im Kanton Luzern. Studie im Auftrag des Vereins Palliativ Luzern und des Gesundheits- und Sozialdepartements des Kanton Luzern. [https://www.palliativ-luzern.ch/application/files/7114/6969/2153/Schlussbericht\\_lang\\_Vertiefte\\_Bedarfsabklaerung\\_151209\\_def.pdf](https://www.palliativ-luzern.ch/application/files/7114/6969/2153/Schlussbericht_lang_Vertiefte_Bedarfsabklaerung_151209_def.pdf) [Zugriff am 31.01.2019].
- Wächter, M., Hafen, M., Bommer, A., Rabhi-Sidler, R. (2015b). Die Zukunft der hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex. Standortbestimmung und Ausblick. Schlussbericht, Hochschule Luzern. Luzern: Mai 2015.
- Wächter, M., Kessler, O. (2014). Gesundheitsversorgung umfassend und vernetzt – Von Schnittstellen zu Nahtstellen im Kanton Basel-Stadt. Studie im Auftrag des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt. Schlussbericht, Hochschule Luzern.
- Wächter, M., Bommer, A. (2014). Mobile Palliative-Care-Dienste (MPCD) in der Schweiz – Eine Bestandesaufnahme aus der Perspektive dieser Anbieter. Studie im Auftrag des BAG mit Unterstützung der GDK und der Fachgesellschaft palliative.ch. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-palliative-care/bestandesaufnahme-mobile-palliativ-dienste.html> [Zugriff am 31.01.2019].
- Wächter, M., Künzi, K. (2011). Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive. Kurzstudie im Auftrag des Spitex Verbands Schweiz.
- Wernli, T., Zannoni, U. (2016). Gesundheitsregionen: Der Mensch im Mittelpunkt, nicht Krankheiten. In: Schweizerische Ärztezeitung, 97: 737–739.
- Wingenfeld, K., Büscher, A., Gansweid, B. (2011). Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. GKV-Spitzenverband (Hrsg.), Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 2.
- Willisegger, J., Blatter, H. (2016). Preis- und Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen – Rahmenbedingungen und Anreize. Luzern: KONKORDIA Stiftung.

Um die Kostenbestandteile, welche den drei Wohn- und Pflegemodellen «Wohnen zu Hause», «betreutes Wohnen» und «Wohnen im Pflegeheim» Abbildung 6: Kostenunterschiede alternativer Pflege- und Wohnformen im Vergleich in Kapitel 5.3 auf S. 97 zugrunde gelegt wurden, im Einzelnen nachvollziehen zu können, werden sie in der untenstehenden Tabelle detailliert aufgeführt.

**Tabelle 8: Kostenunterschiede alternativer Pflege- und Wohnformen im Vergleich (Zahlen zu Abbildung 4)**

	Kosten pro Jahr		
	Im Pflegeheim	Zu Hause	Betreutes Wohnen
<b>Jährliche EL (ohne Prämienverbilligung)</b>			
Allgemeiner Lebensbedarf		19'290	19'290
Persönliche Auslagen	3'864		
Max. Mietzins		13'200	13'200
Pensionstaxe Pflegeheim (Fr. 110)	40'150		
Betreuungstaxe Pflegeheim (Fr. 30)	10'950		
Patientenbeteiligung Pflege (max. 21.60.–)	0–7'884		
<b>Total jährliche EL</b>	<b>54'964 – 62'848</b>	<b>32'490</b>	<b>32'490</b>
Miete rollstuhlgängige Wohnung, max.		3'600	3'600
<b>Prämienverbilligung (PV, real oder Durchschnittsprämie)</b>	4'200	4'200	4'200

	Kosten pro Jahr		
	Im Pflegeheim	Zu Hause	Betreutes Wohnen
<b>Krankheits- und Behinderungskosten (EL-KK)</b>			
Max. Vergütung	6'000	25'000	25'000
<b>Total jährliche EL inkl. PV mit maximaler Limite für EL-KK</b>	<b>65'164 – 73'048</b>	<b>61'690</b>	<b>61'690</b>
<b>Krankheits- und Behinderungskosten (EL-KK)</b>			
<b>Variante 1 Pflegebedarf von täglich 30 Minuten; 14 täglich 2h Hauswirtschaft</b>			
Kosten für Selbstbehalt und Franchise	1'000	1'000	1'000
Patientenbeteiligung (ambulant)		2'920	2'920
Kosten für Hauswirtschaft (max. 46 Franken)		2'392	2'392
Kosten für Notruf		600	
Mietzinszuschläge für betreutes Wohnen			3'600
Service-Grundleistungen Betreutes Wohnens			3'600
<b>Total EL mit effektiv geltend gemachten EL-KK (Variante 1)</b>	<b>68'048</b>	<b>43'602</b>	<b>50'202</b>

