

Neue Massstäbe für die Alterspflege

Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe

Jérôme Cosandey unter Mitarbeit von Kevin Kienast

Kantonsmonitoring 7

Neue Massstäbe für die Alterspflege

*Organisation und Finanzierung einer
gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe*

*Jérôme Cosandey,
unter Mitarbeit von Kevin Kienast*

Autor Jérôme Cosandey, <http://www.avenir-suisse.ch/6600/jerome-cosandey/>
Herausgeber Avenir Suisse, www.avenir-suisse.ch
Internes Lektorat Elena Gerbershagen, Gesine Schuchert, Urs Steiner, Verena Parzer-Epp
Korrektorat n c ag, www.ncag.ch
Gestaltung Pascal Müller, n c ag, www.ncag.ch
Abbildungen Severin Hürzeler, www.die-grafischen.ch
Druck Feldegg Medien AG, www.feldegg.ch

© Juni 2016 Avenir Suisse, Zürich
aktualisierte Auflage August 2016

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Da Avenir Suisse an der Verbreitung der hier präsentierten Ideen interessiert ist, ist die Verwertung der Erkenntnisse, Daten und Grafiken dieses Werks durch Dritte ausdrücklich erwünscht, sofern die Quelle exakt und gut sichtbar angegeben wird und die gesetzlichen Urheberrechtsbestimmungen eingehalten werden.

Bestellen assistent@avenir-suisse.ch, Tel. 044 445 90 00
Download <http://www.avenir-suisse.ch/57166/>

01 _ Einleitung	_ 7
1.1 _ Neue Herausforderungen für ein altes Problem	_ 8
1.2 _ Kantone in der Pflicht	_ 10
1.3 _ Ziele und Inhalt des Kantonsmonitoring	_ 14
02 _ Organisation der Alterspflege	_ 19
2.1 _ Ein facettenreiches Angebot	_ 20
2.2 _ Unterschiede in der Durchlässigkeit zwischen den Leistungserbringern	_ 24
2.3 _ Optionen zur Optimierung der Versorgungskette	_ 29
2.4 _ Mangelhafte Voraussetzungen für Effizienz im Alterspflege-Markt	_ 34
2.5 _ Fazit und Subranking «Organisation»	_ 40
03 _ Kosten der Alterspflege	_ 43
3.1 _ «Ambulant vor stationär» nicht entscheidend	_ 44
3.2 _ Drei Viertel der Kosten für das Personal	_ 50
3.3 _ Grosse Unterschiede beim Personalbestand	_ 59
3.4 _ Regionale Abweichungen bei der Inanspruchnahme	_ 66
3.5 _ Einsparungspotenzial von mindestens 1,9 Milliarden Franken pro Jahr	_ 70
3.6 _ Fazit und Subranking «Kosten»	_ 70

04_ Finanzierung der Alterspflege	_ 75
4.1_ Die Troika der Pflegefinanzierung	_ 76
4.2_ Ergänzungsleistungen für jeden zweiten Pflegeheim pensionär	_ 88
4.3_ Wer zahlt, befiehlt – wer befiehlt, zahlt	_ 97
4.4_ Stellschrauben zur Steuerung der Nachfrage	_ 101
4.5_ Finanzierungsregeln zur Steuerung des Angebots	_ 108
4.6_ Fazit und Subranking «Finanzierung»	_ 116
 05_ Gesamtranking und Ausblick	 _ 121
5.1_ Ein differenziertes Bild der Alterspflege	_ 122
5.2_ Bisherige Herausforderungen nur ein Vorgeschmack	_ 123
5.3_ Drei Erfolgsfaktoren für die Alterspflege der Zukunft	_ 127
5.4_ Langfristige Finanzierung mit vererbbarem Pflegekapital	_ 131
5.5_ Fazit	_ 134
 Anhang	 _ 138
Abkürzungsverzeichnis	_ 155
Index	_ 157
Literatur	_ 159

01 Einleitung

1.1 _ Neue Herausforderungen für ein altes Problem	_ 8
Immer älter – und trotzdem länger jung	_ 8
Jede dritte Person über 85 Jahre ist pflegebedürftig	_ 8
Wachsende Bedeutung der Alterspflege im Gesundheitssektor	_ 9
1.2 _ Kantone in der Pflicht	_ 10
Die Rolle der Kantone seit der Neuordnung der Pflegefinanzierung 2011	_ 10
26 unterschiedliche Ausgangslagen	_ 12
1.3 _ Ziele und Inhalt des Kantonsmonitoring	_ 14
Liberaler Kompass für Entscheidungsträger und Verwaltung	_ 14
Fokus auf Langzeitpflege im Alter	_ 15

1.1 _Neue Herausforderungen für ein altes Problem

Immer älter – und trotzdem länger jung

Zuerst die gute Nachricht: Die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt steigt in der Schweiz täglich um drei bis vier Stunden. Betrug sie 1948, als die AHV eingeführt wurde, lediglich 68,6 Jahre (BFS 2016b), kletterte dieser Wert dank erhöhtem Wohlstand, gesünderem Lebensstil und medizinischem Fortschritt bis 2013 auf 82,9 Jahre – das ist nach Japan und Spanien der dritthöchste Wert weltweit (OECD 2016). Experten gehen davon aus, dass sich dieser Trend fortsetzen wird. Obwohl das genaue Ausmass ungewiss ist, bleibt das Potenzial signifikant. Die Vermeidung aller Herz-Kreislauf-Krankheiten könnte die Lebenserwartung von Männern um 4,6 Lebensjahre und die Vermeidung aller Krebserkrankungen um 3,7 Jahre erhöhen (Höpflinger et al. 2011).

Wir werden nicht nur immer älter, sondern bleiben auch länger jung. So erhöhte sich für pensionierte Männer die Anzahl der Jahre bei guter Gesundheit von 11,1 im Jahr 1992 auf 13,6 im Jahr 2012 bzw. für Frauen von 11,9 auf 14,2 (BFS 2016c, EC 2014). Die durch die steigende Lebenserwartung gewonnenen Lebensjahre sind somit vor allem solche guter Gesundheit. Dadurch können Hochbetagte weiterhin aktiv am Familien- und Gesellschaftsleben teilnehmen.

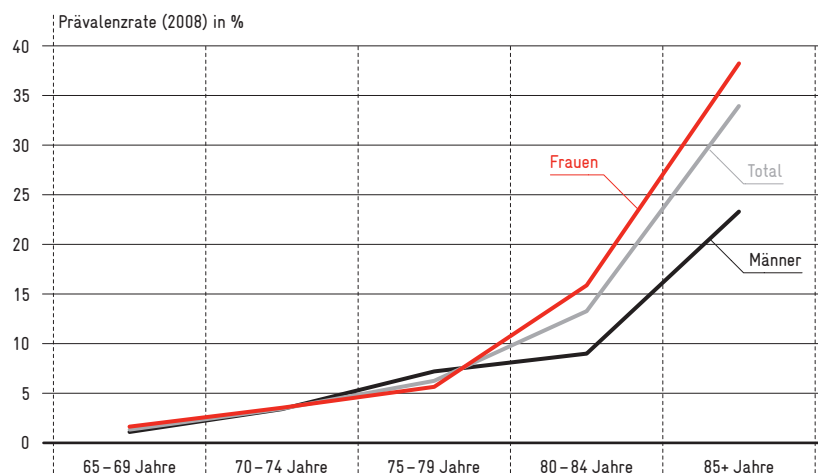
Jede dritte Person über 85 Jahre ist pflegebedürftig

Die weniger gute Nachricht: Selbst wenn Hochbetagte länger gesund bleiben als ihre Vorfahren, altern sie dennoch. Mit steigendem Alter nimmt die Pflegebedürftigkeit exponentiell zu. Während bei den Unter-

Abbildung 1

Die Pflegebedürftigkeit nimmt ab 80 Jahren exponentiell zu

Die Häufigkeit von mittlerer und starker Pflegebedürftigkeit steigt stark für Frauen ab 80 Jahren und für Männer ab 85 Jahren. Jeder dritte 85-Jährige und Ältere ist pflegebedürftig.



Quelle: Höpflinger et al. 2011

80-Jährigen weniger als 10 % pflegebedürftig sind, steigt die Häufigkeit der Pflegebedürftigkeit für Frauen ab 80 Jahren bzw. für Männer ab 85 Jahren stark (vgl. Abbildung 1). Jede dritte Person über 85 Jahre, Mann oder Frau, ist mittel bis schwer pflegebedürftig. Die Tatsache, dass die Prävalenzrate für die Gesamtbevölkerung nicht dem Mittelwert der jeweiligen Prävalenzrate für Männer und Frauen entspricht, ist auf die höhere Lebenserwartung der Frauen und ihren somit höheren Anteil an der Bevölkerung in diesen Altersgruppen zurückzuführen.

Die Häufigkeit der Pflegebedürftigkeit steigt für Frauen ab 80 Jahren bzw. für Männer ab 85 Jahren stark.

Zudem kann ein längeres Leben auch zu neuen Krankheitsformen im hohen Alter führen. Dank dem medizinischen Fortschritt überleben mehr Menschen Herzinfarkte und Krebserkrankungen. Dafür leiden immer mehr von ihnen unter chronischen Beschwerden, zum Beispiel Diabetes oder Alzheimer (Bachmann et al. 2015). Solche Krankheiten können Jahre dauern. Der Zustand der Patienten bleibt im besten Fall stabil, oft aber verschlechtert er sich und wird von weiteren Beschwerden begleitet (Multimorbidität). Ehepartner und Verwandte sind bei der Pflege solcher Fälle in emotionaler und zeitlicher Hinsicht besonders gefordert. 2013 betrug der freiwillige Aufwand für die Pflege von Erwachsenen im eigenen Haushalt gemäss Berechnungen des Bundesamtes für Statistik 42 Mio. Stunden (BFS 2016d). Das entspricht etwa dem Arbeitsangebot von 21 000 Vollzeitangestellten (Vollzeitäquivalenten: VZÄ).

Wachsende Bedeutung der Alterspflege im Gesundheitssektor

Können Ehepartner und Kinder ihren betagten Angehörigen nicht mehr alleine helfen, müssen diese professionell gepflegt werden. 2014 waren im Bereich der Langzeitpflege 43 500 Personen in Spitex-Organisationen und 124 500 Personen in Alters- und Pflegeheimen (APH) beschäftigt (BFS 2015a, BFS 2015b). Das entsprach 108 000 Vollzeitäquivalenten.

Wegen der Steigerung der Lebenserwartung und der daraus resultierenden Veränderung der Pflegebedürftigkeit hat die Bedeutung der Pflege im Alter überproportional zugenommen. Der Personalbestand in der Alterspflege ist zum Beispiel zwischen 2000 und 2014 im Durchschnitt um 3,7 % jährlich gewachsen – das ist eine beinahe doppelt so hohe Wachstumsrate wie im Spitalbereich. Nicht nur im Vergleich mit dem Gesundheitssektor, sondern auch gemessen an der gesamten Erwerbsbevölkerung ist die Bedeutung des Personals in der Alterspflege deutlich gestiegen (vgl. Tabelle 1).

Auch sind die Ausgaben für die Alterspflege immer wichtiger geworden. Die Kosten für Leistungen in Alters- und Pflegeheimen und von Spitex-Organisationen sind zwischen 2000 und 2014 im Durchschnitt jährlich um 4,4 % gestiegen. Dies ist eine stolze Zahl, wenn man sie in Relation zum Wachstum des Bruttoinlandprodukts (BIP) von jährlich 2,4 % setzt (vgl. Tabelle 1). Und selbst der Anstieg der Kosten des gesamten Gesundheitssektors von jährlich doch 3,7 % wird damit noch übertroffen.

Tabelle 1**Die Alterspflege gewinnt rasch an Bedeutung**

In der alternden Gesellschaft wird die Alterspflege einer der Bereiche des Gesundheitssektors sein, die in personeller wie in finanzieller Hinsicht am schnellsten wachsen.

<i>Personal in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)</i>	<i>2000</i>	<i>2014</i>	<i>Durchschnittliche</i>
			<i>Wachstumsrate</i> <i>2000–2014</i> <i>in %</i>
Alterspflege (Spitex, APH)	64 590	108 098	3,7
Spitäler	115 090	152 433	2,0
Alterspflege in % des Spitalpersonals	56	71	1,7
Erwerbsbevölkerung (Personen)	3 878 752	4 519 230	1,1
Alterspflege in % der Erwerbsbevölkerung	1,7	2,4	2,6

<i>Kosten (Mrd. Fr.)</i>			
Alterspflege (Spitex, APH)	6,3	11,5	4,4
Gesamte Gesundheitskosten	42,8	71,2	3,7
Alterspflege in % der gesamten Gesundheitskosten	15	16	0,7
BIP	459	642	2,4
Alterspflege in % vom BIP	1,4	1,8	1,9

Quelle: BFS 2015a, BFS 2015b, BFS 2015m, BFS 2015n, BFS 2016e, eigene Berechnungen

Dieser Trend dürfte angesichts der Alterung der Gesellschaft, die nicht nur aufgrund der steigenden Lebenserwartung, sondern auch durch die Ankunft der geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer im Rentenalter beschleunigt wird, kaum zum Stillstand kommen. Daher ist ein gründliches Verständnis der Organisation, der Kostentreiber und der Finanzierung der Alterspflege dringend nötig. Das vorliegende siebte Kantonsmonitoring von Avenir Suisse soll dazu einen Beitrag leisten.

1.2_Kantone in der Pflicht

Die Rolle der Kantone seit der Neuordnung der Pflegefinanzierung 2011

Im Gesundheitswesen hat der Bund nur punktuelle, wenn auch zunehmende Kompetenzen, zum Beispiel bei der Fortpflanzungsmedizin und Gentechnologie im Humanbereich oder in der Transplantationsmedizin (Art. 119 BV). Er muss zudem für den Schutz der Gesundheit sorgen, zum Beispiel via Lebensmittelschutzvorgaben oder durch die Regelung des Umgangs mit Betäubungsmitteln (Art. 118 BV) (Schoch 2014). Sonst liegt das Gesundheitswesen primär in der Verantwortung der Kantone. Sie stellen die Gesundheitsversorgung (Spitäler und Pflegeheime, Pflege zu Hause, psychiatrische Dienste usw.) sicher und sind für die Zulassung und Aufsicht ambulanter Leistungserbringer zuständig. Auch obliegt ihnen der Vollzug gewisser bundesrechtlicher Vorgaben in den Bereichen der Krankenversicherung, des Gesundheitsschutzes und der Berufsbildung (Rüeffli et al. 2015).

In der Alterspflege stehen vor allem die Kantone in der Verantwortung (Art. 112c BV) – oder ihre Gemeinden, falls die Kantone diese Kompetenz weiterdelegieren. Der Bund verlangt lediglich durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), dass die Kantone die Planung von Pflegeheimen koordinieren. Bedingung für die Zulassung von Pflegeheimen zur Abrechnung der Kosten nach KVG (aber nicht von Spitex-Organisationen) ist eine bedarfsgerechte Planung und die Aufnahme des Heimes auf eine kantonale Pflegeheimliste, analog zur Spitalliste (Art. 39 KVG).

Wie viele Pflegeheime bzw. Pflegebetten pro Einwohner nötig sind, wie viel Personal in Pflegeheimen, in Tagesstrukturen oder bei Spitex-Organisationen tätig sein sollte und welche Qualifikationen die Mitarbeiter ausweisen müssen, bestimmen allein die Kantone. Dieses Kantonsmonitoring soll eine detaillierte Übersicht über diese Vielfalt liefern.

Einzig bei der Finanzierung der Pflegeleistungen wurden im Rahmen des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung schweizweit Mindestvorgaben definiert. Diese Neuordnung wurde angeregt, nachdem die Kosten für Pflegeleistungen innerhalb der Krankenversicherung deutlich schneller gestiegen waren, als man bei der Einführung des KVG 1994 erwartet hatte. Schon 1999 wurden die Projektionen von der Realität eingeholt, und es war aufgrund der schon damals einsetzenden Alterung der Gesellschaft kein Ende dieser Tendenz in Sicht (Bundesrat 2005). Die neue Pflegefinanzierung hatte primär zwei Ziele: *«Zum einen soll die sozialpolitisch schwierige Situation bestimmter Gruppen pflegebedürftiger Personen entschärft werden, zum anderen geht es darum, die Krankenversicherung, welche im geltenden System zunehmend altersbedingte Pflegeleistungen übernimmt, finanziell nicht zusätzlich zu belasten»* (Bundesrat 2005). Beim ersten Ziel war vor allem die prekäre Situation mancher Patienten in Pflegeheimen gemeint, die aufgrund von plafonierten Beiträgen der Ergänzungsleistungen (EL) auf Sozialhilfe angewiesen waren. Beim zweiten Ziel war eine Begrenzung der Pflegekosten der Krankenversicherung auf das damalige Niveau von unter 2 Mrd. Fr. pro Jahr gemeint (Bundesrat 2005). Mit dem neuen Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 wurden drei wichtige Bundesgesetze revidiert, die am 1. Januar 2011 in Kraft traten.

Erstens wurde das KVG angepasst. Demnach sollen die Krankenkassen einen Beitrag an die Pflegeaufwendungen leisten, unabhängig davon, ob sie ambulant, in Tages- oder Nachtstrukturen oder in Pflegeheimen erbracht werden. Die Beiträge sind vom Pflegebedarf abhängig und werden vom Bundesrat in Franken festgelegt (Art. 25 KVG). Im gleichen Artikel wird der Finanzierungsanteil der Patienten definiert und plafoniert – man spricht von der «Patientenbeteiligung»:

«Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 % des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.» (Art. 25a KVG).

In der Alterspflege stehen vor allem die Kantone in der Verantwortung – oder ihre Gemeinden, falls die Kantone diese Kompetenz weiterdelegieren.

Durch diese gesetzliche Anpassung erhielt der Bund die Kompetenz, die Beiträge der Krankenkassen festzulegen. Die Kantone haben einen eng gesteckten Spielraum, der definiert, inwiefern sie ihre Bürger an der Finanzierung der Pflegekosten beteiligen können (Tarifschutz der Patienten). Allerdings geniessen sie grosse Freiheit bei der Regelung der sogenannten «Restfinanzierung». Das umfasst Gestaltungselemente wie die Definition von oberen Beiträgen je nach Pflegebedarf oder die Berechnungsmethode für die Ermittlung dieser Beiträge. Wie diese Studie zeigen wird, nutzen die Kantone diese Freiheiten in sehr unterschiedlichem Umfang.

Zweitens wurde das Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) revidiert. Vor allem für Wohneigentümer wurden höhere Vermögensfreibeträge eingeführt, die den Zugang zu den Ergänzungsleistungen erleichtern und den Verzehr des privaten Vermögens reduzieren. Die bisherige Plafonierung der EL-Beiträge wurde abgeschafft, damit ein Pflegeheimaufenthalt in der Regel nicht mehr zu Leistungen der Sozialhilfe führen kann. Die Tagestaxen der Pflegeheime sind neu als Ausgaben für die Bestimmung der Ansprüche auf Ergänzungsleistungen anerkannt (Art. 10 Abs. 2 ELG). Die Kantone behalten jedoch eine gewisse Handlungsfreiheit für die Bestimmung des EL-Anspruchs, indem sie *«die Kosten begrenzen [können], die wegen des Aufenthaltes in einem Heim oder Spital berücksichtigt werden»* (Art. 10 Abs. 2 ELG).

Drittens wurde das Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) angepasst und neu eine Hilflosenentschädigung für Personen mit einer leichten Hilflosigkeit, die zu Hause leben, eingeführt. Diese neue Entschädigung soll – zusammen mit dem oben beschriebenen Beitrag der Krankenversicherung an die Grundpflege – für die Dritthilfe bei den täglichen Lebensverrichtungen verwendet werden (Bundesrat 2005, Bundesrat 2008). Da diese Regelung schweizweit gilt, ist sie im Rahmen dieses Kantonsmonitorings weniger relevant.

Die Konsequenzen dieser drei Revisionen beschränken sich nicht nur auf Finanzierungsaspekte. Durch die neuen finanziellen Zuständigkeiten zwischen Patienten, Krankenkassen und öffentlicher Hand sowie durch die stärker am Pflegebedarf orientierten Beiträge hat sich die Organisation, und dadurch die Kostenstruktur, der Alterspflege in den Kantonen tiefgreifend verändert. Fünf Jahre nach Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung zielt das Kantonsmonitoring darauf ab, Transparenz über die Folgen dieser Gesetzesänderungen in den Kantonen zu schaffen.

Fünf Jahre nach Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung zielt das Kantonsmonitoring darauf ab, Transparenz über die Folgen dieser Gesetzesänderungen in den Kantonen zu schaffen.

26 unterschiedliche Ausgangslagen

Wie dargestellt verfügen die Kantone über einen grossen Handlungsspielraum bei der Organisation und Finanzierung der Alterspflege. Ihre Wahl der Lösungen hängt jedoch sehr von Merkmalen ab, die trotz der Kleinheit der Schweiz zwischen den Kantonen stark variieren.

Zunächst spielen soziodemografische Faktoren eine wichtige Rolle. Die Altersstruktur der Bevölkerung eines Kantons hängt in hohem Mass von seiner wirtschaftlichen Entwicklung und seiner Einbettung in Grossregionen ab. Zum Beispiel können wirtschaftsschwache Regionen Mühe bekunden, junge Arbeitskräfte anzuziehen bzw. zu halten. Dadurch wird die Personalrekrutierung in Pflegeberufen erschwert. Gleichzeitig steigt die relative Nachfrage nach Pflegeleistungen pro Einwohner, weil betagte Menschen in solchen Regionen einen grösseren Anteil an der Bevölkerung ausmachen. Umgekehrt dürfte die Situation in Kantonen mit grossen Ballungszentren oder mit guter Erschliessung sein, weil sie eher von einer jüngeren, weniger pflegebedürftigen Bevölkerung profitieren.

Ferner beeinflusst die Topografie die Organisation der Pflege im Alter massgeblich. In dünnbesiedelten Gebirgskantonen müssen die Einzugsgebiete viel grösser sein, um die gleiche Anzahl Bürger zu erreichen. Anders formuliert: Pflegeheime und Spitex-Organisationen sind dort deswegen oft kleiner, weil die Anreisewege die Inanspruchnahme der Leistungen limitieren. Umgekehrt können Skaleneffekte in städtischen Kantonen viel eher realisiert werden.

Ausserdem spielen kulturelle Unterschiede eine grosse Rolle. Das Rollenverständnis in Bezug auf die Familie und den Staat variiert stark zwischen den Regionen. Welche Aufgaben sollen eher innerhalb der Familie, der Nachbarschaft übernommen werden, welche dürfen dem Staat delegiert werden? In der Ostschweiz ist es zum Beispiel eher verbreitet und akzeptiert, dass man den Lebensabend in einer Altersresidenz verbringt (auch wenn keine Pflege nötig ist). Umgekehrt ist in der Romandie das «établissement médico-social (EMS)» *à tout prix* zu vermeiden. Und apropos Staat: Ist eher die Gemeinde oder der Kanton gemeint? Die Ost- und Zentralschweiz delegiert mehr Kompetenzen an ihre Gemeinden, die lateinische Schweiz setzt eher auf zentrale, kantonale Strukturen. Dabei verlaufen die Bruchlinien nicht nur entlang des Röstigrabens, sondern auch zwischen städtischen und ländlichen oder zwischen industrie- und dienstleistungsorientierten Regionen.

Schliesslich kann die heutige Struktur der Pflege im Alter nur unter Berücksichtigung ihrer historischen Entwicklung verstanden werden. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung hat die Spielregeln und damit die Kompetenzen der Gemeinden und des Kantons zum Teil neu gestaltet. Waren zum Beispiel in einem Kanton die Gemeinden für die Sozialhilfe und der Kanton für die Ergänzungsleistungen zuständig, wurde 2011 die Finanzierungszuständigkeit für die Alterspflege einkommensschwacher Personen umgekehrt. Zudem verlief die Einführung der neuen Pflegefinanzierung in vielen Kantonen parallel zur Umsetzung der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA), die oft eine neue Aufgaben- und Lastenverteilung zwischen einem Kanton und seinen Gemeinden auslöste. Die Organisation und die Zuständigkeiten für die Alterspflege waren in die-

Das Rollenverständnis in Bezug auf die Familie und den Staat variiert stark zwischen den Regionen.

sem Kontext oft das Ergebnis politischer Kompromisse, die mehr einer Pfadabhängigkeit als einer «Grüne-Wiesen-Logik» entspringen.

1.3_Ziele und Inhalt des Kantonsmonitoring

Liberaler Kompass für Entscheidungsträger und Verwaltung

Die Bedürfnisse in der Alterspflege und die möglichen Lösungen, um diese Bedürfnisse zu befriedigen, variieren sehr zwischen den Kantonen. Dieses Kantonsmonitoring will Transparenz über Angebot und Nachfrage nach Pflegeleistungen in den 26 Kantonen und im Fürstentum Liechtenstein schaffen.

Dank einer solchen Auslegeordnung können sich Verwaltung, Fachspezialisten und Entscheidungsträger über die Organisation, die Kosten und die zum Teil komplexe Finanzierung der Alterspflege in ihrem Kanton in quantitativer und qualitativer Hinsicht bewusst werden (vgl. Abbildung 2).

Dafür liefert die Studie nicht nur Kennzahlen, sondern sie beschreibt die Nachfrage (zum Beispiel die Alters- und Siedlungsstruktur der Bevölkerung) und das Angebot (zum Beispiel Kostentreiber, regulatorische Hemmnisse und Wettbewerbsumfeld) detailliert. Zudem ermöglicht der systematische Vergleich unter den Kantonen und über die Grossregionen hinweg, unterschiedliche Herangehensweisen zu identifizieren und kritisch zu hinterfragen.

Ein besonderes Augenmerk wird auf jene Differenzen gelegt, die sich weniger durch soziodemografische oder topografische Merkmale, sondern vielmehr durch politische Entscheide erklären lassen. Diese Unterschiede sind interessanter, weil sie den Handlungsspielraum der öffentlichen Hand und der Leistungserbringer besser reflektieren.

Gesundheit ist ein besonders hohes Gut. Die finanziellen Verhältnisse eines Patienten dürfen den Zugang zu Gesundheitsleistungen nicht al-

Der systematische Vergleich unter den Kantonen ermöglicht, unterschiedliche Herangehensweisen zu identifizieren und kritisch zu hinterfragen.

Abbildung 2

Drei Facetten der Alterspflege im Fokus

Organisation	Spitex- und Pflegeheimangebot (Personal, Betten) Marktzugang für (private) Leistungserbringer Qualität der angebotenen Leistungen
Kosten	Personal- und Sachkosten Personaldotation, Quote der Inanspruchnahme Einsparungspotenzial
Finanzierung	Beiträge der Patienten und der öffentlichen Hand (inkl. EL) Fiskalische Äquivalenz – «wer zahlt befiehlt» Steuerung des Angebots/der Nachfrage mit Finanzierungsregeln

Quelle: eigene Darstellung

lein bestimmen. Daher wird der Gesundheitssektor, und damit auch die Alterspflege, besonders stark reguliert. Man kann deshalb kaum von einem Pflegemarkt sprechen. Das heisst aber nicht, dass innerhalb klar definierter Leitplanken die Organisation der Alterspflege keine wettbewerbs- und marktähnlichen Elemente enthalten darf. Ganz im Gegenteil: Im Kontext einer alternden Gesellschaft und sich verändernder Präferenzen der Patienten und ihres Umfelds wird es besonders wichtig sein, neue Angebote einerseits und höhere Effizienz andererseits durch Wettbewerb zu fördern.

Die Studie zeigt differenziert auf, wo Einschränkungen im Wettbewerb berechtigt sind und wie sie (ökonomisch) sinnvoll implementiert werden sollten. Sie zeigt aber auch, wo die Selbstbestimmung und die Eigenverantwortung der Patienten und der Leistungserbringer unnötig eingeschränkt werden. Die Studie soll somit Entscheidungsträgern in der Politik, in Verbänden und der Zivilgesellschaft helfen, Gestaltungselemente und Rahmenbedingungen zu identifizieren, die eine effiziente und effektive Erbringung von Pflegeleistungen ermöglichen.

Fokus auf Langzeitpflege im Alter

Die Studie untersucht die Langzeitpflege im Alter, im ambulanten (Spitex-Organisationen, selbständige Pflegefachpersonen) wie im stationären Bereich (Alters- und Pflegeheime sowie Tages- und Nachtstrukturen, sofern sie auf kantonalen Pflegeheimlisten aufgeführt sind). Die Studie deckt alle 26 Kantone der Schweiz und das Fürstentum Liechtenstein (FL ¹) ab. Letzteres wird zum ersten Mal in das Kantonsmonitoring einbezogen. Das FL ist für diese Studie interessant, weil die Alterspflege dort zwar ähnlich, aber doch mit einigen deutlichen Unterschieden gegenüber der Schweiz organisiert ist. Der Vergleich mit dem FL bietet also nicht nur einen 27. Vergleichspunkt, sondern überall dort Anregungen, wo die gesetzlichen Bestimmungen von denjenigen in der Schweiz abweichen.

Die Studie fokussiert nur auf die Pflege im Alter. Die Langzeitpflege in jüngeren Jahren, zum Beispiel nach einem Unfall oder einer Krankheit, wird nicht untersucht. Dieser Verzicht ist einerseits nötig, um die Komplexität der Studie nicht weiter zu erhöhen, und andererseits begründet, da dieser Bereich von der Alterung der Gesellschaft weniger tangiert wird. Auch wurde die Alterspflege in Spitälern nur am Rande berücksichtigt, weil hier die Datengrundlage mangelhaft ist. Manche Spitäler haben eigene Geriatrie-Abteilungen; jene, die nicht über solche verfügen, behandeln zwar ebenfalls Geriatrie-Patienten, erfassen sie jedoch nicht separat.

Die Studie deckt alle 26 Kantone der Schweiz und das Fürstentum Liechtenstein ab.

¹ In dieser Publikation werden die Kantone und das Fürstentum Liechtenstein mit den von den Autokennzeichen her bekannten zweibuchstabigen Kürzeln beschrieben. Damit wird der Text weniger schwerfällig (gerade bei Auflistungen) und die Identifikation einzelner Kantone im Text wird optisch einfacher.

Das Kantonsmonitoring fokussiert nur auf Themen, für die aus allen 26 Kantonen Daten vorliegen. Dafür wird die Analyse vor allem auf der Basis von national erhältlichen Statistiken (Spitex-Statistik, SOMED-Statistik, BFS 2015a, BFS 2015b) und Primärdaten, die Avenir Suisse mittels standardisierter Fragebögen erhoben und in Einzelgesprächen mit den zuständigen Amtsvorstehern aller Kantone im Sommer 2015 validiert hat, durchgeführt. In jenen Kantonen, in denen die Alterspflege primär in der Verantwortung der Gemeinde liegt, wurde der standardisierte Fragebogen mit den Verantwortlichen der für die Aufsicht zuständigen kantonalen Stelle besprochen.

Es ist offensichtlich, dass die Fokussierung auf Vergleichbares ein unvollständiges Bild der Alterspflege in den Kantonen wiedergibt. Das Engagement von Angehörigen und Freiwilligen, die Rolle von gemeinnützigen Organisationen und neuartige intermediäre Angebote wie betreutes Wohnen sind wichtige Pfeiler der Alterspflege und eindeutig Bestandteil der Pflegeversorgung. Aufgrund uneinheitlicher Definitionen oder fehlender flächendeckender Erfassung können sie in diesem Monitoring jedoch nicht abgebildet werden, weil sonst Äpfel mit Birnen verglichen würden. Zur Illustration ihrer Bedeutung und im Sinne eines Aufzeigens von Best Practices werden allerdings punktuell kantonale Beispiele in den Kapiteln aufgegriffen.

Die Studie ist in fünf Kapitel unterteilt. Nach den einleitenden Bemerkungen wird im Kapitel 2 die *Organisation* der Alterspflege in den Kantonen analysiert. Dabei werden die unterschiedlichen Angebotsformen einzeln vorgestellt und es wird ihre Verzahnung mit der gesamten Versorgungskette illustriert. Nebst dieser vor allem quantitativen Betrachtung wird auch die Organisation entlang qualitativer Dimensionen, aus Sicht der Leistungsbezieher wie der Leistungserbringer, beurteilt.

In Kapitel 3 werden die *Kosten* der Alterspflege pro Pflegebedürftigen untersucht. Sie werden entlang von drei Haupttreibern analysiert: die Kosten pro Pflegefachperson, die Personaldotation pro Patient und die Quote der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen pro Einwohner. Die Zerlegung in diese drei Grössen ermöglicht nicht nur eine differenzierte Analyse der Kosten, sondern zeigt zugleich Ansatzpunkte für eine effizientere Leistungserbringung auf.

Kapitel 4 geht der Frage der *Finanzierung* nach. Es wird analysiert, wie die in Kapitel 3 ermittelten Kosten auf die verschiedenen Akteure – Patienten, Krankenkasse und Staat – verteilt werden. Nebst der Verteilungsdimension wird zudem untersucht, inwiefern die kantonalen Finanzierungsregeln einen schonenden Umgang mit personellen und finanziellen Ressourcen sowie den innovativen Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern fördern.

Die Kapitel 2 bis 4 werden jeweils mit einem Subranking abgerundet; diese Subrankings werden dann in Kapitel 5 in einem *Gesamtranking* konsolidiert. Die Verdichtung auf drei Subrankings und ein Gesamtranking

Avenir Suisse hat
Primärdaten mittels
standardisierter
Fragebögen erhoben
und in Einzelgesprächen
mit den zuständigen
Amtsvorstehern aller
Kantone validiert.

ist eine bewusste Vereinfachung und eine zugespitzte Art, die Ergebnisse zusammenzufassen. Sie ermöglicht jedoch, die Komplexität der Thematik, die in dieser Studie detailliert aufgezeigt wird, auf wenige Nenner zu reduzieren. In der Folge sind die Verwaltung, die Politik und die Zivilgesellschaft gefordert, sich zu den Themen zu äussern, in denen sich die Kantone am meisten voneinander unterscheiden. Kapitel 5 endet mit einem *Ausblick* und zeigt Wege auf, wie die heutigen Strukturen und Regeln optimal angepasst werden können, um die Herausforderungen einer zunehmend individualisierten und alternden Gesellschaft zu meistern.

Ein Gesamtranking ermöglicht, die Komplexität der Alterspflege auf wenige Nenner zu reduzieren.

02 Organisation der Alterspflege

2.1 _ Ein facettenreiches Angebot	_ 20
Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen zu Hause	_ 20
Grosse Auswahl an Pflegestrukturen	_ 21
2.2 _ Unterschiede in der Durchlässigkeit zwischen den Leistungserbringern	_ 24
Spitäler nur zum Teil ein Puffer für fehlende Heimbetten	_ 24
Punktueller Hinweis auf Überangebote im stationären Bereich	_ 24
Jeder dritte Pflegeheim pensionär mit tiefem Pflegebedarf	_ 27
Trend zur Einschränkung des stationären Angebots	_ 27
2.3 _ Optionen zur Optimierung der Versorgungskette	_ 29
Der Zusammenhang zwischen Spitex- und Pflegeheimangeboten	_ 29
Intermediäre Strukturen im Ausbau	_ 30
Erste Schritte in Richtung integrierter Versorgung	_ 32
Pflegeaufwand daheim – wie im Heim	_ 33
2.4 _ Mangelhafte Voraussetzungen für Effizienz im Alterspflege-Markt	_ 34
Unterschiedlicher Marktzugang für Leistungserbringer	_ 35
Freier Marktzugang für alle Leistungsbezieher	_ 37
Unvollständige Transparenz über angebotene Leistungen	_ 37
2.5 _ Fazit und Subranking «Organisation»	_ 40
Vier Beurteilungskriterien für kantonale Strukturen	_ 40
Kanton ZH am besten organisiert, Kanton SG als Schlusslicht	_ 41

2.1 _Ein facettenreiches Angebot

Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen zu Hause

«Alle Menschen sind gleich, manche mehr als andere», pflegte der verstorbene französische Komiker Coluche in Anlehnung an den Roman «Animal Farm» von George Orwell zu sagen. Dies trifft besonders für den Gesundheitszustand von Betagten gleichen Alters zu. Mit steigendem Alter führen unterschiedliche berufliche Werdegänge, Lebensstile und Schicksale zu grossen Diskrepanzen bei den geistigen und physischen Fähigkeiten. Dementsprechend unterschiedlich sind die Krankheits- und Pflegeverläufe von Hochbetagten. Während 10 % bis 15 % der Bevölkerung bis zu ihrem Tod unabhängig bleiben (Lalive d'Epinay und Cavalli 2013), ist das Leben der anderen 85 % durch eine zunehmende Fragilisierung geprägt. Man schätzt, dass weniger als 5 % der jährlich ca. 60 000 Todesfälle in der Schweiz plötzlich eintreten. 50 % bis 60 % der Todesfälle geht eine schwere, fortschreitende Krankheit (z.B. Krebs) mit einer Dauer von zwei bis drei Jahren und 30 % bis 40 % der Todesfälle eine Demenz von acht bis zehn Jahren voraus (Bundesrat 2014).

«Fragil» zu sein bedeutet allerdings nicht automatisch, medizinische Pflegeleistungen zu benötigen. Schon die Schwierigkeiten, selber einkaufen zu gehen und zu kochen oder sich selbständig zu waschen, machen ältere Personen hilfsbedürftig. Der Grad dieser Hilfs- und Pflegebedürftigkeit wird häufig anhand von ADL-Indikatoren («activities of daily living» – Aktivitäten des täglichen Lebens) gemessen.² Wer bei keinem dieser Indikatoren eingeschränkt ist, gilt als unabhängig, wer bei mehr als zwei Mühe bekundet, gilt als stark fragil. Erwartungsgemäss steigt der Fragilisierungsgrad mit dem Alter. Während 2012 75 % der Personen im Alter zwischen 65 und 74 Jahren noch unabhängig waren, waren es nur 16 % der Personen über 85 Jahre (Eugster und Jeanneret 2015).

Dass so viele Personen im Alter fragil leben, heisst noch lange nicht, dass das hohe Alter in einem Pflegeheim verbracht wird. Ganz im Gegenteil: 90 % der 65-Jährigen und Älteren bzw. 77 % der fragilen Personen in dieser Alterskategorie leben zu Hause und werden durch Angehörige, Nachbarn und Spitex-Mitarbeiter unterstützt (Eugster und Jeanneret 2015). Nimmt man nur die pflegebedürftigen statt alle fragilen Personen im Alter von 65 Jahren oder mehr in den Fokus, lebten 2015 immer noch 50 % bis 52 % dieser Bevölkerung zu Hause, die restlichen in einer stationären Pflegeeinrichtung (Höpflinger 2016). Allerdings sind Alters- und Pflege-

«Fragil» zu sein bedeutet allerdings nicht automatisch, medizinische Pflegeleistungen zu benötigen.

² Genauer formuliert unterscheidet man zwischen ADL (basalen Aktivitäten des täglichen Lebens): selbständig essen, selbständig ins oder aus dem Bett steigen oder von einem Sessel aufstehen, selbständig zur Toilette gehen, selbständig baden oder duschen, und IADL (instrumentellen Alltagsaktivitäten): selbständig Essen zubereiten, selbständig telefonieren, selbständig einkaufen, selbständig Wäsche waschen, selbständig leichte Hausarbeit erledigen, selbständig gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen, sich selbständig um Finanzen kümmern, selbständig die öffentlichen Verkehrsmittel benutzen.

heime in der Schweiz im hohen Alter sehr oft der Sterbeort. 78 % der 90-Jährigen und Älteren sterben in einem Heim, 20 % in einem Spital und nur 2 % zu Hause oder unterwegs (BAG 2013).

Grosse Auswahl an Pflegestrukturen

So oder so ist die Notwendigkeit offensichtlich, (künftige) Pflegebedürftige in verschiedenen Lebensphasen zu Hause oder in einer Pflegeinstitution zu betreuen. Sicher sind aber zunächst all jene Massnahmen hilfreich, die die Autonomie der künftigen Patienten möglichst lange stärken. Neben Informations- und Präventionskampagnen für direkt Betroffene, baulichen Massnahmen für eine barrierefreie Umgebung im privaten wie im öffentlichen Umfeld, hauswirtschaftlichen Leistungen, Mahlzeit- und Transportdiensten zählen auch alle Bemühungen, die die psychische und physische Belastung der pflegenden Angehörigen mildern, dazu. Letztere spielen eine Schlüsselrolle in der Versorgungskette der Alterspflege. Die durchschnittlich investierte Zeit für die Pflege eines Verwandten beträgt bei den Partnern 65 Stunden pro Woche, bei pflegenden Kindern 27 Stunden pro Woche (Perrig-Chiello et al. 2010).

Die Leistungen zugunsten der Hochbetagten und der pflegenden Angehörigen werden vielfach von nicht-gewinnorientierten Organisationen wie Pro Senectute, Avivo, dem Schweizerischen Roten Kreuz, Kirchgemeinden und vielen anderen erbracht. Die Finanzierung dieser Organisationen erfolgt über Gebühren, Spenden und Beiträge der öffentlichen Hand, sei es auf Stufe des Bundes, der Kantone oder der Gemeinden.

Daneben spezialisieren sich immer mehr kommerzielle private Anbieter auf «nicht-medizinische Betreuungsdienste», also Leistungen, die keine Pflege umfassen. Diese Unternehmen bieten Einsätze während einzelner Stunden oder für die ganze Nacht oder sogar einen 24-Stunden-Service an. Diese letzteren, sogenannten Live-in-Modelle haben allerdings ihren Preis: Sie kosten zwischen 2000 Fr. und 7000 Fr. pro Monat (GETcare 2016, Pflegehilfe 2016). Meistens wohnt bei diesen Arrangements eine Betreuungsperson bei der betagten Person und betreut sie während zwei bzw. drei Wochen rund um die Uhr (Nittnaus 2013, Giger 2011). Aufgrund der fehlenden Rückzugsmöglichkeiten und der Notwendigkeit, sich über Wochen vom gewohnten sozialen Umfeld zu trennen, ist die Rekrutierung von solchen Mitarbeitern in der Schweiz schwierig. Deshalb erfolgt seit einigen Jahren eine Art Pendlermigration von sogenannten Care-Migrantinnen (von Holten et al. 2013). Diese Frauen kommen für einige Wochen vor allem aus der Europäischen Union, nämlich aus dem Osten Deutschlands (der ehemaligen DDR) und Österreich, aus Polen, der Slowakei und Ungarn, in die Schweiz und kehren anschliessend wieder in ihre Heimat zurück. Während manche Anbieter aus der Schweiz ihre Dienstleistungen unter Einhaltung eines Normalarbeitsvertrags öffentlich und transparent anbieten, gibt es auch viele Vermittler, die aus dem Ausland operieren. Dadurch, dass sich diese Arrangements in einem recht-

Die Leistungen zugunsten der Hochbetagten und der pflegenden Angehörigen werden vielfach von nicht-gewinnorientierten Organisationen erbracht.

lichen Graubereich bewegen (SECO 2015) und vor allem mit Privathaushalten getroffen werden, ist eine Schätzung des Ausmasses der Care-Migration schwierig. In einem Bericht des Gesundheitsobservatoriums Obsan wird festgehalten: «Insgesamt dominiert die Einschätzung, dass transnationale Sorgearrangements in der Schweiz vorkommen, aber dass es sich (noch) nicht um ein Massenphänomen handelt und dass sich das Phänomen auf der Nachfrageseite vor allem in der Mittel- und Oberschicht manifestiert» (von Holten et al. 2013).

Nebst den oben skizzierten Betreuungsaktivitäten fallen auch Pflegetätigkeiten im engeren Sinn an. Diese medizinischen Leistungen sind in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) abschliessend definiert (Art. 7) und dürfen nur durch diplomiertes Fachpersonal erbracht werden. 2014 boten 1636 Spitex-Organisationen ambulante Pflegedienste an und beschäftigten beinahe 19 000 Personen (Vollzeitäquivalente, BFS 2015a). Im Schweizer Durchschnitt sind das 2,0 Vollzeitstellen³ pro 1000 Einwohner.⁴ Die kantonalen und regionalen Unterschiede sind jedoch gross. Die Romandie weist mit Werten von 3,4 (GE), 3,2 (JU) und 2,9 (VD) die grösste Personaldichte auf; die Zentral- und Ostschweiz die niedrigsten Werte von 1,3 (AG) bzw. 1,2 (AI, SZ, GL) Vollzeitstellen pro 1000 Einwohner.

84 % des Spitex-Personals waren 2014 bei gemeinnützigen oder öffentlich-rechtlichen Unternehmen und 13 % bei gewinnorientierten – in der Spitex-Statistik «erwerbswirtschaftlich» genannten – Unternehmen angestellt. 3 % waren selbständig tätig (BFS 2015a). Auch wenn gemeinnützige Organisationen nach wie vor deutlich in der Überzahl sind, haben sie in den letzten Jahren merklich an Bedeutung verloren. Während die Anzahl Beschäftigter bei der erwerbswirtschaftlichen Spitex zwischen 2011 und 2014 um 42 % und jene der selbständigen Pflegefachpersonen um 36 % gestiegen ist, nahm die Anzahl Beschäftigter bei der gemeinnützigen Spitex «nur» um 10 % zu. Die Bedeutung privater Anbieter variiert je nach Kanton stark. Im Kanton VS sind keine erwerbswirtschaftlichen Spitex-Organisationen tätig, während diese in den Kantonen OW (80 %), NW (75 %), TI (72 %), GE (65 %), BS (62 %) und VD (57 %) die Mehrheit der Anbieter (gemessen an der Anzahl der Institutionen) darstellen (Felder 2015).

Ist die Pflege in den eigenen vier Wänden zu aufwendig oder zu kostenintensiv, müssen die pflegebedürftigen Personen in ein Alters- und Pflegeheim (APH) ziehen. 2014 zählte man schweizweit 1570 solcher Institutionen, die insgesamt ca. 89 000 Personen (VZÄ) beschäftigten (BFS 2015b). Jede vierte Personalstelle im Gesundheitssektor befindet sich damit in einem

Jede vierte Personalstelle
im Gesundheitssektor
befindet sich damit
in einem Pflegeheim.

³ Nur Personal in der Pflege, ohne Leitung und Administration.

⁴ Spitex-Organisationen bieten Personen aller Alterskategorien Pflegeleistungen an. Die Spitex-Statistik ermöglicht keine Beschränkung der Auswertung auf die Alterspflege (BFS 2015a).

Pflegeheim (Christen et al. 2015). Dazu bieten die Alters- und Pflegeheime der Schweiz 95 000 Pflegeplätze an (BFS 2015b). Im Schweizer Durchschnitt entspricht das einer Bettendichte von 233 Betten pro 1000 Personen, die 80 Jahre oder älter sind (BFS 2015b, BFS 2015c). Auch hier sind die regionalen Unterschiede ausgeprägt (vgl. Tabelle 2, S. 26). Die höchsten Bettendichten verzeichnen die Kantone AR (412), GL (331) und SH (314). Am anderen Ende des Spektrums findet man vor allem Kantone aus der lateinischen und westlichen Schweiz mit den Kantonen SO, TI, VS, VD, JU, BL und GE, alle mit Werten unter 200 Betten pro 1000 80-Jährige und Ältere. Der Kanton GE weist mit 166 Betten die tiefste Bettendichte aus (BFS 2015b).

Die erwähnten Bettendichten sind Bruttowerte. Sie setzen die Anzahl Betten der Pflegeheime eines Kantons ins Verhältnis zur Einwohnerzahl des Standortkantons. Sie berücksichtigen nicht, ob diese Betten durch Patienten aus dem eigenen oder aus anderen Kantonen belegt werden. Auch wird die Behandlung von Bürgern des Standortkantons in anderen Kantonen nicht beachtet. Bei kleinen Kantonen können diese interkantonalen Bewegungen zu grösseren Verzerrungen führen. Ein Teil der hohen Bettendichte im Kanton AR lässt sich somit durch den hohen Anteil ausserkantonomer Pflegebedürftiger von netto 18 % (Immigration minus Emigration) erklären, die primär aus dem Nachbarkanton SG kommen. Umgekehrt beträgt die Netto-Migration im Kanton AI –15 %. In den Kantonen TG und SH beträgt sie 8 % bzw. 7 %. In den anderen Kantonen liegen diese interkantonalen Bewegungen im unteren einstelligen Prozentbereich und sind somit vernachlässigbar (BFS 2015b).

Bemerkenswert ist die filigrane geografische Verteilung der Alters- und Pflegeheime. Gemessen an der Distanz ab Wohnortmitte leben 97 % der Schweizer Wohnbevölkerung in einer Entfernung von zehn Fahrminuten zum nächsten Pflegeheim, bei 81 % der Bevölkerung sind es sogar nur fünf Fahrminuten (Credit Suisse 2015). Nur in drei Kantonen leben weniger als 90 % der Bevölkerung im Umkreis von 10 Fahrminuten zum nächsten Pflegeheim, nämlich in den Kantonen JU (80 %), GR (85 %) und VS (86 %).

97 % der Schweizer Wohnbevölkerung leben in einer Entfernung von zehn Fahrminuten zum nächsten Pflegeheim.

Die Pflege erfolgt zunehmend auch in intermediären Strukturen. Dazu zählt eine Vielfalt von Angeboten. Diese reichen von eher losen Infrastrukturen wie Mehrgenerationenhäusern, Alterswohngemeinschaften und Wohnen mit Dienstleistungen bis hin zu spezialisierten Institutionen wie Tages- und Nachtstrukturen, Demenzwohngemeinschaften oder Pflegeheimen, die Kurzzeit- oder Ferienbetten anbieten. Eine eindeutige Definition dieser Strukturen existiert nicht. Zwar listet die Statistik sozialmedizinischer Institutionen (SOMED, BFS 2015b) Betten für Kurzaufenthalte sowie Plätze in Tages- und Nachtstrukturen auf, die kantonale Definition dieser Begriffe ist jedoch nicht einheitlich. Auch erfasst die Spitex-Statistik nicht, ob Pflegeleistungen zu Hause oder in solchen intermediären Strukturen erfolgen. Obsan hat deshalb eine Studie ausgeschrieben, um dieses Konzept zu präzisieren und die Erfassung zu systematisieren (Obsan 2015). Wegen des Fehlens einer einheitlichen Definition und der

unterschiedlichen Datenlage sind keine quantitativen Vergleiche über solche intermediären Angebote zwischen den Kantonen möglich.

2.2 _ Unterschiede in der Durchlässigkeit zwischen den Leistungserbringern

Spitäler nur zum Teil ein Puffer für fehlende Heimbetten

Die schematische Darstellung eines stets steigenden Pflegebedarfs ist eine Vereinfachung, die die Realität nur teilweise abbildet. Kranken- und Pflegeverläufe gestalten sich nicht immer kontinuierlich. Es gibt Brüche, die zu einer schlagartigen Verschlechterung führen, zum Beispiel ein Sturz oder eine Pneumonie mit Komplikationen. Ein an sich gesunder Betagter muss plötzlich ins Spital und danach vielleicht dauerhaft in eine Pflegeinstitution eintreten. Umgekehrt können Patienten nach einer Operation einige Wochen stark pflegebedürftig sein und später in ihre eigenen vier Wände zurückkehren.

Gemäss SOMED-Statistik traten in der Schweiz 2014 43 % der Pflegeheimpatienten direkt nach einem Spitalaufenthalt in ein Alters- und Pflegeheim ein, weitere 42 % kamen von zu Hause. Die kantonalen Werte weichen signifikant vom Schweizer Durchschnitt ab. Diese Unterschiede können Hinweise auf die Durchlässigkeit zwischen den Pflegeorganisationen wie auch auf mögliche Über- bzw. Unterangebote von ambulanten und stationären Dienstleistungen liefern. In den Kantonen JU und GE stammen über 60 % der Heimbewohner aus einem Spital. Eine oft genannte Erklärung ist das Fehlen genügender Pflegebetten, um Patienten in die Langzeitpflege aufzunehmen. Bis ein Bett frei wird, müssen die Patienten in (den teureren) Spitalinfrastrukturen warten. Doch diese Erklärung greift zu kurz. Es besteht keine Korrelation zwischen dem Anteil der Pflegeheimpatienten, die direkt aus dem Spital in ein Pflegeheim eintreten, und der Pflegeheimbettendichte in einem Kanton

(vgl. Abbildung 3).

Weitere Faktoren wie die (fehlende) Transparenz über freie Bettkapazitäten, ein «Belegungsstau» in Pflegeinstitutionen aufgrund der Aufnahme von Leichtpflegebedürftigen sowie falsche finanzielle Anreize – zum Beispiel, wenn die Gemeinde für Kosten in Alters- und Pflegeheimen aufkommen muss, der Kanton für Spitalaufenthalte – können die unterschiedlichen Pflegepfade erklären. Auch kulturelle Eigenheiten spielen eine Rolle. In der Romandie gibt es zum Beispiel mehr Akutspitäler pro Einwohner als in der übrigen Schweiz, und die Romands besuchen häufiger eine Notfallstation (Christen et al. 2013).

Punktuelle Hinweise auf Überangebote im stationären Bereich

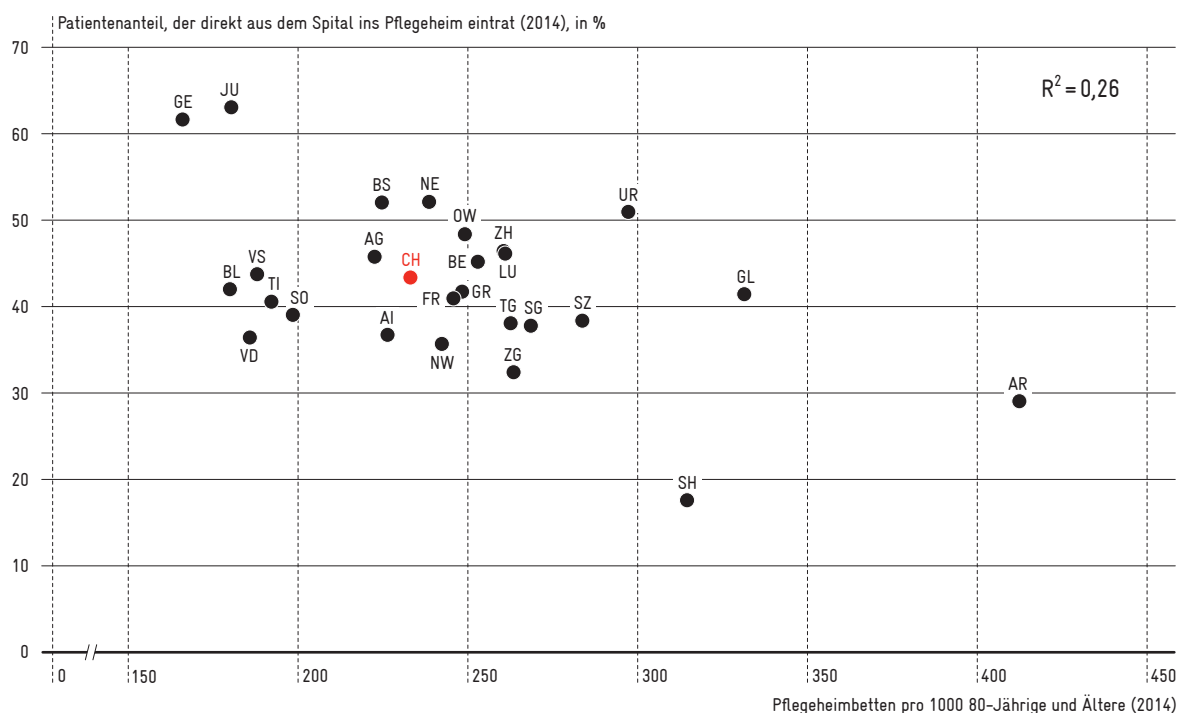
Die Bettendichte pro 1000 80-Jährige und Ältere in Alters- und Pflegeheimen variiert erheblich zwischen den Kantonen (vgl. Abbildung 3 und Tabelle 2). Auch die optimale Bettendichte ist stark umstritten. Wann herrscht Un-

Es besteht keine Korrelation zwischen dem Anteil der Pflegeheimpatienten, die direkt aus dem Spital in ein Pflegeheim eintreten, und der Pflegeheimbettendichte in einem Kanton.

Abbildung 3

Heimeintritte nach einem Spitalaufenthalt und Bettendichte in den Pflegeheimen

Kantone mit wenigen Pflegeheimplätzen haben nicht zwangsläufig mehr Langzeitpatienten im Spital. Dass Patienten zum Teil in Spitälern auf einen Platz im Pflegeheim warten müssen, hat auch andere Ursachen.



Quelle: BFS 2015b, BFS 2015c, eigene Berechnungen

terversorgung? Wann können zu viele Heimplätze eine übergrosse Nachfrage induzieren?

Der Auslastungsgrad der Pflegeinstitutionen kann erste Indikationen in Bezug auf Unter- bzw. Überversorgung liefern. Die tiefe Auslastung einzelner Institutionen mag auf einen ungünstigen Standort oder die schlechte Qualität der Dienstleistungen bzw. des Managements eines Pflegeheims hindeuten. Doch in einem freien Wettbewerb müssten diese Mängel durch attraktive Mitbewerber kompensiert werden, die folglich eine höhere Auslastung geniessen müssten. Eine tiefe durchschnittliche Auslastung im ganzen Kanton kann deshalb einen Hinweis auf eine Überversorgung im stationären Bereich liefern. In 12 Kantonen lag 2014 die durchschnittliche Auslastung unter 95 %, dem nationalen Durchschnitt (vgl. Tabelle 2). Sie ist in den Kantonen SO und SH (92 %), GL (90 %) und AI (89 %) am tiefsten (BAG 2015b).

Umgekehrt können zu hohe Auslastungsgrade auf eine Unterversorgung hinweisen. Nebst Versorgungsproblemen quantitativer Natur – also zum Beispiel kein Zugang zur stationären Pflege – bedeuten zu hohe Auslastungsgrade eine potenzielle Verschlechterung der Pflegequalität. Eine zu geringe Anzahl an Pflegeplätzen schränkt die Wahl der Pensionäre ein und untergräbt damit den Wettbewerb. Selbst schlecht geführt

Tabelle 2

Fast ein Drittel der Pflegeheimpatienten könnte ambulant behandelt werden

Die Bettendichte pro Einwohner sagt wenig über die effektiv verfügbaren Plätze in Pflegeheimen in einem Kanton aus. Engpässe können auch entstehen, wenn zu viele leichtpflegebedürftige Patienten, die sonst ambulant behandelt werden könnten, Plätze besetzen. Minima und Maxima pro Spalte sind rot eingefärbt.

	Anzahl Betten in Alters- und Pflege- heimen pro 1000 80-jährige und Ältere (2014)	Auslastung der Alters- und Pflegeheime in % (2014)	Pflegeheim- bewohner, die direkt aus dem Spital ins Pflege- heim eintreten, in % (2014)	Pflegeheim- bewohner ohne Pflege oder mit Pflegestufe 1 bis 3 in % (2014)
GE	166	98	62	9
BL	180	96	42	33
VD	186	98	36	22
JU	180	98	63	12
SO	198	92	39	27
VS	188	99	44	15
TI	192	97	41	13
BS	225	93	52	31
AI	226	89	37	41
AG	223	96	46	35
NE	239	97	52	12
NW	242	98	36	36
GR	248	93	42	31
FR	245	99	41	18
BE	253	93	45	28
OW	249	95	48	31
ZH	260	92	46	39
LU	261	96	46	31
TG	262	93	38	37
ZG	263	94	32	40
SG	268	95	38	41
SZ	283	94	38	40
UR	297	98	51	36
SH	314	92	18	42
GL	331	90	41	49
AR	412	92	29	45
CH	233	95	43	30
FL	206	97	n.a.	n.a.

n.a. = nicht anwendbar

Quelle: BAG 2015b, BFS 2015b, BFS 2015c, eigene Berechnungen

te Institutionen können bei Unterversorgung bestehen, weil Pensionäre keine Alternative haben. Auch verschlechtert ein zu knappes Pflegeplatzangebot kurzfristig die Verhandlungsposition der öffentlichen Hand, zum Beispiel die der Gemeinde, die Leistungsvereinbarungen mit Institutionen aushandeln muss, um die Pflege ihrer Bürger zu garantieren.

Jeder dritte Pflegeheimpensionär mit tiefem Pflegebedarf

Hohe Auslastungsgrade allein bedeuten nicht, dass die Pflegeinstitutionen über zu wenig Betten verfügen. Es kommt auch vor, dass Heimpensionäre, die eigentlich ambulant behandelt werden könnten, in Pflegeheimen betreut werden. Seit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung wird der Pflegebedarf von stationären Patienten schweizweit in zwölf Stufen von je 20 Minuten pro Tag eingeteilt, wobei Stufe 1 die tiefste und Stufe 12 die intensivste Pflegestufe darstellt. Im Schweizer Durchschnitt benötigten 2014 5 % der Pensionäre in Schweizer Pflegeheimen keine Pflege⁵ und weitere 25 % weniger als 60 Minuten Pflege pro Tag (Pflegestufe 1 bis 3, BFS 2015b). Somit wäre für beinahe 30 % der Pensionäre eine ambulante Behandlung denkbar.⁶

Die kantonalen Unterschiede sind auch hier ausgeprägt. In vielen Kantonen der Zentral- und Ostschweiz benötigen mehr als 40 % der Pensionäre weniger als eine Pflegestunde pro Tag. Die höchsten Werte verzeichnen die Kantone GL mit 49 % und AR und SH mit 45 % bzw. 42 %. In der lateinischen Schweiz liegen die Werte hingegen oft deutlich unter 20 % (vgl. Tabelle 2).

Das Potenzial für die Pflege zu Hause, die dem Wunsch von 75 % der Einwohner entspricht (BAG 2010), dürfte also in vielen Kantonen gross sein. Dieser Verdacht wird durch eine Studie im Kanton SZ erhärtet. Diese stellte fest, dass 70 % der Pflegeheimeintritte mit geringem Pflegebedarf erfolgten, ohne dass die Pensionäre zuvor in Kontakt mit der lokalen Spitex waren (Krummenacher und Wächter 2013). Doch ausgerechnet diese leichtpflegebedürftigen Pensionäre könnten eher ambulant behandelt werden. Ähnliche Studien für andere Kantone liegen nicht vor. Die Kenntnis dieses Prozentsatzes könnte eine wichtige Grösse sein, um die Qualität der Orientierung und der Begleitung der Pflegebedürftigen vor dem Heimeintritt zu messen.

Viele Pflegeheimeintritte mit geringem Pflegebedarf erfolgen, ohne dass die Pensionäre zuvor in Kontakt mit der lokalen Spitex waren.

Trend zur Einschränkung des stationären Angebots

Im Fokus der meisten Kantone steht der Anteil der Pensionäre mit tiefen Pflegestufen. Bereits heute werden Massnahmen getroffen, um die Heimplätze vermehrt mit mittel- bis schwerpflegebedürftigen Patienten zu besetzen. Im Kanton BS findet vor jedem Heimeintritt eine obligatorische Bedarfsabklärung statt, bei der die Möglichkeiten einer ambulanten Betreuung aufgezeigt werden. Der Kanton GE geht sogar weiter: Dort können nur Patienten mit einer Pflegestufe 4 oder höher in ein Pflegeheim aufgenommen werden. In Sonderfällen (starke Demenz, Messie, Verein-

⁵ In einigen Regionen werden alte Menschen als Heimbewohner eingestuft, wenn sie in einer dem Heim angegliederten Alterswohnung leben. Es sind jedoch keine «Heimbewohner» im engeren Sinne.

⁶ Dabei muss die persönliche Situation stets im Einzelfall geprüft werden. Es kann nebst pflegerischen auch soziale Gründe (Vereinsamung, «Messie») geben, die einen Heimeintritt rechtfertigen.

samung) ist ein Heimeintritt möglich, das bedingt allerdings die Bewilligung der kantonalen Sozialdirektion.

In unseren Interviews zeigte sich, dass die meisten Kantone für tiefe Pflegestufen eine Verlagerung von der stationären zur ambulanten Pflege erzielen wollen. In den Kantonen AI und AR hatten manche Heime bisher nur eine Betriebsbewilligung für Pensionäre bis Pflegestufe 7. Neu sollen alle Pensionäre bis zum Lebensende gepflegt werden können. Dadurch kann dem Patient ein Umzug erspart werden und alle Heime können sich neu pflegeintensiveren Pensionären widmen. Der Kanton UR will laut seiner Pflegeheimplanung bis 2035 die Anzahl der Pensionäre mit Pflegestufe 0–2 explizit halbieren. Andere Kantone stellen ähnliche Überlegungen an. Sie formulieren jedoch keine expliziten Ziele für die tiefen Pflegestufen, sondern passen die Richtwerte für die Anzahl Betten für alle 80-Jährigen und Älteren – und implizit für die Patienten mit geringem Pflegebedarf – nach unten an. Es heisst, dieser Top-down-Ansatz sei einfacher zu kommunizieren und lasse mehr Flexibilität bei der Umsetzung zu. Bei einer alternden Gesellschaft, sprich einer steigenden Zahl von Pflegebedürftigen, reicht in den meisten Fällen ein Zulassungsstopp für neue Betten bzw. eine Wachstumsrate der Bettenzahl unter derjenigen der älteren Bevölkerung, um die Bettendichte zu senken. In einzelnen Kantonen werden zudem durch den Umbau von Mehrbett- in Einzelbettzimmer gewisse Bettenkapazitäten abgebaut.

Der Kanton SG beschloss bereits 2011 eine signifikante Reduktion des Richtwerts für die Anzahl Betten pro 80-Jährigen und Älteren von 29 % 2015 auf 25 % 2030 (Departement des Innern SG 2011). TG beschloss eine noch stärkere Reduktion von 28,1 % 2010 auf 22,7 % 2030 (Gesundheitsamt TG 2012). Dieser Richtwert gilt zwar für den gesamten Kanton, doch sind lokale Abweichungen möglich: *«Um regionalen Unterschieden im Angebot und in der Nachfrage nach Heimplätzen Rechnung tragen zu können, kann das Bettenangebot gemäss Richtwert in einer Region um maximal 10 % erhöht werden, wenn die Auslastung in der relevanten Region während mindestens zwei Jahren über 95 % liegt»* (Gesundheitsamt TG 2012). Der Kanton SZ plant eine ähnliche Reduktion von 28 % im Jahr 2012 auf 19 % im 2030 (Amt für Gesundheit und Soziales SZ 2014). Der Kanton SO, der schweizweit bereits heute eine der tiefsten Bettendichten pro 80-Jährigen und Älteren kennt, strebt eine weitere Senkung auf 18,5 % bis 2020 an (Kanton Solothurn 2013). Die Annahme hinter diesem Ziel ist die künftige ambulante Behandlung von 800 Heimpensionären der Pflegestufen 1 bis 3. Schliesslich will der Kanton BE die Bettendichte bis 2030 auf 17,6 % reduzieren.

In diesem Kontext sind zudem drei kantonale Vorgänge erwähnenswert. Im Kanton ZH sind die Gemeinden für die Bettenplanung zuständig, der Kanton macht diesbezüglich keine Vorgabe. Als Planungshilfe stellt er lediglich Bedarfsprognosen auf Stufe Bezirk unter Differenzierung von leichten (Pflegestufe 0–2) und mittelschweren Pflegebedürftigen (Pflegestufe 3–12) zur Verfügung. Das Fehlen kantonomer Vorgaben

**Der Kanton ZH macht
bezüglich Bettenplanung
keine Vorgabe.**

wurde durch Krankenkassen rechtlich angefochten, doch wurde das Vorgehen des Kantons durch das Bundesgericht bestätigt (Bundesverwaltungsgericht 2010). Auch der Kanton BL delegiert die Bettenplanungskompetenz an seine Gemeinden. Der Kanton hat keine gesetzliche Möglichkeit, den Gemeinden Maximalwerte vorzuschreiben. Der Kanton SH schreibt den Gemeinden eine *minimale* Bettendichte von 70 Betten pro 1000 65-Jährige und Ältere vor (Art. 11 AbPV/SH). Diese Mindestvorgabe soll sicherstellen, dass alle Gemeinden ihre Verantwortung in der Alterspflege wahrnehmen und die Infrastrukturen anderer Gemeinden bzw. des Kantons (Kantonspitals) nicht überdurchschnittlich beanspruchen.

2.3 – Optionen zur Optimierung der Versorgungskette

Der Zusammenhang zwischen Spitex- und Pflegeheimangeboten

Die von vielen Kantonen angestrebte Reduktion der Anzahl Leichtpflegebedürftiger in stationären Institutionen kann nur erfolgen, wenn ein passendes ambulantes Angebot den entsprechenden Pflegebedarf auffangen kann. Daher ist es nicht überraschend, dass der Personalbestand im ambulanten Bereich von 2006 bis 2014 mit 6,3 % pro Jahr doppelt so stark gewachsen ist wie im stationären Bereich (3 %) (BFS 2015a und 2015b).⁷

Der Umkehrschluss ist allerdings nicht zulässig: Ein Ausbau des ambulanten Pflegeangebots führt nicht zwangsläufig zu einer Reduktion des stationären Angebots. Kantone, die viele Spitex-Mitarbeiter pro Einwohner ausweisen, benötigen zum Teil gleich viel, mitunter sogar mehr Heimbetten pro Einwohner als andere Kantone mit deutlich weniger Pflegepersonal im ambulanten Bereich (vgl. Abbildung 4). So bieten etwa die Alters- und Pflegeheime der Kantone SO und BL in der Deutschschweiz und der Kantone VD und JU in der Romandie alle etwa 200 Betten pro 1000 80-Jährige und Ältere an. Die beiden Deutschschweizer Kantone beschäftigen jedoch nur halb so viele Spitex-Angestellte wie die Westschweizer Kantone.

Warum? Im stationären wie im ambulanten Bereich erzeugt ein zusätzliches Angebot jeweils auch eine zusätzliche Nachfrage. Neue Stellen im Spitex-Bereich führen nicht nur zu einer Substitution der Nachfrage nach Leistungen in Alters- und Pflegeheimen, sondern können auch eine neue Nachfrage im ambulanten Bereich wecken, die bisher durch Angehörige befriedigt wurde, nicht erfüllt wurde oder sich noch gar nicht geäußert hat.

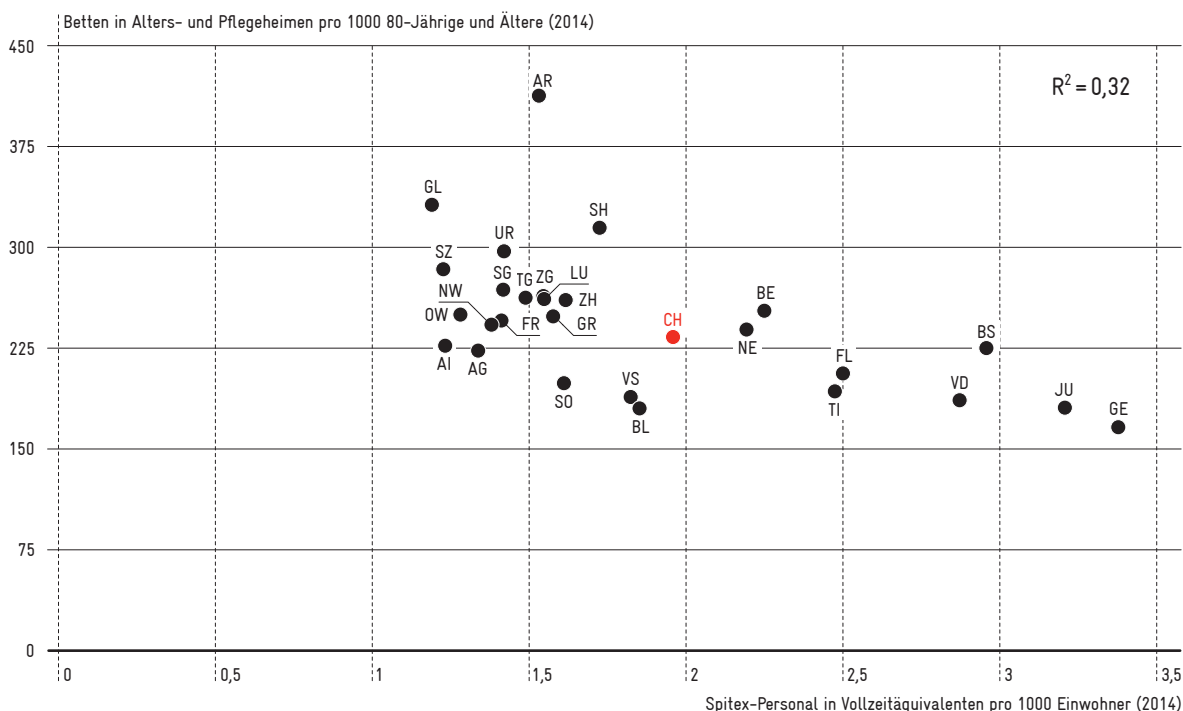
Ein Ausbau des ambulanten Pflegeangebots führt nicht zwangsläufig zu einer Reduktion des stationären Angebots.

⁷ Bis 2009 enthält die Spitex-Statistik nur die gemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Organisationen. Seit 2010 beteiligen sich auch die gewinnorientierten Unternehmen und selbständigen Pflegefachpersonen an der Erhebung. 2011 machten sie etwa 13 % der Stellen aus, 2014 16 % (BFS 2015a). Die effektive Wachstumsrate seit 2006 dürfte daher etwas tiefer liegen, wenn auch nicht signifikant tiefer.

Abbildung 4

Mehr Spitex-Personal bedeutet noch nicht weniger stationäre Angebote

Der Ausbau der ambulanten Pflege geht nicht zwangsläufig mit einer Reduktion des stationären Pflegebedarfs einher. Kantone, die viele Spitex-Mitarbeiter pro Einwohner ausweisen, weisen zum Teil gleich viel oder sogar mehr Heimbetten pro 1000 80-Jährige und Ältere auf als andere Kantone mit deutlich weniger Pflegepersonal im ambulanten Bereich.



Quelle: BFS 2015a, 2015b, 2015c, eigene Berechnungen

Intermediäre Strukturen im Ausbau

Die angestrebte Verlagerung weg von stationären Einrichtungen kann zudem schneller erfolgen, wenn neben Spitex auch weitere intermediäre Pflegeangebote entstehen, wie zum Beispiel das betreute Wohnen. In solchen Wohnungen, die häufig von einer Spitex-Organisation oder einem Pflegeheim betrieben werden, können Pensionäre, die noch nicht oder nur leicht pflegebedürftig sind, einziehen und mit der Zeit immer mehr individuelle Hilfsleistungen in Anspruch nehmen. Dank der Konzentration an einem Ort können Spitex-Leistungen effizient organisiert werden, weil Anreisewege wegfallen und Fachpersonen sich gegenseitig helfen können. Arbeiten die Pflegefachpersonen auch im nahegelegenen Pflegeheim, man spricht dann eher von Spitin statt Spitex, kann zudem die Kontinuität der Pflege im Fall eines Heimübertritts gewährleistet werden.

Der Markt für solche kombinierten Angebote wächst stark. Gemäss Credit Suisse (Christen et al. 2015) beträgt der Anteil der bewilligten Pflegeheime mit weiteren Nutzflächen seit 2011 etwa 40 %. Zwischen 2006 und 2010 wurde sogar fast die Hälfte der neu erstellten Pflegeheime in Kombination mit Alterswohnungen bewilligt. Zwischen 1995 und 2002 war

dieser Anteil noch erst um die 15 % gelegen. Der Ausbau solcher Angebote findet primär im Grossraum Zürich, Basel und Mittelland statt.

Tagesstrukturen sind ebenfalls wichtige intermediäre Angebote. Indem sie Pflegebedürftige tageweise aufnehmen, bieten sie den Pflegeangehörigen eine Entlastung, um Kraft zu tanken und ihre Lebenspartner oder Eltern weiterhin zu Hause pflegen zu können. Zugespitzt formuliert: Geht man von der vereinfachten Annahme aus, dass der Heimeintritt der pflegebedürftigen Person (aufgrund der Entlastung) durch pflegende Angehörige vermieden werden kann, ersetzt jeder Platz in einer Tagesstätte, die fünf Tage pro Woche offen ist, fünf Betten in einer stationären Einrichtung. Die Altersleitbilder und Versorgungsplanungen der meisten Kantone sehen auch deshalb einen Ausbau von Tagesstrukturen vor.

Tagesstrukturen bieten den Pflegeangehörigen eine Entlastung, um Kraft zu tanken und ihre Lebenspartner oder Eltern weiterhin zu Hause pflegen zu können.

Die effektive Nachfrage nach Tagesstätten ist schwierig zu ermitteln. Während die Schweizerische Alzheimervereinigung (2007) von einer signifikanten Unterversorgung ausgeht – die vorhandenen Plätze deckten 2007 nach ihrer Schätzung nur 12 % des Bedarfs –, bekunden viele Tagesstätten Mühe, ihre Plätze voll zu belegen. In einer Studie über 17 Tagesstätten in 9 Kantonen im Auftrag der Age-Stiftung (Köppel 2015) wiesen 2013 63 % der Tagesstrukturen eine Auslastung unter 80 % aus, zwei Institutionen hatten sogar eine Auslastung unter 25 %. Experten berichten zudem über Tagesstrukturen in einzelnen Kantonen, die nach der Eröffnung von stationären Pflegeeinrichtungen in ihrer Nähe geschlossen haben. Einerseits zeigen diese anekdotischen Evidenzen, dass intermediäre Infrastrukturen durchaus eine Alternative zu stationären Heimen sein können. Bis die Heime eröffneten, boten die Tagesstätten eine wichtige Entlastung. Andererseits dürfte die Auslastung von Tagesstätten durch die Eröffnung von neuen Heimen kaum tangiert werden, wenn man davon ausgeht, dass Menschen lieber ambulant als stationär gepflegt werden möchten. Dies setzt jedoch voraus, dass die Tagesstrukturen auch den qualitativen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen entsprechen. Nur so bieten sie eine echte Alternative und reduzieren den Bedarf an stationären Plätzen.

Köppel (2015) zeigt in ihrer Studie, dass nebst der Tarifgestaltung (vgl. Kapitel 4) betriebliche Faktoren eine wichtige Rolle spielen. Besonders relevant ist weniger die Lage per se als vielmehr die Erreichbarkeit der Tagesstätte, zum Beispiel mit einem Taxidienst. Auch dürfen die Anreisezeiten nicht zu lang sein, da sonst der Transportaufwand im Verhältnis zur Entlastung der Angehörigen zu gross ist. Die Analyse der geographischen Herkunft der Patienten zeigt, dass eine Anfahrsdistanz von 35 Minuten eine Obergrenze bildet und damit das Einzugsgebiet definiert. Die Öffnungszeiten müssen ein gestaffeltes Kommen und Gehen ermöglichen, um die Pflege der Pensionäre durch die Spitex zu Hause zu ermöglichen und die beruflichen Verpflichtungen der pflegenden Angehörigen zu berücksichtigen. Dagegen scheint die Nachfrage nach

Wochenenddiensten gering zu sein. Auch muss das Betreuungsangebot gut auf die Klientel ausgerichtet sein. Im Vergleich zu Pflegeheimen sind Pensionäre in Tagessstätten tendenziell jünger, weniger pflegebedürftig und primär männlich. Dies hat Konsequenzen für die Programmgestaltung und das Anforderungsprofil der Mitarbeiter.

Erste Schritte in Richtung integrierter Versorgung

Die steigende Bedeutung intermediärer Strukturen zeigt, wie wichtig eine Gesamtsicht für die Organisation der Pflege im Alter ist. Es geht nicht darum, die Spitex gegen Pflegeheime auszuspielen, sondern die Versorgungskette der Alterspflege als Ganzes als Kontinuum zu betrachten. In einem gemeinsamen Positionspapier fordern deshalb die kantonalen Sektionen von Curaviva (Heimverband), Spitex und Pro Senectute des Kantons SG, dass die Politik eine Strategie namens «Ambulant *mit* stationär» verfolgt (Pro Senectute SG et al. 2012). Schon allein die Tatsache, dass die drei Organisationen gemeinsam auftreten, zeugt vom Sinneswandel in der Alterspflege.⁸

In der Praxis häufen sich zudem die Beispiele von Leistungserbringern, die Alterspflege entlang der ganzen Versorgungskette anbieten. Die Gemeinden Balzers (FL) und Rapperswil-Jona (SG) haben Organisationen gegründet, die sowohl Spitex-Dienstleistungen, betreute Wohnungen und Pflegeheimplätze unter einer Dachorganisation anbieten (Kupferschmid 2013). Ähnliche Modelle gibt es auch gemeindeübergreifend. Die Thurvita AG, eine gemeinnützige Aktiengesellschaft im Besitz der Gemeinden Wil, Niederhelfenschwil, Rickenbach und Wilen in den Kantonen SG und TG, führt vier Institutionen zusammen, die bis Ende 2012 selbständig waren (Thurvita 2015). Im Kanton VD sind Organisationen entstanden, die neben Alterspflegeinstitutionen auch Spitäler, Tageskliniken und Arztpraxen einbinden, wie das «Réseau Santé Balcon du Jura» (2015) in Sainte-Croix und der «Pôle Santé du Pays-d'Enhaut» in Château-d'Œx (Hôpital du Pays-d'Enhaut 2014). Im Kanton GR vereint das Gesundheitszentrum «Center da sandà Val Müstair», das kleinste Spital der Schweiz, unter einem Dach: eine integrierte Praxis mit Notfalldienst, Rettungsdienst, Pflegeheim, Spitex, Zahnarzt, psychotherapeutische Sprechstunde, Physiotherapie, Mütter- und Väterberatung, Podologie und Kinesiologie (Hänni und von Fellenberg 2012).

Solche Modelle haben nicht nur für die Patienten Vorteile, die von einem durchgängigen Angebot profitieren können, sondern auch für die Leistungserbringer. Erstens können durch die Schaffung einer zentralen Anlauf- und Beratungsstelle die Marketing-Aktivitäten aller Organisationen zusammengefasst werden (Curaviva 2012). Diese Stelle kann kompetent

Die Gemeinden Balzers (FL) und Rapperswil-Jona (SG) haben Organisationen gegründet, die sowohl Spitex-Dienstleistungen, betreute Wohnungen und Pflegeheimplätze unter einer Dachorganisation anbieten.

⁸ Im Kanton ZH wollten die kantonalen Verbände der Spitex und Curaviva 2014 sogar fusionieren, um ihre Interessen gemeinsam stärker zu vertreten. Zwar unterstützte die Mehrheit der Mitglieder beider Organisationen dieses Vorhaben, scheiterte jedoch am qualifizierten Mehr von 75 % des Spitex-Verbands (Curaviva ZH 2015).

die Kundenbedürfnisse abklären und erhält dadurch konsolidierte Informationen über die wechselnden Bedürfnisse der Klientel. Zweitens können, sofern die Prozesse (Buchhaltung, IT, Beschaffungswesen) harmonisiert werden, Overhead-Kosten substanziell reduziert werden. Drittens kann sich ein integrierter Versorger als attraktiver Arbeitgeber positionieren. Dank der Grösse der Organisation und der Vielfalt ihrer Tätigkeiten ist die Ausbildung von Lehrlingen besser, kostengünstiger und für Jugendliche attraktiver. Job-Rotationen zwischen den einzelnen Betrieben sind eher möglich. Das ist für die Bindung bestehender Mitarbeiter sowie für die Rekrutierung von Quereinsteigern von Vorteil (Cosandey 2014).

Pflegeaufwand daheim – wie im Heim

Die Bedeutung der ambulanten bzw. der stationären Alterspflege ist regional sehr unterschiedlich. Wie dargestellt sind Spitex-Angebote in der lateinischen Schweiz tendenziell mehr ausgebaut, während stationäre Institutionen in der Zentral- und Ostschweiz stärker vertreten sind. Diese Unterschiede spiegeln kulturelle und politische Präferenzen sowie geografische Gegebenheiten. Rein aus Versorgungssicht (auf die finanziellen Konsequenzen werden wir im Kapitel 3 eingehen) ist es jedoch wenig relevant, ob die Pflege daheim oder im Pflegeheim erbracht wird. Wichtig ist, dass genügend qualifiziertes Personal dem Pflegebedarf der Bevölkerung nachkommt.

Ob daheim oder im Heim: Wichtig ist, dass genügend qualifiziertes Personal dem Pflegebedarf der Bevölkerung nachkommt.

Der Pflegebedarf kann anhand von alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzraten ⁹ geschätzt werden (Höpflinger et al. 2011). Berücksichtigt man die jeweiligen Alterskohorten eines Kantons (nach Mann und Frau differenziert) und multipliziert diese Bevölkerungsgruppen mit der entsprechenden Prävalenzrate (vgl. Abbildung 1, S. 8), erhält man die potenziell pflegebedürftige Bevölkerung pro Kanton. Diese geschätzte Pflegenachfrage ist mit dem vorhandenen Pflegeangebot – die Summe der Pflegefachpersonen (in Vollzeitstellen) im ambulanten wie im stationären Bereich – vergleichbar. ¹⁰ Das Resultat kann in der Abbildung 5 und in Tabelle 21 im Anhang beobachtet werden.

Die Unterschiede sind beträchtlich. Die beiden Extremwerte wurden 2014 von den Kantonen AR (1,04 VZÄ pro Pflegebedürftigen) und AI (0,56 VZÄ pro Pflegebedürftigen) belegt. Wie erwähnt, spielt bei diesen beiden Kantonen die interkantonale Migration eine überdurchschnittliche Rolle. Das wirkt sich auf das «Über-» bzw. «Unterangebot» aus. Selbst unter Ausklammerung dieser beiden Extreme beträgt der Unterschied

⁹ Als Prävalenz bezeichnet man die Häufigkeit einer Krankheit oder eines Symptoms in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt (DocCheck 2016).

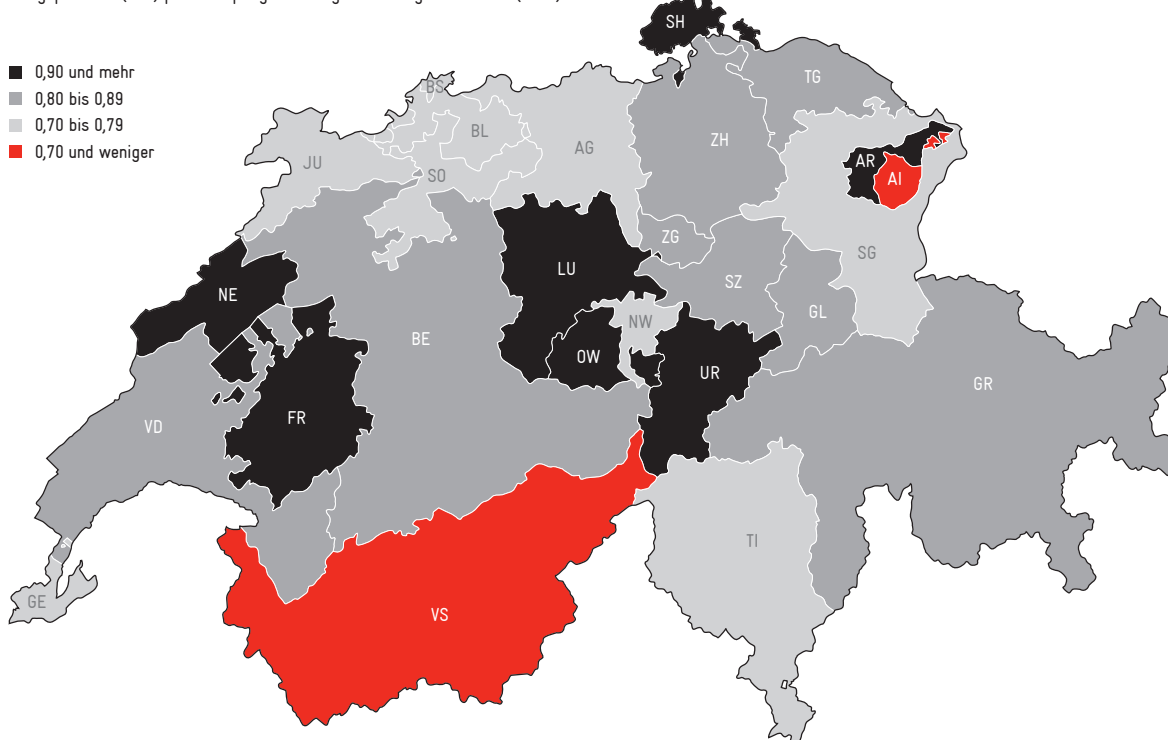
¹⁰ Im ambulanten Bereich (Spitex) arbeitet das Pflegepersonal sowohl für jüngere wie für ältere Patienten. Die Spitex-Statistik (BFS 2015a) ermöglicht die Aufteilung nach Altersgruppen nicht. Vereinfachend wird das Gesamtpersonal für die Bestimmung des Angebots berücksichtigt. Da Spitex in allen Kantonen junge und ältere Patienten bedient und das Spitex-Personal nur etwa 17% des gesamten Pflegepersonals ausmacht, ist die Verzerrung eher gering.

Abbildung 5

Kein Röstigraben in der Alterspflege

Die lateinische Schweiz hat tendenziell mehr Spitex-Personal, die Deutschschweiz mehr Personal in Pflegeheimen. Wird jedoch das gesamte Pflegepersonal, im ambulanten und stationären Bereich, pro pflegebedürftige Person zusammengezählt, verschwinden die regionalen Unterschiede.

Pflegepersonal (VZÄ) pro 1000 pflegebedürftige 65-Jährige und Ältere (2014)



Quelle: BFS 2015a, 2015b, 2015c, eigene Berechnungen

zwischen dem zweithöchsten und dem zweittiefsten Wert 40 %. Interessanterweise verschwindet bei dieser konsolidierten Betrachtungsweise der Röstigraben, der im Spitex- bzw. im Pflegeheimbereich zu beobachten ist. In Kantonen mit mehr als 0,9 VZÄ pro Pflegebedürftigen finden sich Kantone aus der Westschweiz (NE, FR) und der Zentral- und Ostschweiz (AR, SH, OW, LU, UR). Am anderen Ende des Spektrums finden sich ebenfalls sowohl Kantone aus der Romandie (JU, VS) wie aus der Deutschschweiz (AI, BL, SO, AG).

2.4_Mangelhafte Voraussetzungen für Effizienz im Alterspflege-Markt

Der Gesundheitssektor ist kein freier Markt. Leistungserbringer unterstehen strengen Regulierungsvorschriften, die neuen Anbietern den Zugang zum «Markt» erschweren. Die Leistungen werden nicht nur durch die Konsumenten (die Patienten) bestellt, sondern zum Teil von den Leistungserbringern verordnet. Und der Patient zahlt nur einen geringen Teil der Kosten der Leistungen, die er bezieht. Umso wichtiger ist es, unter

Berücksichtigung dieser Einschränkungen Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine Belebung der Konkurrenz unter den Leistungserbringern ermöglichen und Angebote entstehen lassen, die den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen am besten und am kosteneffektivsten entsprechen.

Unterschiedlicher Marktzugang für Leistungserbringer

Es besteht für Monopolisten wenig Anreiz, ihre Leistungen und Kostenstrukturen laufend zu überprüfen, weil ihre Kunden, sprich Pflegebedürftigen, keine Ausweichmöglichkeiten haben. Deshalb ist es wichtig, Zugangsregeln zu definieren, die es neuen Anbietern ermöglichen, mit einem besseren Preis-Leistungs-Verhältnis bisherige Leistungserbringer zu verdrängen.¹¹

Die erste Hürde für die Niederlassung neuer Anbieter ist der Erhalt einer Betriebsbewilligung. Diese legt zum Beispiel Personalvorgaben, Rechnungslegungsvorschriften und Leistungskataloge fest. Im ambulanten Bereich geben 69 % (18) der Kantone an, dass die Anforderungen für die Erteilung einer Betriebsbewilligung für alle Leistungserbringer identisch sind. In acht Kantonen hingegen werden unterschiedliche Anforderungen je nach Rechtsform und/oder Gewinnorientierung gestellt (vgl. Tabelle 23 im Anhang). Im stationären Bereich sind solche Diskriminierungen weniger verbreitet: 88 % (23) der Kantone stellen für alle Pflegeheime die gleichen Anforderungen, nur in den Kantonen LU, SG und VD ist dies nicht der Fall.

Die Betriebsbewilligung attestiert allerdings nur, dass ein Anbieter die notwendigen fachlichen Bedingungen erfüllt, um seine Leistungen anbieten und verrechnen zu dürfen. Welche Pflegebedürftige gepflegt werden müssen oder dürfen, regelt sie nicht. Im ambulanten Bereich sind vor allem bezüglich der Versorgungspflicht Einschränkungen für private Leistungserbringer zu beobachten. Für eine Spitex-Organisation bedeutet eine Versorgungspflicht, alle Patienten unabhängig von ihrem Pflegebedarf oder Wohnort innerhalb des Versorgungsgebiets behandeln zu müssen. Als Gegenleistung werden besondere Tarife, Finanzierungspauschalen und/oder Defizitgarantien gewährt. 58 % der Kantone ermöglichen Leistungserbringern aller Rechtsformen grundsätzlich, sich für einen Leistungsauftrag mit Versorgungspflicht zu bewerben (vgl. Tabelle 23 im Anhang). Die restlichen Kantone schränken diese Möglichkeit ein, indem sie solche Aufträge meistens gemeinnützigen Organisationen vorbehalten. In den Interviews wurde jedoch oft hervorgehoben, dass die allermeisten Leistungsaufträge mit Versorgungspflicht, unabhängig von den lokalen Rechtsgrundlagen, an gemeinnützige Organisationen vergeben werden. Auch deshalb, weil private Anbieter kaum Interesse an solchen

Im ambulanten Bereich sind vor allem bezüglich der Versorgungspflicht Einschränkungen für private Leistungserbringer zu beobachten.

¹¹ In diesem Kapitel wird lediglich der Marktzugang, also die Möglichkeit für neue Leistungserbringer, überhaupt Pflegeleistungen anzubieten, betrachtet. Finanzielle Hürden durch tarifäre Vorgaben werden im Kapitel 4 beschrieben.

Verträgen zeigten. Diese Verträge werden zwar immer wieder neu verhandelt, aber so gut wie nie ausgeschrieben. Lediglich im Kanton SO wurde der Versorgungsauftrag in drei Gemeinden ausgeschrieben und privaten Spitex-Organisationen zugeteilt, nämlich in Grindel ab 2014, Erschwil ab 1.1.2016 und Himmelried ab 1.7.2016 (Acura 2016). Verhandlungen mit weiteren Gemeinden im Schwarzbubenland seien im Gange (Seifert 2015). Im Gegenzug forderte der Verband privater Spitex-Anbieter ASPS im Oktober 2015 eine Pflicht für die Kantone und Gemeinden, künftig alle Leistungsaufträge mit Versorgungspflicht auszuschreiben (SRF 2015).

Im Kanton SO wurde der Versorgungsauftrag in drei Gemeinden ausgeschrieben und privaten Spitex-Organisationen zugeteilt.

Im stationären Bereich regelt die kantonale Pflegeheimliste den Zugang zu den Patienten. Nur Pflegeinstitutionen, die anerkannte Pflegebetten haben, dürfen ihre Leistungen den Krankenkassen und dem Staat für die Restfinanzierung verrechnen. Die Kantone koordinieren die Bettenplanung (Art. 39 KVG). Bei einem Ausbau des Bettenkontingents ist es in fast allen Kantonen möglich, sich unabhängig von der Rechtsform für eine Aufnahme auf die Pflegebettenliste zu bewerben. Die Kantone wenden in solchen Fällen grundsätzlich eine «First-come-first-served»-Regelung für die Zuteilung der Bettenkapazitäten an. In den Kantonen GE und VS können ausschliesslich gemeinnützige Institutionen in die Pflegeheimliste aufgenommen werden. Im Kanton SO werden seit Januar 2015 neue Betten anhand von Priorisierungskriterien zugeteilt (Departement des Innern SO 2015). Dabei werden unter anderem Gesuche bevorzugt, die eine Heimgrösse zwischen 41 und 60 Betten ausweisen. Der Gedanke hinter dieser Vorgabe ist, dass grössere Heime tendenziell wirtschaftlicher zu betreiben sind – gemäss Crivelli et al. (2001) wäre allerdings betriebswirtschaftlich eine Heimgrösse zwischen 60 und 80 Betten optimal –, verbunden mit der Absicht, nicht zu grosse und damit eher überschaubare Heime zu bauen. Indirekt bevorzugt diese Regel jedoch bestehende kleine und mittlere Heime, die ihre Bettenkapazitäten ausbauen wollen, ungeachtet ihrer Effizienz. Besser wäre eine Steuerung über die Höhe der Entschädigung für Pflegeleistungen (vgl. Kapitel 4), die somit für alle Heime einen Anreiz zur Effizienz setzen würde.

In keinem Kanton werden die bereits zugeteilten Betten auf der Pflegeheimliste regelmässig ausgeschrieben. Wer einmal in die Liste aufgenommen ist und die quantitativen und qualitativen Vorgaben für die Betriebsbewilligung weiterhin erfüllt, muss um sein Kontingent nicht fürchten. Eine solche Regelung bringt zwar Planungssicherheit für die Pflegeinstitutionen, sie zementiert jedoch die bestehenden Strukturen und behindert den Wettbewerb zwischen den Anbietern. Sind zudem die für die Planung zuständigen Gemeinden/-verbünde auch in der Trägerschaft bestehender Leistungserbringer eingebunden, besteht die Gefahr von Interessenkonflikten. Ausnahme ist hier der Kanton ZH, der keine Obergrenze für die Bettenzahl kennt. Dort können alle Pflegeinstitutionen, alte und neue, die die Bedingungen für die Betriebsbewilligung erfüllen, Pflegeleistungen anbieten.

Freier Marktzugang für alle Leistungsbezieher

Ein freier Marktzugang für Leistungserbringer hilft nur, wenn die Leistungsbezieher ihre Spitex-Organisation oder ihr Pflegeheim auch frei wählen können. Der freie Marktzugang für die Leistungsbezieher ist eine zweite wichtige Voraussetzung für einen effizienten Pflegemarkt. Diese Bedingung ist innerhalb des Wohnkantons in allen Kantonen erfüllt, sofern für die Pflege im engeren Sinne die Pflegeinstitution die nötige Kapazität hat. Auch sind die Pfegetarife in allen Kantonen vom Wohnort des Pflegebedürftigen unabhängig. Einzig im Kanton AG dürfen die Gemeinden einen Heimaufenthalt ihrer Einwohner in der eigenen Gemeinde subventionieren. Sie dürfen jedoch keine Zuschläge für Auswärtige verlangen (Art. 14 PflG / AG). Damit bleibt der Tarifschutz für die Pflegebedürftigen im Kanton gegeben, die Autonomie der Gemeinde wird aber erweitert.

Die Wahl der Pflegeorganisation kann allerdings für Bezüger von Ergänzungsleistungen indirekt eingeschränkt werden, weil der Staat (Kanton oder Gemeinde) meistens Obergrenzen für Betreuungs- und Hotellerieleistungen setzt. Verlangt ein Anbieter höhere Taxen, können EL-Bezüger dessen Dienstleistungen nicht in Anspruch nehmen. Es handelt sich hier also nicht um eine Einschränkung des «geografischen» Marktzugangs, sondern vielmehr um eine preisliche Steuerung der Nachfrage.¹²

Die Wahl der Pflegeorganisation kann für Bezüger von Ergänzungsleistungen eingeschränkt werden, weil der Staat meistens Obergrenzen für Betreuungs- und Hotellerieleistungen setzt.

Unvollständige Transparenz über angebotene Leistungen

Eine dritte Voraussetzung für einen funktionierenden Pflegemarkt ist die Transparenz über die angebotenen Leistungen. Dabei wird Transparenz entlang quantitativer und qualitativer Merkmale unterschieden: Wer bietet was (Quantität) und wie gut (Qualität)? Anlaufstellen, Internetplattformen oder Broschüren bilden dafür wertvolle Entscheidungshilfen. Dabei ist es wichtig, dass sie eine Übersicht über alle Pflegedienstleistungen (ambulant wie stationär) geben und alle, sprich gemeinnützige und gewinnorientierte Leistungserbringer, im ganzen Kanton berücksichtigen.

Nur gerade fünf Kantone (AR, GR, JU, SH und UR)¹³ bieten eine solche Gesamtsicht. Hingegen bieten 22 Kantone eine Übersicht aller stationären Angebote, auch wenn es sich zum Teil lediglich um eine Auflistung der Pflegeheime mit bewilligten Pflegeplätzen handelt. Im ambulanten Bereich ist die Transparenz weniger gegeben. Nur zehn Kantone stellen eine Gesamtübersicht aller Leistungserbringer zur Verfügung.

¹² Auf die unterschiedlichen Finanzierungsformen der Pflegeinstitutionen wird im Kapitel 4 näher eingegangen.

¹³ AR: www.ar.ch/departemente/departement-gesundheit/amt-fuer-soziale-einrichtungen/;
GR: www.alter.gr.ch; JU: www.jura.ch/DSA/SSA/Etablissements-pour-personnes-agees.html.
UR: Anlaufstelle der Pro Senectute mit Leistungsauftrag des Kantons.

In den restlichen Kantonen werden die erwerbswirtschaftlichen Spitex-Organisationen oder selbständigen Pflegefachpersonen oft nicht aufgeführt. Neben einer Beschreibung der Angebote sind Preisinformationen ebenfalls wichtige Entscheidungskriterien. Dennoch ist diese Information im ambulanten Bereich in nur sechs Kantonen, im stationären Bereich in 14 Kantonen auf einen Blick verfügbare und vergleichbar (eigene Erhebungen bei den Kantonen 2015).

Nur zehn Kantone stellen eine Gesamtübersicht aller Leistungserbringer zur Verfügung.

Zudem sind kommunale oder regionale Anlaufstellen zu erwähnen, die neben einer Übersicht des lokalen Angebots ebenfalls individualisierte Beratungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ermöglichen. Ein Beispiel auf Gemeindeebene ist die KIG (Krienser Infostelle Gesundheit) der Gemeinde Kriens (Kanton LU, 27 000 Einwohner), die gemeinsam von den lokalen Spitex- und Pflegeheimorganisationen betrieben und durch die Gemeinde finanziert wird (von Bergen 2015). Auf regionaler Ebene sind die BRIO-Zentren (Bureaux Régionaux d'Information et d'Orientation) im Kanton VD zu erwähnen. Diese vier regionalen Zentren stellen die Information der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sicher und koordinieren die soziomedizinischen Leistungen. Zeichnet sich ein Heimeintritt ab, zeigen die BRIO Optionen unter Berücksichtigung der freien Platzkapazitäten auf (DSAS VD 2009). Die Institutionswahl unterliegt zwar dem Pensionär, eine Vorauswahl trifft jedoch das BRIO.

Eine zentralisierte Übersicht freier Bettkapazitäten ist nur in den wenigsten Kantonen gegeben. Im Kanton VD sind die Heime verpflichtet, diese Information den BRIO zu melden. Weil die BRIO auch die Einweisungen koordinieren, ist die Qualität der zentralisierten Informationen gut. Im Kanton JU ist eine solche Meldepflicht gesetzlich vorgesehen (Art. 39 Loi sur l'organisation g rontologique / JU), die Umsetzung jedoch je nach Institution unterschiedlich. Interessant ist auch die Plattform der Pro Senectute im Kanton BE (www.wohnen60plus.ch). Hier werden alle Informationen über Wohnmöglichkeiten im Alter und freie Betten in Alters- und Pflegeheimen zentral gesammelt, unabhängig von der Rechtsform der Institutionen. Der Kanton hat sich finanziell an der Erarbeitung der Plattform beteiligt und für den Betrieb eine Leistungsvereinbarung mit der Pro Senectute abgeschlossen.

Bei den beschriebenen Informationen handelt es sich um quantitative Merkmale. Doch im Gesundheitssektor, wo die Preise stark reguliert sind, kann das Buhlen um Patienten nur über den Faktor Qualität erfolgen. Dies ist nicht nur eine Voraussetzung für einen effizienten Gesundheitsmarkt, sondern entspricht auch den Bedürfnissen der Patienten. Gemäss dem GFS-Gesundheitsmonitor (gfs.bern 2015) wünschen sich 85 % der Befragten mehr Informationen zur Qualität der Leistungen, bevor sie sich für eine Behandlung entscheiden. Auch sind 75 % der Meinung, dass mehr Transparenz die Qualität fördert. Im Spitalbereich werden erste Qualitätsindikatoren sowohl vom Bundesamt für Gesundheit (BAG 2015a),

vom Dachverband der Spitäler H+ (www.spitalinformation.ch) wie auch vom Verein Qualitätsmedizin Schweiz (www.qualitaetsmedizin.ch) veröffentlicht. Seit 2015 bietet auch das Vergleichsportal Comparis objektive und subjektive Qualitätsmerkmale für selektive Eingriffe, die von Spitälern erbracht werden (Comparis 2015a). Im Bereich der Alterspflege gibt es dagegen noch kaum nationale Qualitätsvergleiche.¹⁴ Seit 2016 bietet allerdings das Portal www.welches-pflegeheim.ch Informationen zur Personal- und Fachpersonaldichte, zur Distanz zum Wohnort, für manche Kantone sogar zu den Pflegeleistungen an. Auch werden Einzelratings von anderen Bewohnern und deren Angehörigen veröffentlicht.

Anders in Deutschland: Dort werden Leistungserbringer der Alterspflege mittels umfangreicher Kriterienkataloge (49 Kriterien im ambulanten, 77 im stationären Bereich) durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bewertet. Die Prüfung erfolgt aufgrund dokumentierter Leistungen einer Institution, die durch eine Patientenbefragung ergänzt wird (GKV 2014, GKV 2015). Daraus entsteht eine Gesamtnote. Die Ergebnisse der Kundenbefragung werden separat ausgewiesen. Die Werte der einzelnen Leistungserbringer sowie Durchschnittswerte pro Bundesland werden im Internet veröffentlicht. Zahlreiche Suchportale (z.B. www.pflegelotse.de) stellen die Ergebnisse im Vergleich dar.¹⁵

In der Schweiz sind selbst innerhalb der Kantone keine Vergleiche im Bereich Alterspflege für die Öffentlichkeit erhältlich. Keiner der 26 Kantone veröffentlicht solche Informationen, weder für den ambulanten noch für den stationären Bereich. Das heisst nicht, dass Qualitätsvorgaben für die Erteilung und den Erhalt einer Betriebsbewilligung keine Rolle spielen. Im Gegenteil: Die meisten Kantone haben eigene Qualitätsstandards definiert und implementiert. Dies hat auch Auswirkungen auf die Leistungserbringer. 42 % der Heime bewerten steigende gesetzliche Vorgaben und Qualitätsvorgaben als eine ihrer Hauptherausforderungen (Rang 4 von 10, Curaviva 2015b). Allerdings wird die Bewertung der Qualitätskriterien durch die Kantone nicht öffentlich kommuniziert. Doch manche Kantone setzen solche Qualitätsbenchmarks vermehrt als fördernde Wettbewerbselemente ein. Im Kanton UR finden alle fünf Jahre Visitationen in den Heimen mit externen Experten statt, was zu einer Verbreitung von Best Practices beiträgt. Im Kanton SZ werden alle Heime mit derselben Qualitätsumfrage evaluiert. Jedes Heim erhält nebst einer individuellen Rückmeldung seine Positionierung innerhalb des Benchmarks. Ähnlich wird im Kanton VD alle 18 Monate eine Qualitäts-

In Deutschland werden Leistungserbringer der Alterspflege mittels umfangreicher Kriterienkataloge bewertet. Die Resultate sind im Internet veröffentlicht.

¹⁴ Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe mit Vertretern von BAG, BFS, GDK, santésuisse, Curaviva Schweiz hat Vorschläge (Mangelernährung, bewegungseinschränkende Massnahmen, Medikation, Schmerz) erarbeitet, die in einer Pilotphase getestet werden (Curaviva 2015b, Curaviva 2016).

¹⁵ Die Pflegenoten sind fachlich und politisch umstritten. Der Umfang und die Bewertung der Kriterien, die geringe Streuung der Noten (im Durchschnitt 1,3 auf eine 5er-Skala) und die Reproduzierbarkeit der Ergebnisse werden immer wieder thematisiert (GKV 2015, Pflegenoten 2015).

kontrolle (CIVESS) durchgeführt. Das individuelle Pflegeheim sieht seine Positionierung innerhalb des Benchmarks, der Dachverband der Pflegeheime erhält die Gesamtübersicht. Im Kanton TI wird alle drei Jahre eine Umfrage bei Patienten und Angehörigen durchgeführt. Zurzeit wird erörtert, ob diese Informationen künftig auch öffentlich kommuniziert werden sollen.

2.5_Fazit und Subranking «Organisation»

Vier Beurteilungskriterien für kantonale Strukturen

Die Organisation der Alterspflege in den Kantonen wird zwecks Vergleichbarkeit in einem Ranking entlang zweier Dimensionen bewertet. Die erste Dimension erfasst mittels zweier Kriterien, ob ein hinreichendes und zweckmässiges Angebot vorhanden ist: Erstens wird geprüft, ob es genügend Pflegende pro pflegebedürftigen Einwohner gibt. Zweitens wird die genügend schnelle Erreichbarkeit des nächsten Alters- und Pflegeheims in die Bewertung einbezogen. Die zweite Dimension bewertet die Marktelemente in der kantonalen Alterspflege. Einerseits wird der freie Marktzugang für alle Leistungserbringer untersucht. Andererseits wird die Transparenz aller angebotenen Leistungen überprüft.

Alle Kriterien werden gleich gewichtet und können Werte zwischen 0 und 1 einnehmen, wobei 1 die bestmögliche und 0 die schlechteste Punktzahl ist (vgl. Tabellen 21 bis 24 im Anhang):

- *Pflegepersonal pro pflegebedürftigen Einwohner*: Die Personaldotation in Vollzeitstellen über die gesamte Versorgungskette, im ambulanten wie im stationären Bereich, wird ins Verhältnis zur geschätzten Zahl der pflegebedürftigen Einwohner gesetzt. In der Tendenz erhöht zwar mehr Personal pro Pflegebedürftigen die zeitliche Verfügbarkeit für Pflegetätigkeiten, es kann aber auch zu Ineffizienz und Redundanzen führen. Hinsichtlich einer zweckmässigen und effizienten Versorgung gilt es, das «richtige Mass» zu ermitteln: Im internationalen Vergleich verfügt die Schweiz ohnehin über eine hohe Personaldotation, selbst in Kantonen mit wenig Personal pro Pflegebedürftigen (Cosandey und Kienast 2016). In diesem Ranking werden die Kantone lediglich untereinander verglichen. Zur Punktevergabe wurde daher die Spannbreite zwischen dem Maximalwert von 1,04 VZÄ pro pflegebedürftigen Einwohner (AR) und dem Minimalwert von 0,56 VZÄ pro pflegebedürftigen Einwohner (AI) in vier gleich grosse Abschnitte unterteilt. Kantone im untersten Abschnitt erhalten keinen Punkt, jene im zweiten und im obersten Abschnitt 0,5 Punkte. Einen ganzen Punkt gibt es für Kantone mit einer leicht überdurchschnittlichen Personaldotation (dritter Abschnitt).
- *Durchschnittliche zeitliche Erreichbarkeit des nächsten Alters- und Pflegeheims*: Die benötigte Zeit zur Erreichung des nächsten Alters- und Pflegeheims gibt Hinweise auf die geografische Dichte des stationären An-

gebots. Diese hängt einerseits von der Topografie und andererseits von der durchschnittlichen Grösse der Heime in einem Kanton ab. Viele kleine Heime ermöglichen eine bessere Erreichbarkeit, verursachen jedoch eher höhere Kosten. Die Versorgungspolitik muss beide Güter abwägen. Die Kostendimension wird im nächsten Kapitel berücksichtigt. Hier wird nur die Erreichbarkeit bewertet. Je höher der Anteil der Bevölkerung ist, der rasch ein Alters- und Pflegeheim erreichen kann, desto besser. Kantone, in denen 100 % der Bevölkerung innerhalb von zehn Minuten das nächste Alters- und Pflegeheim erreichen (höchster Wert), bekommen einen Punkt. Der Kanton, bei dem dies nur für 80 % der Bevölkerung der Fall ist (JU, tiefster Wert), bekommt keinen Punkt. Dazwischen erfolgt die Punktevergabe linear.

- *Marktzugang für alle Leistungserbringer:* Der Marktzugang zum Alterspflegemarkt sollte möglichst unabhängig von der Form oder vom Standort des Leistungserbringers gewährt sein. Es wird geprüft, ob für alle Leistungserbringer die gleichen Personalvorgaben, Rechnungslegungsvorschriften und Leistungskataloge für das Erhalten einer Betriebsbewilligung gelten, im stationären wie im ambulanten Bereich. Für ein «Ja» gibt es je 0,33 Punkte, für ein «Nein» 0 Punkte. Dazu werden 0,33 Punkte hinzugezählt, wenn alle Spitex-Organisationen in einem Kanton einen Leistungsauftrag mit Versorgungspflicht abschliessen dürfen.
- *Transparenz über alle Angebote:* Transparenz ist Voraussetzung dafür, dass Patienten Angebote und Tarife vergleichen und ihre Leistung wählen können: Je einfacher die Angebote und Preise der Leistungserbringer verglichen werden können, desto besser. Konkret wird bewertet, ob eine zentrale Plattform oder Anlaufstelle eine Übersicht über alle Leistungserbringer, im stationären wie im ambulanten Bereich und unabhängig von ihrer Rechtsform, anbietet. Ein «Ja» gibt je 0,25 Punkte, ein «Nein» keinen Punkt. Analog wurde die Übersicht über die Tarife der Leistungserbringer bewertet und zur Punktzahl der Angebotsübersicht addiert.

Kanton ZH am besten organisiert, Kanton SG als Schlusslicht

Das Ranking zur Organisation bringt einen klaren Sieger hervor, nämlich den Kanton ZH mit 0,87 Punkten (vgl. Tabelle 3). Er erreicht bei drei von vier Kriterien (beinahe) die höchste Punktzahl. Lediglich beim Kriterium «Transparenz über alle Leistungsangebote» erhält er nur einen halben Punkt. Auf dem zweiten Platz steht der Kanton TG, der lediglich bei der zeitlichen Erreichbarkeit des nächsten Alters- und Pflegeheims etwas schlechter als ZH abschneidet. Der Kanton GR liegt nur auf dem dritten Platz, weil er angesichts der Topografie beim Erreichbarkeitskriterium deutlich weniger Punkte erhält. Im Gegensatz zu den Kantonen ZH und TG erhält er jedoch in der Transparenzdimension die volle Punktzahl. Am Ende der Rangliste liegen die Kantone AI, TI und als Schluss-

licht der Kanton SG. Letzterer hat ausser beim Kriterium der zeitlichen Erreichbarkeit des nächsten Alters- und Pflegeheims mittlere bis tiefe Punktzahlen.

Tabelle 3
Die Reihung der Kantone gemäss dem Subranking «Organisation»

Die Detailbewertung der einzelnen Rankingkriterien findet sich im Anhang.

<i>Punktzahl</i>					
	<i>Pflegepersonal pro pflege- bedürftigen Einwohner</i>	<i>Durch- schnittliche zeitliche Erreichbarkeit des nächsten APH</i>	<i>Leistungs- erbringer- unabhängiger Marktzugang</i>	<i>Transparenz über alle Leistungs- angebote</i>	<i>Total (Mittelwert)</i>
ZH	1,00	0,99	1,00	0,50	0,87
TG	1,00	0,87	1,00	0,50	0,84
GR	1,00	0,25	1,00	1,00	0,81
BS	0,50	1,00	1,00	0,75	0,81
SZ	1,00	0,81	0,67	0,75	0,81
BE	1,00	0,89	0,67	0,50	0,76
AR	0,50	0,98	1,00	0,50	0,75
VD	1,00	0,77	0,67	0,50	0,73
AG	0,50	0,93	1,00	0,50	0,73
GE	0,50	1,00	0,67	0,75	0,73
SH	0,50	0,90	1,00	0,50	0,73
GL	1,00	0,86	1,00	0,00	0,72
BL	0,50	0,95	1,00	0,25	0,67
ZG	1,00	0,98	0,67	0,00	0,66
UR	1,00	0,45	0,67	0,50	0,65
SO	0,50	0,86	0,67	0,50	0,63
NE	1,00	0,94	0,33	0,25	0,63
FR	0,50	0,84	0,67	0,50	0,63
VS	0,50	0,29	0,67	1,00	0,62
LU	0,50	0,93	0,33	0,50	0,57
NW	0,50	0,66	0,33	0,75	0,56
OW	0,50	0,88	0,33	0,50	0,55
JU	0,50	0,00	0,67	1,00	0,54
AI	0,00	0,88	1,00	0,25	0,53
TI	0,50	0,75	0,67	0,00	0,48
SG	0,50	0,94	0,00	0,25	0,42
FL	1,00	1,00	n.a.	0,00	n.a.

n.a. = nicht anwendbar

Quelle: eigene Berechnungen

03 Kosten der Alterspflege

3.1 _	«Ambulant vor stationär» nicht entscheidend	_ 44
	Pflegeheim ab einer Stunde Tagespflege günstiger	_ 44
	Jährlich 7600 Franken Pflegekosten	_ 44
	Unvollständiges Bild der Spitex-Statistik	_ 45
	Drei Hauptkostentreiber	_ 47
3.2 _	Drei Viertel der Kosten für das Personal	_ 50
	Geringer Einfluss des lokalen Arbeitsmarkts	_ 51
	Grade-Mix als treibender Kostenfaktor	_ 53
	Hang der Romandie zum Gesamtarbeitsvertrag	_ 55
	Vorschriften als Kostentreiber für die Hotellerie	_ 56
	Ein Drittel der Betten in zu kleinen Heimen	_ 57
3.3 _	Grosse Unterschiede beim Personalbestand	_ 59
	Kein Königsweg zur vollständigen Effizienz	_ 59
	Starker Einfluss der Pflegeerfassungssysteme	_ 61
	Überflüssige Grade-Mix-Vorgaben im stationären Bereich	_ 63
3.4 _	Regionale Abweichungen bei der Inanspruchnahme	_ 66
	Vergleichbarkeit durch Standardisierung	_ 66
	Vom Angebot zur Nachfrage	_ 69
3.5 _	Einsparungspotenzial von mindestens 1,9 Milliarden Franken pro Jahr	_ 70
3.6 _	Fazit und Subranking «Kosten»	_ 70
	Vier Kriterien zur Beurteilung der kantonalen Kostenstruktur	_ 70
	Kanton AI klar an der Spitze, Kanton GE abgeschlagen	_ 72

3.1_«Ambulant vor stationär» nicht entscheidend

Pflegeheim ab einer Stunde Tagespflege günstiger

In der alternden Gesellschaft wird der schonende Umgang mit knappen Personal- und Finanzressourcen immer wichtiger. Im Bereich der Alterspflege heisst das, dass nicht nur die Effizienz von Spitex-Organisationen und von Alters- und Pflegeheimen, sondern die Effektivität der ganzen Altersversorgungskette optimiert werden sollte.

Diese Gesamtsicht ist besonders relevant, weil je nach Situation die Kosten in einem ambulanten Setting bereits ab 60 bis 120 Minuten Tagespflege (inkl. Kost und Logis) die Kosten in einem Pflegeheim inkl. Hotellerie übersteigen. Dies zeigen sowohl eine Studie im Auftrag der Spitex Schweiz (Wächter und Künzi 2011) wie eine des Schweizer Gesundheitsobservatoriums Obsan (Jaccard Ruedin et al. 2010). Der Grund liegt darin, dass Heime ihre Ressourcen effizienter einsetzen können. Unproduktive Anreisewege fallen weg und die Mitarbeiter können entsprechend ihren Kompetenzen – hochqualifiziertes Personal für die Pflege, weniger qualifiziertes für die Betreuung – eingesetzt werden.

Je nach Situation übersteigen die Kosten in einem ambulanten Setting bereits ab 60 bis 120 Minuten Tagespflege die Kosten in einem Pflegeheim.

Die in der Politik altgediente, vom Spital auf die Alterspflege übernommene Forderung «Ambulant vor stationär» greift deshalb zu kurz. Sie unterstellt, dass ambulante Behandlungen «billig und besser» und Heimleistungen «teuer und schlechter» sind (Pro Senectute SG et al. 2012). Welche Form der Alterspflege aus ökonomischer und persönlicher Sicht ideal ist, muss aber stets im Einzelfall ermittelt werden. Je nach Gesundheitszustand und persönlichen Ressourcen, personeller und finanzieller Natur, kann ein Heimeintritt oder das Verbleiben zu Hause sinnvoller sein. Auf individueller Ebene ist demzufolge eine maximale Pflegedauer pro Tag ein unzureichendes Kriterium, um den Entscheid für den Heimeintritt zu fällen.

Auf kollektiver Ebene hingegen gibt der Richtwert von 60–120 Minuten Pflege pro Tag eine gute Orientierung für die Optimierung der gesamten Versorgungskette. Dabei wird ersichtlich, dass ambulante, intermediäre und stationäre Angebote komplementäre Dienstleistungen sind. Es braucht also eine Strategie des «Ambulant *mit* stationär»: erstens eine gezielte Fokussierung der Heime auf schwer pflegebedürftige, häufig demente Patienten, zweitens die Schaffung von intermediären Entlastungsangeboten, die Lösungen zwischen dem Verbleib zu Hause und dem Heimeintritt anbieten, und drittens ein optimiertes Spitex-Angebot.

Jährlich 7600 Franken Pflegekosten

Aus finanzieller Sicht ist die Effizienz der Alterspflege in einem Kanton dann hoch, wenn die kumulierten ambulanten und stationären Pflegekosten pro Einwohner im interkantonalen Vergleich tief sind. Dabei werden in dieser Studie alle Kosten zusammengefasst, die einheitlich für alle Kantone verfügbar sind. Im stationären Bereich werden dafür die Kosten aller Alters- und Pflegeheimorganisationen für Pflege, Betreuung und

Hotellerie berücksichtigt (SOMED-Statistik, BFS 2015b). 2014 betrugen die Kosten der stationären Pflege schweizweit 9,49 Mrd. Fr. Im ambulanten Bereich werden die Kosten aller Spitex-Organisationen (inkl. selbständiger Pflegefachpersonen) für Langzeit- und Übergangspflege, für Hauswirtschaftsdienste und Sozialbetreuung sowie für Mahlzeitendienste berücksichtigt (Spitex-Statistik, BFS 2015a). Die Kosten der ambulanten Alterspflege¹⁶ betrugen 2014 schweizweit 1,52 Mrd. Fr. Die Gesamtkosten der Alterspflege, ambulant und stationär zusammen, betragen somit 11,01 Mrd. Fr.

Im Kontext der Alterspflege werden diese Kosten sinnvollerweise nicht auf den Einwohner, sondern den 65-Jährigen und Älteren bezogen. Im Schweizer Durchschnitt resultierten 2014 Kosten von 7600 Fr. pro 65-Jährigen und Älteren. Allerdings variieren die regionalen Werte signifikant. In den Kantonen VS und AI liegen die kantonalen Kosten beinahe 30 % unter dem Schweizer Durchschnitt, während sie ihn in den Kantonen GE und NE um 30 % übersteigen (vgl. Abbildung 6, S. 46 und Tabelle 4, S. 49).

Unvollständiges Bild der Spitex-Statistik

Die erwähnten Kosten von 11,01 Mrd. Fr. bzw. von 7600 Fr. pro 65-Jährigen und Älteren werden in offiziellen Statistiken oft als Gesamtkosten der Alterspflege dargestellt. Allerdings bilden diese Beträge lediglich die Leistungen ab, die gegen Entgelt erbracht werden. Die freiwillige Betreuungsarbeit, die zum Beispiel durch pflegende Angehörige erbracht wird, fließt in diese Rechnung nicht ein. Zudem werden im stationären Bereich die vollen Kosten für Hotellerie (Wohnen und Essen) berücksichtigt, im ambulanten Bereich jedoch lediglich die Kosten für Mahlzeitendienste hinzugezählt. Doch auch zu Hause braucht ein Pflegebedürftiger ein Dach über dem Kopf und ein warmes Essen auf dem Tisch. Die Kosten für die eigene Wohnung oder für die selbst zubereiteten Mahlzeiten sind in der Spitex-Statistik nicht enthalten. Ihre Berücksichtigung wäre jedoch für einen exakten Vergleich mit den Kosten im stationären Bereich nötig. Damit entsteht eine Verzerrung: Je stärker Kantone auf eine ambulante Versorgung setzen, desto weniger Kosten für die Alterspflege *weisen sie aus*. Die effektiven Kosten sind höher.

Diese Verzerrung kann auf zwei Arten korrigiert werden. Einerseits können fiktive Wohn- und Esskosten für ambulante Patienten hinzugezählt werden, die sich an den Mietzins- und Lebenshaltungskostenminima der Ergänzungsleistungen orientieren. Zudem kann die freiwillige Betreuungsarbeit der pflegenden Angehörigen monetarisiert werden, indem die geschätzte Stundenanzahl mit einem branchenüblichen Pflege-

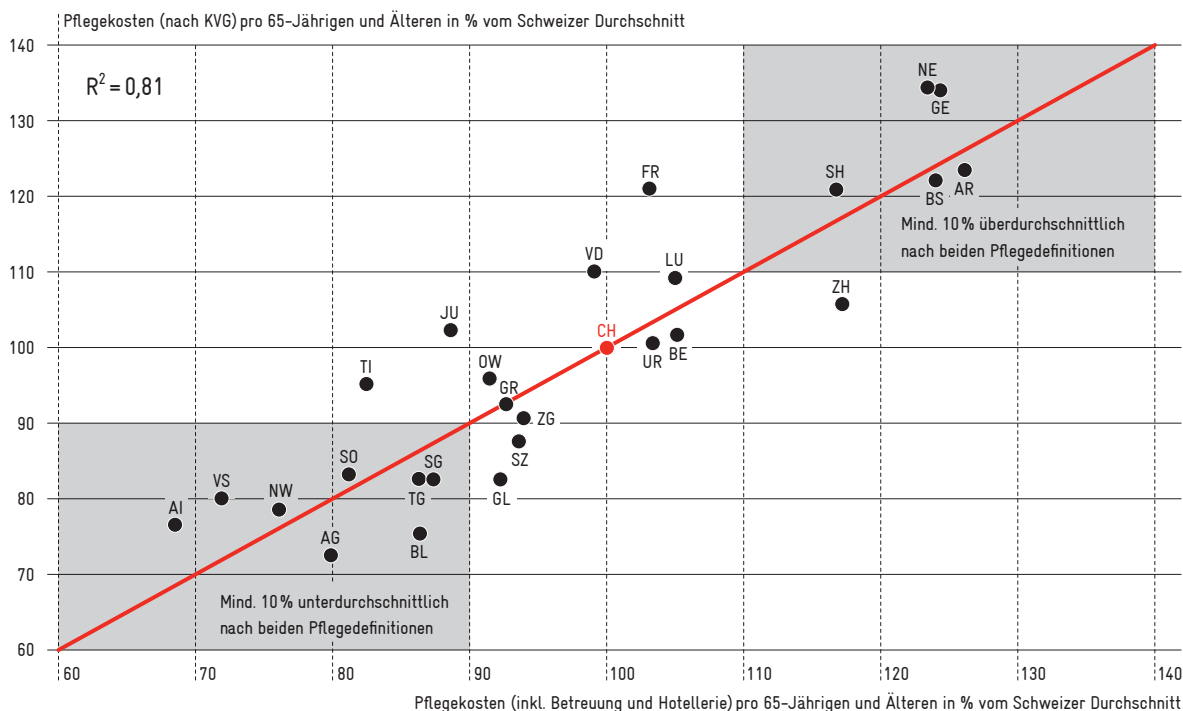
Die Kosten für die eigene Wohnung oder für die selbst zubereiteten Mahlzeiten sind in der Spitex-Statistik nicht enthalten. Ihre Berücksichtigung wäre jedoch für einen Vergleich mit den Kosten im stationären Bereich nötig.

¹⁶ Die in der Spitex-Statistik ausgewiesenen Kosten umfassen Klienten aller Alter. Eine separate Aufstellung für 65-Jährige und Ältere ist nicht verfügbar. Die Kosten für die Alterspflege wurden jedoch aufgrund der Anzahl Stunden, die Klienten älter als 65 Jahre in der Langzeitpflege, in der Akut- und Übergangspflege und beim Hauswirtschaftsdienst verrechnet werden, geschätzt. 82 % der Stunden für Langzeitpflege und 82 % der Stunden für Hauswirtschaftsdienste werden für Klienten über 65 Jahre erbracht.

Abbildung 6

Die Pflegekosten pro 65-Jährigen und Älteren variieren unter den Kantonen um den Faktor zwei

Die konsolidierten ambulanten und stationären Kosten pro 65-Jährigen und Älteren variieren zwischen den Kantonen stark. Dabei spielt die gewählte Definition der Pflegekosten (mit oder ohne Betreuungs- und Hotellerieleistungen) für die relative Positionierung im Vergleich zum Schweizer Durchschnitt keine wesentliche Rolle.



Quelle: BFS 2015a, BFS 2015b, BFS 2015c, eigene Berechnungen

stundenansatz multipliziert wird. Dieser Methode folgen zum Beispiel Spitex Schweiz und Obsan (Wächter und Künzi 2011, Jaccard Ruedin et al. 2010).

Dieser Ansatz hat allerdings seine Tücken. Die Mietzinsminima unterschätzen, fast per Definition, die effektiven durchschnittlichen Wohnkosten der Betagten. Auch die Monetarisierung der freiwilligen Arbeit ist umstritten. Muss der pflegende Angehörige sein Erwerbspensum aufgrund einer Pflegetätigkeit reduzieren, entstehen für ihn (meistens für sie) eindeutig Opportunitätskosten. Die Höhe dieser Kosten kann jedoch je nach Beruf und Position des pflegenden Angehörigen über oder unter den geschätzten Kosten einer professionellen Pflege liegen.

Um all den vielen methodischen Schwierigkeiten und Unwägbarkeiten aus dem Weg zu gehen, wird in dieser Publikation die Kosteneffizienz der Alterspflege zwischen den Kantonen ausschliesslich anhand der Pflegekosten verglichen, die nach dem Krankenversicherungsgesetz verrechnet werden dürfen. Im stationären Bereich schliesst das die Hotellerie und die Betreuung, im ambulanten Bereich die Hauswirtschaft und Mahlzeitendienste aus. Grosse Vorteile dieser Methode sind die einfache Handhabung und der Verzicht auf Schätzwerte für Wohn- und Unterhaltskosten. Der Preis dafür ist die Reduktion des Alterspflegebegriffs

auf die abschliessende Liste der Aktivitäten, die im KVG aufgeführt sind. Der Beitrag der Angehörigen und der professionellen Betreuer wird bei dieser engeren Pflegedefinition ausgeblendet. Zudem erscheinen in dieser vereinfachten Rechnung die Kostenunterschiede, zum Beispiel infolge unterschiedlicher Ausbaustandards in den Pflegeheimen, nicht mehr, weil diese in den Hotelleriekosten zusammengefasst werden.

Interessanterweise bleiben die relativen Kostenunterschiede zwischen den Kantonen sowohl bei der breiten, umfassenden Definition (mit Hauswirtschafts- und Mahlzeitendiensten, mit Betreuung und Hotellerie) wie bei der engeren Definition (nur Pflegeleistungen nach KVG) der Pflegekosten sehr robust (vgl. Abbildung 6). Die relative Positionierung der einzelnen Kantone im Vergleich mit dem Schweizer Durchschnitt bleibt bei beiden Betrachtungsweisen also erstaunlich konstant. Für die Hälfte der Kantone verschiebt sie sich lediglich um 5 Prozentpunkte oder weniger. In der Romandie, wo die ambulante Behandlung eine stärkere Rolle spielt, macht sich die Korrektur der skizzierten Kostenverzerrung besonders bemerkbar.

Zudem weisen einige Kantone mit der breiteren wie mit der engeren Pflegedefinition deutlich tiefere Kosten pro 65-Jährigen und Älteren aus. In acht Kantonen (AG, AI, BL, NW, SG, SO, TG und VS) liegen die Kosten mindestens 10 % tiefer als im Schweizer Durchschnitt. Umgekehrt liegen die Kosten in fünf Kantonen 10 % höher, nämlich in AR, BS, GE, NE und SH (vgl. Abbildung 6).

Egal nach welcher Definition liegen die Kosten der Pflege in acht Kantonen 10 % tiefer, in fünf Kantonen 10 % höher als im Durchschnitt.

Zuletzt unterstreicht die konsolidierte Betrachtung der ambulanten und stationären Kosten, und zwar nach beiden Methoden, dass die einfache Forderung «Ambulant vor stationär» zu kurz greift. Bei den Kantonen mit den höchsten Kosten pro 65-Jährigen und Älteren befinden sich auch Kantone mit überdurchschnittlichen Spitex-Angeboten, zum Beispiel GE, NE (vgl. Abbildung 4, S. 30). Umgekehrt sind unter den Kantonen mit den niedrigsten Kosten pro 65-Jährigen und Älteren auch solche, die ein überdurchschnittliches stationäres Angebot haben, wie SG und TG.

Drei Hauptkostentreiber

Um die Kostenunterschiede zwischen den Kantonen besser zu verstehen, wird der Quotient der Pflegekosten pro 65-Jährigen und Älteren in drei Brüche zerlegt (vgl. Abbildung 7). Damit lassen sich die Kosten als Multiplikation von drei Treibern darstellen: Vollkosten pro Angestellten (Franken pro Vollzeitstelle), Betreuungsverhältnis (Vollzeitstellen pro gepflegte Person) und Quote der Inanspruchnahme (gepflegte Personen pro 65-Jährigen und Älteren).

Die ersten zwei Treiber sind besonders interessant, weil sie sich weitgehend direkt steuern lassen. Die Vollkosten pro Stelle spiegeln zu einem grossen Teil die Lohnpolitik und zu einem geringeren Teil den Ausbaustandard der Pflegeinstitutionen. Das Betreuungsverhältnis wiederum bildet Qualitäts-, aber auch Effizienzunterschiede in der Personalführung ab. Der dritte Treiber, die Quote der Inanspruchnahme, lässt sich nur

Abbildung 7

Haupttreiber der Pflegekosten

Die Pflegekosten pro 65-Jährigen und Älteren lassen sich in drei Treiber zerlegen. Die ersten zwei, die Vollkosten pro Stelle sowie das Betreuungsverhältnis, lassen sich eher direkt steuern. Die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen wird eher indirekt durch das vorhandene Angebot beeinflusst, weil Letzteres eine Nachfrage induzieren kann.

$$\frac{\text{Kosten}}{65+} = \frac{\text{Vollkosten}}{\text{Vollzeitstelle}} \times \frac{\text{Vollzeitstellen}}{\text{Gepflegte Person}} \times \frac{\text{Gepflegte Personen}}{65+}$$

$$\frac{\text{Kosten}}{65+} = \text{Vollkosten pro Stelle} \times \text{Betreuungsverhältnis} \times \text{Quote der Inanspruchnahme}$$

Quelle: eigene Darstellung

indirekt beeinflussen, weil der Gesundheitszustand der Bevölkerung stark von soziodemografischen Merkmalen wie Bildung, Einkommen, Arbeitslosigkeit, Branchenstrukturen und kulturellen Gewohnheiten abhängt. Auf diese können die Politik oder die Leistungserbringer nur bedingt Einfluss nehmen. Allerdings ist die Quote der Inanspruchnahme keine rein exogene Grösse. Im Gesundheitssektor im Allgemeinen wie in der Alterspflege im Besonderen beobachtet man eine angebotsinduzierte Nachfrage. Wie wir zeigen werden, haben die für die Alterspflege zur Verfügung stehenden Infrastrukturen und das verfügbare Personal ebenfalls einen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen.

Die Zerlegung in drei Treiber ist interessant, weil sie differenzierte Aussagen zu den Kostenunterschieden zwischen den Kantonen ermöglicht (vgl. Tabelle 4). Dabei werden die Pflegekosten nach der breiteren Pflegedefinition untersucht. ¹⁷ Allgemeinplätze wie «In urbanen Kantonen ist es teurer, auf dem Land günstiger» müssen kritisch hinterfragt werden.

Zum Beispiel sind 2014 im Kanton BS im stationären Bereich die Vollkosten pro Stelle «erwartungsgemäss» überdurchschnittlich hoch. Doch dies gilt im ambulanten Bereich nicht. Dort liegen die Vollkosten pro Stelle 17 % unter dem Schweizer Durchschnitt. Im weniger urbanen Kanton NE hingegen liegen die Vollkosten pro Stelle sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich über dem Benchmark (4 % bzw. 11 %).

Die Gesamtpflegekosten pro 65-Jährigen und Älteren im Kanton GE sind zudem nicht nur aufgrund der höheren Lohn- und Gebäudekosten besonders hoch, sondern auch deshalb, weil dort die Betreuungsverhältnisse im ambulanten wie im stationären Bereich grosszügiger sind als im Rest der Schweiz (je 30 % höher).

¹⁷ Mit dem Detaillierungsgrad der Daten der SOMED- und der Spitex-Statistik ist keine Zerlegung nach der engeren Pflegedefinition möglich.

Tabelle 4

Den Kosten auf der Spur

Die Unterschiede der Pflegegesamtkosten (inkl. Spitex-Hauswirtschafts- und -Mahlzeitendiensten und Betreuung und Hotellerie in Alters- und Pflegeheimen) lassen sich nicht nur durch unterschiedliche Lohnkosten, sondern auch durch die Effizienz des Personaleinsatzes erklären. Allgemeinplätze wie «In urbanen Kantonen ist es halt teurer, auf dem Land günstiger» halten einer differenzierten Analyse oft nicht stand. Um die Kantone einfacher zu vergleichen, wurden die Werte der einzelnen Treiber jeweils auf dem Schweizer Durchschnitt indexiert (CH=100).

	Gesamte Versorgungskette				Stationär (APH)			Ambulant (Spitex)		
	Kosten pro 65+ in Fr.	Kosten pro 65+ indexiert	Anteil Kosten stationär in %	Anteil Kosten ambulant in %	Kosten pro VZÄ indexiert	VZÄ pro gepflegte Person indexiert	Gepflegte Personen pro 65+ indexiert	Kosten pro VZÄ indexiert	VZÄ pro gepflegte Person indexiert	Gepflegte Personen pro 65+ indexiert
AI	5 205	69	86,2	13,8	100	81	86	104	90	77
VS	5 463	72	81,9	18,1	92	108	69	101	85	100
NW	5 782	76	86,8	13,2	90	109	79	98	111	56
AG	6 065	80	87,4	12,6	96	91	94	97	71	104
SO	6 165	81	85,5	14,5	92	112	79	98	66	126
TI	6 265	82	83,4	16,6	85	107	89	86	96	94
TG	6 555	86	87,6	12,4	93	95	100	90	89	96
BL	6 562	86	86,4	13,6	107	116	70	94	104	78
SG	6 638	87	88,8	11,2	98	95	97	90	77	88
JU	6 733	89	77,6	22,4	97	120	69	91	88	161
OW	6 948	91	90,6	9,4	84	121	96	89	108	59
GL	7 007	92	92,4	7,6	92	89	122	91	74	78
GR	7 042	93	87,7	12,3	93	105	97	99	106	73
SZ	7 111	94	90,5	9,5	97	103	100	92	108	60
ZG	7 134	94	87,8	12,2	103	104	91	96	82	107
VD	7 528	99	75,2	24,8	90	87	111	101	148	122
CH	7 597	100	85,2	14,8	100	100	100	100	100	100
FR	7 835	103	88,5	11,5	97	117	95	105	72	109
UR	7 851	103	91,5	8,5	94	88	134	85	122	55
LU	7 975	105	89,2	10,8	94	108	109	95	104	80
BE	7 986	105	85,8	14,2	96	93	119	98	110	84
SH	8 868	117	90,6	9,4	95	97	135	99	87	99
ZH	8 901	117	88,7	11,3	111	101	110	104	96	91
NE	9 376	123	84,8	15,2	104	106	112	111	70	156
BS	9 421	124	86,7	13,3	113	94	118	83	123	103
GE	9 445	124	73,1	26,9	134	130	61	123	130	150
AR	9 583	126	92,4	7,6	97	87	161	91	98	71
FL	6 264	82	83,8	16,2	104	97	81	84	106	107

Quelle: BFS 2015a, BFS 2015b, BFS 2015c, eigene Berechnungen

Auch am «günstigeren» Ende des Kostenspektrums lässt sich nicht alles durch tiefere Vollkosten pro Stelle erklären. In den Kantonen AI und VS, wo die Alterspflege insgesamt ca. 30 % günstiger als im Schweizer Durchschnitt erbracht wird, sind die Vollkosten pro Stelle im ambulanten Bereich leicht überdurchschnittlich. In diesen Kantonen sind jedoch andere Dimensionen, also die Betreuungsverhältnisse und die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen, unterdurchschnittlich.

Die Treiberanalyse liefert erste, anregende Erkenntnisse, doch sind die Treiber keine vollkommen unabhängigen Variablen. Eine geringe Inanspruchnahme von Pflegeleistungen im stationären Bereich könnte zum Beispiel Hinweise für eine Fokussierung auf schwerpflegebedürftige Pensionäre liefern. Dieser erhöhte Pflegebedarf der Pensionäre könnte eine intensivere Betreuung, die auch durch besser qualifizierte Mitarbeiter erbracht wird, bedingen. Dies zöge höhere Personalkosten nach sich.

Auch die Treiber für den ambulanten und stationären Bereich können voneinander abhängig sein. Zum Beispiel kann eine gezielte Verfolgung des Ansatzes «Ambulant vor stationär» zu einer überdurchschnittlichen Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen und einer unterdurchschnittlichen Inanspruchnahme von Alters- und Pflegeheimplätzen führen. Das scheint in den Kantonen GE, JU und SO der Fall zu sein. Doch dieser Zusammenhang ist nicht immer gegeben. Die Kantone NE und VD haben trotz hoher Quote der Inanspruchnahme im ambulanten Bereich (156 % bzw. 122 % des Schweizer Durchschnitts) immer noch auch überdurchschnittlich hohe Quoten im stationären Bereich (112 % bzw. 111 % des Durchschnitts). Umgekehrt haben die Kantone AI, BL und NW deutlich tiefere Quoten als der Schweizer Durchschnitt, und zwar sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. In den kommenden Kapiteln wollen wir diesen Zusammenhängen nachgehen und die einzelnen Treiber im Detail analysieren.

3.2_Drei Viertel der Kosten für das Personal

Die Alterspflege ist eine sehr personalintensive Branche. 2014 verursachten Löhne 77 % aller Kosten für die Pflege im engeren Sinne sowie für die Betreuungs-, Hauswirtschafts-, Hotellerie- und Mahlzeitendienste. Im Spitex-Bereich betrug der Anteil sogar 86 %, verglichen mit 75 % im stationären Bereich (BFS 2015a, BFS 2015b, BAG 2015b). Im Schweizer Durchschnitt entspricht dies jährlichen Lohnkosten von 82 000 Fr. pro Vollzeitäquivalent. Den Minimalwert weist der Kanton GL mit 72 000 Fr. auf, den Maximalwert der Kanton GE mit 113 600 Fr. Die Personalkosten sind im Schweizer Durchschnitt bei Spitex-Organisationen 16 % höher als bei Pflegeheimen, wobei auch hier die kantonalen Unterschiede gross sind

(vgl. Tabelle 34 im Anhang).

Die durchschnittlichen Lohnkosten sind bei Pflegeheimen 16 % tiefer als bei Spitex-Organisationen.

Geringer Einfluss des lokalen Arbeitsmarkts

Löhne spiegeln nicht nur die effektiv geleistete Arbeit, sondern auch die örtliche Arbeitsmarktsituation. In Regionen mit ausgeprägtem Fachkräftemangel oder mit besonders hohen Lebenshaltungskosten dürfte die Besoldung der Pflegemitarbeiter höher ausfallen als in anderen Regionen. Es wäre deshalb wünschenswert, die Unterschiede zwischen den kantonalen durchschnittlichen Personalkosten um diese regionalen Lohnfaktoren zu korrigieren, denn so liessen sich strukturelle Elemente identifizieren, die stärker durch die Leistungserbringer oder allenfalls durch Vorgaben der öffentlichen Hand steuerbar sind.

Leider weisen die offiziellen Bundesstatistiken die Durchschnittslöhne pro Kanton nicht aus, sondern höchstens die Löhne auf Stufe der Wirtschaftsregion (BFS 2015f). Doch diese Wirtschaftsregionen sind sehr heterogen – die Kantone GE, VD und VS bilden zum Beispiel eine solche Region, die Kantone BS, BL und AG eine weitere. Die durchschnittlichen Löhne pro Wirtschaftsregion eignen sich dadurch schlecht als möglicher «Deflations-Faktor». In dieser Studie werden deshalb die Löhne im Pflege-sektor mit drei weiteren Einflussfaktoren verglichen, die pro Kanton ermittelt werden können.

Zunächst wird die Arbeitsproduktivität untersucht. Dafür wird das Bruttoinlandprodukt im Verhältnis zu den effektiv geleisteten Stunden pro Kanton ermittelt (BFS 2015g, BFS 2015h, BFS 2016a). Länder (oder hier Kantone) oder Branchen, die eine höhere Produktivität ausweisen, können in der Regel auch höhere Löhne zahlen. Dieser Produktivitätsansatz ermöglicht, die allgemeine Wettbewerbssituation in einem Kanton abzubilden. In Kantonen mit einem hohen Anteil an sehr produktiven Branchen (zum Beispiel Finanzwirtschaft, Pharmaindustrie usw.) ist der Kampf um qualifizierte Fachkräfte gross. In solchen Kantonen müssen Leistungserbringer der Alterspflege die Arbeitsbedingungen besonders attraktiv gestalten, um die eigenen Hochschul- und Lehrabgänger im Betrieb zu halten und ihren Wechsel in andere Branchen zu verhindern.

Ferner sind die Löhne in der Alterspflege teilweise in Gesamtarbeitsverträgen geregelt. Diese werden zum Teil auch vom Kanton vorge-schrieben (vgl. Kapitel 4). Die Lohngestaltung ist in solchen Fällen weniger dynamisch und spiegelt die Verhandlungskräfte der einzelnen Sozial-partner stärker als die örtliche Arbeitsmarktsituation. Als Vergleichswert für diese Situation wurde der maximale Lohn eines Primarlehrers her-angezogen (D-EDK 2014, RTS 2012, Movimento della Scuola 2012).

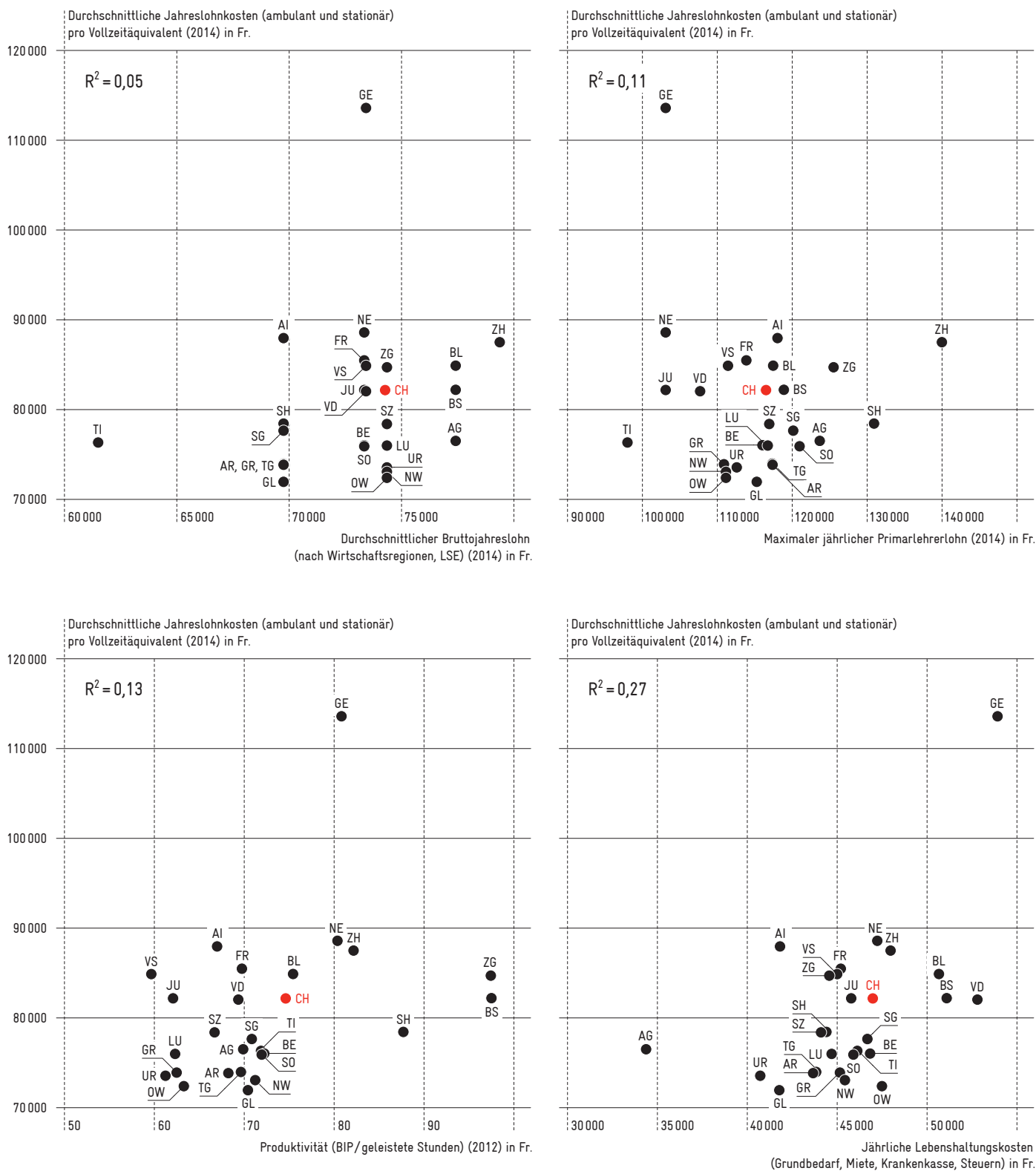
Schliesslich orientieren sich die Löhne auch an den ortsüblichen Lebenshaltungskosten. Um diese Kosten zu schätzen, wurden die Kosten für den Grundbedarf einer Einzelperson nach den SKOS-Richtlinien (SKOS 2014), die durchschnittliche Miete 2013 für eine 3,5-Zimmer-Wohnung (BFS 2015i), die durchschnittliche Krankenkassenprämie für eine Einzelperson

Die Löhne im Pflege-sektor werden mit drei Einflussfaktoren verglichen, die pro Kanton ermittelt werden können.

Abbildung 8

Lohnkostenunterschiede kaum durch allgemeines Lohn- und Lebenskostenniveau erklärbar

Der Vergleich der durchschnittlichen Lohnkosten in der Alterspflege mit dem Medianlohn pro Grossraumregion, der Produktivität, dem maximalen Primarlehrerlohn und den Lebenshaltungskosten lässt keine Korrelation erkennen. Die Löhne sind vielmehr das Abbild der Verhandlungsstärke der Sozialpartner.



Quelle: BAG 2015b, BFS 2015g, BFS 2015h, BFS 2015i, BFS 2016a, BSV 2015a, Comparis 2015b, D-EDK 2014, Movimento della Scuola 2012, RTS 2012, SKOS 2014, eigene Berechnungen

(BSV 2015a) sowie die Einkommenssteuern am Hauptort des Kantons (Comparis 2015b) berücksichtigt.¹⁸

Die Ergebnisse sind überraschend (vgl. Abbildung 8). Keiner der vier Einflussfaktoren weist eine Korrelation mit den beobachteten durchschnittlichen kantonalen Lohnkosten auf. Der Kanton GE sticht überall durch sehr hohe Lohnkosten heraus, die sich nicht durch die gewählten Einflussfaktoren erklären lassen. Die fehlende Korrelation zwischen Einflussfaktoren und beobachteten Lohnkosten heisst allerdings nicht, dass diese Faktoren für die individuellen bzw. kollektiven Lohngestaltungen keine Rolle spielen, sondern nur dass diese Effekte die grossen kantonalen Unterschiede nicht erklären können.

Grade-Mix als treibender Kostenfaktor

Pflegepersonal ist nicht gleich Pflegepersonal. Viele berufliche Ausbildungen ermöglichen die Ausübung eines Pflegeberufs. Dabei sind Abschlüsse auf primärer Stufe, wie zum Beispiel nach einem Lehrgang als Pflegehelfer des Schweizerischen Roten Kreuzes, auf sekundärer Stufe nach einer Berufslehre, wie zum Beispiel zum Fachangestellten Gesundheit (FaGe), oder auf tertiärer Stufe nach dem Studium an einer Fachhochschule oder einer Universität möglich. 2014 besaßen schweizweit 29 % des Spitex-Personals einen Abschluss auf sekundärer und 36 % des Pflegepersonals einen auf tertiärer Stufe (BFS 2015e). In Pflegeheimen lag 2014 der Anteil der tertiären Abschlüsse etwas tiefer als im ambulanten Bereich und betrug 32 %. Der Anteil des Personals mit sekundärem Abschluss war dafür deutlich höher (39 %). Die Aufteilung des Personals auf die verschiedenen Abschlussstufen wird als «Grade-Mix» bezeichnet. Dieser bestimmt nicht nur die Organisations-, sondern auch die Kostenstruktur eines Leistungserbringers.

Die kantonalen Unterschiede sind beträchtlich (vgl. Tabelle 5). Im ambulanten Bereich hatten 2014 in den Kantonen UR und VD mehr als 50 % des Personals nur einen Abschluss auf primärer Stufe. Stark auf die Berufslehre setzten die Kantone VS (54 %), JU und NE (je 44 %). Besonders viele Mitarbeiter mit einem Hochschulabschluss sind in den Kantonen AG, AI, FR, GE, NE, NW, SH und ZG zu finden, wo die Quote zwischen 40 % und 46 % liegt. Im Kanton OW beträgt dieser Anteil sogar 54 %.

In den Pflegeheimen sind Schwankungen in ähnlicher Grössenordnung zu beobachten. Wie im ambulanten Bereich hatte im Kanton VD 2014 über die Hälfte des Pflegepersonals in Heimen nur einen Abschluss auf primärer Stufe. Auf sekundärer Stufe weisen die Kantone GE (46 %), NE (47 %), JU (66 %) und TI (67 %) besonders hohe Quoten aus. Auf tertiärer Stufe betrug die Quote nur in den Kantonen ZG und ZH mehr als 40 %.

2014 besaßen schweizweit 36 % des Spitex-Personals einen Abschluss auf tertiärer Stufe. In Pflegeheimen lag dieser Anteil tiefer bei 32%.

¹⁸ Die Steuerbelastung berücksichtigt die Einkommenssteuer auf Stufe Bund, Kanton und Gemeinde. Sie wurde für ein steuerbares Einkommen von 80 000 Fr. einer ledigen Person ohne Kinder mit den Steuersätzen von 2015 ermittelt.

Der unterschiedliche Grade-Mix ist von hoher Bedeutung, weil die durchschnittlichen Löhne vom Bildungsniveau abhängig sind. Eine Vergleichsstudie für die Kantone BE, GR, SG, TG und ZH zeigte, dass 2009 der jährliche Einstiegslohn eines Pflegeassistenten I (untere sekundäre Stufe) in einer Spitex-Organisation ca. 22 000 Fr. tiefer lag als der Einstiegslohn eines Pflegefachmanns HF (Medianwert aller fünf Kantone, Gehrig et al. 2010). Allerdings steigen die durchschnittlichen Löhne mit zunehmenden Dienstjahren. Je nach Konstellation können Mitarbeiter mit einem tieferen Bildungs-

Tabelle 5

Kopf- vs. Bauchmenschen

Der Grade-Mix nach Bildungsstufe im ambulanten und im stationären Bereich variiert stark zwischen den Kantonen. Generell ist die Bedeutung höherer Ausbildung (sekundär und tertiär) im stationären Bereich höher. Die Prozentwerte beziehen sich auf das Pflegepersonal per 31.12. 2014 und wurden auf einer Vollzeitäquivalenzbasis bestimmt. Minima und Maxima pro Spalte sind rot eingefärbt.

Grade-Mix ambulant (VZÄ, übers Jahr)					Grade-Mix stationär (VZÄ, übers Jahr)			
	Anteil Primär- bildung (2014) in %	Anteil Sekundär- bildung (2014) in %	Anteil Tertiär- bildung (2014) in %	Anteil Sekundär- und Tertiär- bildung (2014) in %	Anteil Primär- bildung (2014) in %	Anteil Sekundär- bildung (2014) in %	Anteil Tertiär- bildung (2014) in %	Anteil Sekundär- und Tertiär- bildung (2014) in %
AG	31	29	40	69	25	42	33	75
AI	24	30	46	76	47	20	33	53
AR	27	34	39	73	39	32	30	61
BE	29	35	37	71	29	42	29	71
BL	40	26	34	60	28	42	30	72
BS	45	30	25	55	26	44	30	74
FR	25	32	43	75	36	38	26	64
GE	34	25	40	66	17	46	36	83
GL	38	25	37	62	44	24	32	56
GR	37	28	34	63	33	35	33	67
JU	32	44	24	68	6	66	28	94
LU	32	28	40	68	25	38	37	75
NE	11	44	45	89	20	47	33	80
NW	34	23	44	66	32	35	32	68
OW	23	23	54	77	35	28	37	65
SG	39	25	36	61	39	32	30	61
SH	35	20	44	65	18	43	39	82
SO	36	31	33	64	33	41	27	67
SZ	35	30	35	65	44	31	25	56
TG	37	27	37	63	33	33	34	67
TI	26	37	37	74	6	67	27	94
UR	51	24	24	49	39	38	23	61
VD	52	17	31	48	52	24	24	48
VS	10	54	36	90	35	39	25	65
ZG	37	21	42	63	28	31	41	72
ZH	33	29	38	67	20	36	43	80
CH	34	29	36	66	28	39	32	72

Quelle: BFS 2015b, BFS 2015e

abschluss, aber vielen Dienstjahren Löhne verdienen, die höher liegen als die Löhne von Einsteigern mit einem höheren Bildungsabschluss.

Nicht nur die Einstiegsgehälter, sondern auch die Lohnzuwächse pro Dienstjahr sowie die maximalen Spannweiten zwischen Einstiegslohn und Maximallohn sind pro Kanton unterschiedlich. Auch hängen die Löhne vom Typus der Pflegeorganisation (Spital, Spitex, Heim) ab (Gehrig et al. 2010). Daraus resultieren kantonale Lohnunterschiede, die auch je nach Stellenprofil variieren können. Zum Beispiel hatten in Heimen des Kantons GR die hochqualifizierten Pflegefachkräfte verglichen mit denjenigen der Kantone BE, SG, TG und ZH überdurchschnittliche Löhne, während die wenig qualifizierten Pflegeassistenten unterdurchschnittlich entlohnt wurden (Gehrig et al. 2010).

Der Grade-Mix ist also ein wichtiger Kostentreiber. Will man allerdings die Unterschiede zwischen den Kantonen verstehen, ist neben dem Vergleich des Grade-Mix eine differenziertere Analyse der Löhne nach Jobprofil, Dienstjahren und Organisationstyp nötig. ¹⁹

Hang der Romandie zum Gesamtarbeitsvertrag

Gesamtarbeitsverträge (GAV) sind im Gesundheitssektor, vor allem bei öffentlich-rechtlichen Körperschaften und in der Romandie, verbreitet. Neben dem Lohngefüge regeln diese unter Sozialpartnern ausgehandelten Vereinbarungen Ferien, Weiterbildung, Mutterschaftsurlaub, Kündigungsfrist und vieles mehr. Manche GAV gelten nur innerhalb eines Betriebs und sind dadurch auf die Spezifika des Leistungserbringers und auf die lokale Arbeitsmarktsituation ausgerichtet. Die meisten sind hingegen betriebs- und zum Teil auch kantonsübergreifend. Im Kanton SG zum Beispiel halten sich viele öffentlich-rechtliche Alterspflegeorganisationen (Spitex und Pflegeheime) bei der Besoldung an die Besoldungsverordnung der Spitalangestellten im Kanton. Die Pflegeorganisationen im Nachbarstaat FL wiederum orientieren sich bei der Besoldung an der Lohnstruktur im Kanton SG, also de facto am GAV im Spitalbereich. Während solche freiwilligen Übernahmen von Dritt-GAV zwar Transparenz und vergleichbare Anstellungsbedingungen in einer Region sichern, erhöht sich dadurch die Gefahr, dass die Anstellungsbedingungen den lokalen Gegebenheiten nicht mehr entsprechen. Zudem können in diesem ostschweizerischen Beispiel GAV-Anpassungen, die auf spezifische Veränderungen im Spitalbereich reagieren, kaskadenmässig einen Einfluss auf die Pflegekosten einer ganzen Region entfalten.

Doch solange solche GAV freiwillig unter den Sozialpartnern abgeschlossen werden, können sie auch dynamisch entwickelt werden und lokale Veränderungen berücksichtigen. In 85 % der Kantone besteht kei-

¹⁹ Diese Feststellung wird im Vergleich der Lohnkosten pro Vollzeitäquivalent aller 26 Kantone untermauert. Die kantonalen durchschnittlichen Lohnkosten korrelieren nicht mit dem durchschnittlichen kantonalen Grade-Mix.

ne GAV-Pflicht, auch wenn sich viele Leistungserbringer freiwillig einem GAV unterstellen. In diesen Kantonen haben es die Sozialpartner der Leistungserbringer in der Hand, die Personalkosten pro Vollzeitäquivalent zu steuern.

In vielen Kantonen der Romandie hingegen (GE, JU, NE und VD) gilt für die öffentlich-rechtlichen Organisationen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich eine GAV-Pflicht. Im Kanton VD gilt diese Pflicht auch für privatrechtliche Organisationen. Im Kanton NE besteht für private Organisationen keine GAV-Pflicht, die Höhe der Restfinanzierung ist jedoch deutlich höher, falls ein solches Abkommen vorliegt (vgl. Kapitel 4). Im Kanton TI bestehen formell auch keine GAV-Pflichten. Die Restfinanzierung orientiert sich jedoch an den Personalkosten gemäss GAV der öffentlich-rechtlichen Organisationen. Demnach werden in den Kantonen NE und TI vom Staat finanzielle Anreize gesetzt, um eine Ausweitung der GAV zu fördern.

Derartig starre Vorgaben schränken den Wettbewerb unter den Leistungserbringern ein. Zudem haben GAV in öffentlich-rechtlichen Organisationen oft eine politische Dimension. Adjustierungen solcher Abkommen bedingen nicht nur das gegenseitige Einvernehmen der Sozialpartner, sondern werden oft Spielball der Politik. Die finanziellen Konsequenzen solcher politischer Kompromisse sind selten günstig.

Vorschriften als Kostentreiber für die Hotellerie

In den bisherigen Kapiteln wurde der Fokus auf die Personalkosten gelegt, die Sachkosten wurden nicht berücksichtigt. Zwar spielen diese in einer personalintensiven Branche wie der Alterspflege eine untergeordnete Rolle, sie sind jedoch nicht vernachlässigbar. Sie betrugen 2014 2,37 Mrd. Fr. im stationären und 0,27 Mrd. Fr. im ambulanten Bereich (BAG 2015b, BFS 2015a). Aufgrund der unterschiedlichen Grössenordnung werden nur die Sachkosten im stationären Bereich näher untersucht.

Der Anteil der Sachkosten an den gesamten stationären Pflegekosten betrug 2014 im Schweizer Durchschnitt 25 %, wobei dieser Anteil in den Kantonen AI (15 %) und TI (16 %) am tiefsten und in den Kantonen AR (30 %) und BS (31 %) am höchsten war (vgl. Abbildung 9). Bezogen auf die Anzahl Pflegebetten entspricht dies im Schweizer Durchschnitt jährlichen Kosten von ca. 25 000 Fr. pro Bett (vgl. Abbildung 9). Doch die kantonalen Unterschiede sind gewaltig: Die Sachkosten pro Bett sind im Kanton BS (33 145 Fr.) dreimal so hoch wie im Kanton AI (10 651 Fr.).

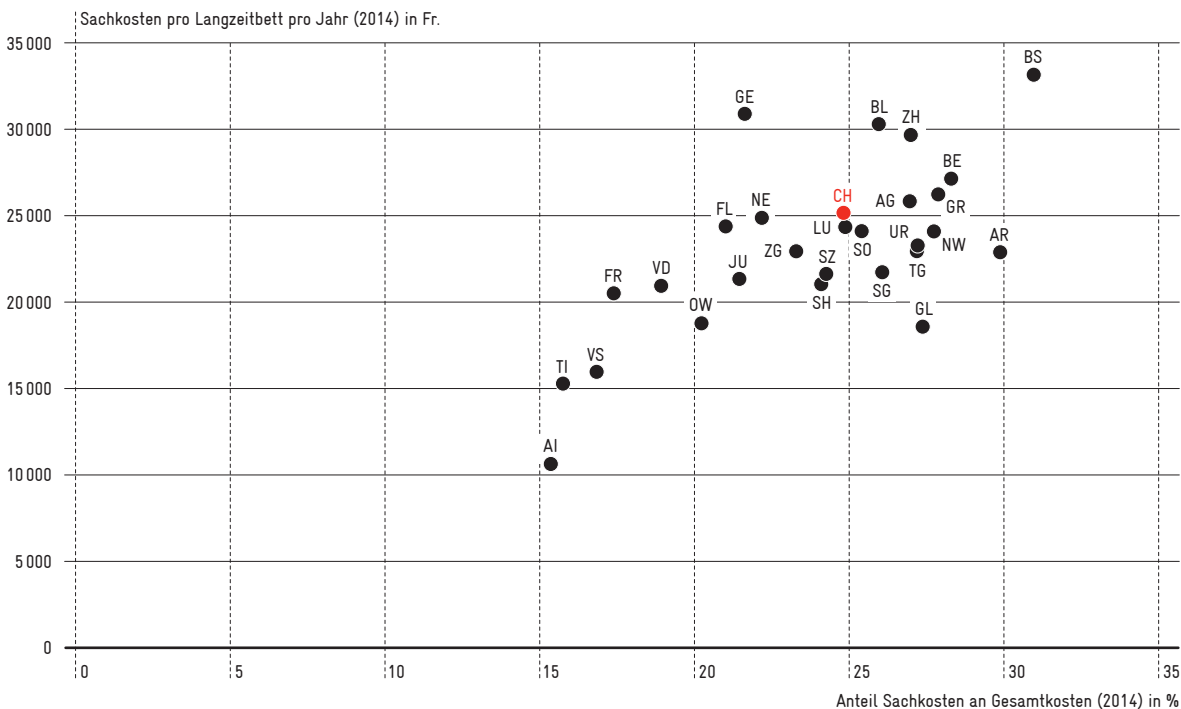
Die hohen Kosten in städtischen Kantonen wie GE, BS und zum Teil im Kanton ZH können bis zu einem gewissen Grad mit den hohen Bodenpreisen erklärt werden. Die Bodenpreise in ländlicheren Kantonen variieren nicht so stark und können alleine kaum die Kostenunterschiede zum Beispiel zwischen den Kantonen VS (16 000 Fr.), JU (21 300 Fr.) und AG (25 800 Fr.) erklären. Vielmehr sind die Differenzen einerseits

Die Sachkosten pro Pflegeheimbett sind im Kanton BS (33 145 Fr.) dreimal so hoch wie im Kanton AI (10 651 Fr.).

Abbildung 9

Jährliche Sachkosten pro Bett von 25 000 Franken

Die Sachkosten pro Langzeitbett variieren zwischen den Kantonen bis zu einem Faktor drei, von ca. 11 000 Franken im Kanton AI bis zu ca. 33 000 Franken im Kanton BS. Ihre relative Bedeutung in Bezug auf die Gesamtkosten ist je nach Kanton ebenfalls sehr unterschiedlich.



Quelle: BAG 2015b, eigene Berechnungen

auf unterschiedliche qualitative Ausbaustandards, die von den Heimen freiwillig gewählt werden, und andererseits auf unterschiedliche kantonale Bau- und Betriebsvorschriften, denen die Heime unterstellt sind, zurückzuführen. Darunter fallen Mindestvorgaben für Zimmergrösse, Anzahl Betten pro Zimmer, Ausstattung der Nasszelle, Aufenthaltsraum sowie Vorschriften im Bereich des Feuerschutzes, der Lebensmittelzubereitung, der Hygiene und der Arbeitsplatzorganisation.

Ein Drittel der Betten in zu kleinen Heimen

Ein Faktor, der sich sowohl auf die Personal- wie auf die Sachkosten auswirkt, ist die Grösse des Pflegeheims. Skaleneffekte zahlen sich vor allem durch eine bessere Auslastung von «Standby»-Ressourcen (zum Beispiel nächtliche Pikettdienste), durch geringere Stückkosten für die Personalaus- und -weiterbildung, für Gruppenaktivitäten mit den Pensionären und beim Materialeinkauf aus. Gemäss Crivelli et al. (2001) liegt die ökonomisch optimale Heimgrösse bei einer Bettenzahl zwischen 60 und 80. Darüber hinaus können kaum weitere Skaleneffekte realisiert werden, oder sie werden durch die Zunahme der Komplexität der Organisation zunichtegemacht.

Tabelle 6

32 Prozent der Betten in Heimen mit subkritischer Grösse

Die ökonomisch optimale Heimgrösse liegt bei einer Bettenzahl zwischen 60 und 80. Diese Bedingung ist für 58% der Heime nicht erfüllt, die insgesamt 32% der Patienten in der Schweiz beherbergen. Minima und Maxima pro Spalte sind rot eingefärbt.

	Durchschnittliche Anzahl Langzeitbetten pro Pflegeheim	Anteil Pflegeheime mit weniger als 30 Langzeitbetten in %	Anteil Betten in Pflegeheimen mit weniger als 30 Langzeitbetten in %	Anteil Pflegeheime mit weniger als 60 Langzeitbetten in %	Anteil Betten in Pflegeheimen mit weniger als 60 Langzeitbetten in %
AR	42	50	28	86	66
NE	42	39	16	73	49
BE	47	35	11	73	46
GR	48	25	10	74	55
VD	51	31	13	70	45
SG	54	25	8	57	35
SO	57	15	5	46	28
UR	58	20	8	60	38
AI	58	0	0	67	63
TG	59	30	10	62	37
SZ	60	16	6	45	30
OW	61	0	0	86	67
AG	61	27	7	57	30
FR	63	7	2	61	37
NW	64	14	5	57	35
VS	66	16	4	52	31
TI	68	5	2	42	26
JU	68	0	0	55	34
ZG	73	0	0	41	27
ZH	73	27	7	50	21
GE	78	10	3	35	18
LU	79	13	4	43	22
SH	87	18	5	41	17
BS	87	12	2	26	10
GL	89	0	0	50	27
BL	93	13	2	29	11
CH	61	25	7	58	32

Quelle: BAG 2015b, Crivelli et al. 2001, eigene Berechnungen

In zehn Kantonen liegt die Durchschnittsgrösse der Alters- und Pflegeheime unter 60 Betten. Doch der Durchschnittswert sagt wenig aus: In einem hypothetischen Kanton mit nur einem Heim mit zwei Betten und einem anderen mit 80 Betten würde der Mittelwert bei 41 liegen, obwohl sich 98% der Betten in ökonomisch effizienten Heimen befänden. Interessanter sind vielmehr der Anteil kleinerer Institutionen und der Anteil Betten, die in einem Heim suboptimaler Grösse stehen.

Schweizweit bieten fast 60 % der