	Kosten pro Jahr		
	Im Pflegeheim	Zu Hause	Betreutes Wohnen
<b>Variante 2 Pflegebedarf von täglich 90 Minuten; wöchentlich 2h Hauswirtschaft</b>			
abweichend: Kosten für Hauswirtschaft (max. 46 Franken)		4'784	4'784
<b>Total EL mit effektiv geltend gemachten EL-KK (Variante 2)</b>	<b>68'048</b>	<b>45'994</b>	<b>52'594</b>
<b>Gesundheitskosten andere Finanzierungsträger</b>			
<b>Variante 1 Pflegebedarf von täglich 30 Minuten; 14 täglich 2h Hauswirtschaft</b>			
Restfinanzierung Pflege öffentliche Hand	0	7'706	6'935
Subventionierung Hauswirtschaft	0	312	312
Krankenkassenbeitrag Pflege	6'570	14'162	14'162
<b>Total Pflege 30 Minuten</b>	<b>6'570</b>	<b>22'180</b>	<b>21'409</b>
<b>Total Ausgaben Variante 1 (Alle Kostenträger)</b>	<b>74'618</b>	<b>65'782</b>	<b>71'611</b>

	Kosten pro Jahr		
	Im Pflegeheim	Zu Hause	Betreutes Wohnen
<b>Variante 2 Pflegebedarf von täglich 90 Minuten; wöchentlich 2h Hauswirtschaft</b>			
Restfinanzierung Pflege öffentliche Hand	11'461	17'338	15'604
Subventionierung Hauswirtschaft	0	624	624
Krankenkassenbeitrag Pflege	16'425	31'865	31'865
<b>Total Pflege 90 Minuten</b>	<b>27'886</b>	<b>49'826</b>	<b>48'092</b>
<b>Total Ausgaben Variante 2 (Alle Kostenträger)</b>	<b>95'934</b>	<b>95'820</b>	<b>100'686</b>

Tabelle 8: *Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung HSLU.*

## Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVG	Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
ASPS	Verband der privaten Spitex-Organisationen
AÜP	Akut- und Übergangspflege
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
Curafutura	Verband Schweizer Krankenversicherer
Curaviva	Verband Heime und Institutionen Schweiz
EDI	Eidgenössisches Department des Inneren
EL	Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung
ELG	Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
H+	Verband der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen in der Schweiz
HCD	HomeCareData: Plattform für datenbasiertes Qualitätsmanagement
HE	Hilflosenentschädigung
HSK	Einkaufsgemeinschaft (Helsana, Sanitas und KPT) für Leistungen der Krankenversicherung
HSLU	Hochschule Luzern
IV	Invalidenversicherung

IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
KLV	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
KLVA	Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination
KLVB	Massnahmen der Untersuchung und Behandlung
KLVC	Massnahmen der Grundpflege
KORE	Kostenrechnung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
MTK	Medizinaltarif-Kommission des Unfallversicherungsgesetzes
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen
ÖGM	Forschungs- und Beratungsschwerpunkt Öffentliches Gesundheitsmanagement der Hochschule Luzern
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
RAI-HC	Resident Assessment Instrument Home Care (gesamtschweizerisches einheitliches Bedarfsabklärungsinstrument für die Spitex)
santésuisse	Verband Schweizer Krankenversicherer
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Somed	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
SVS	Spitex Verband Schweiz
SwissDRG	Tarifsystem Swiss Diagnosis Related Groups
Tarmed	Tarifsystem für ambulante ärztliche Leistungen
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung

## Die Autoren

**Matthias Wächter**, Naturwissenschaftler und Ökonom (Dr. sc. nat. ETH) ist seit 2011 Dozent und Projektleiter am Kompetenzzentrum Public & Nonprofit Management des IBR und Co-Leiter des Forschungs- und Beratungsprogramms «Öffentliches Gesundheitsmanagement» der Hochschule Luzern – Wirtschaft. Er verfügt über langjährige Forschungserfahrung im Bereich Sozial- und Gesundheitspolitik. Unter anderem war er als Wissenschaftlicher Programmbeauftragter des Collegium Helveticum, als Geschäftsleiter der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Sozialpolitik (SAS), als Mitarbeiter des Büros BASS und als persönlicher Mitarbeiter der Vorsitzenden der Geschäftsleitung beim Schweizerischen Roten Kreuz Kanton Zürich tätig. Schwerpunkte seiner Forschungsarbeit bilden das öffentliche Gesundheitsmanagement, die Versorgungsforschung Langzeitpflege, das Schnittstellenmanagement in der Gesundheitsversorgung, Anreizsysteme und Systemfragen zu Governance, Wettbewerb und Finanzierung im Gesundheitswesen.

**Oliver Kessler**, Ökonom und Politikwissenschaftler (lic. rer. publ. HSG, Universitäten Neuenburg und St. Gallen), ist seit 2003 als Dozent, Forscher und Organisationsberater am Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR der Hochschule Luzern – Wirtschaft tätig. Die Entwicklung von Strategien, Kooperationen, Organisationen und Führungskulturen – insbesondere im Sozial- und Gesundheitsbereich – sind seine Arbeitsschwerpunkte. Er leitet am IBR das Kompetenzzentrum «Public & Nonprofit Management», ist Co-Leiter des Forschungs- und Beratungsprogramms «Öffentliches Gesundheitsmanagement» und Co-Studienleiter des Weiterbildungsmasters «MAS Management im Sozial- und Gesundheitsbereich». Vor seinem Engagement an der Hochschule Luzern war er in verschiedenen Funktionen in sozialen Organisationen, in der Verwaltung und in der Privatwirtschaft tätig. Ehrenamtlich ist er als Stiftungsrat einer sozialen Organisation tätig.





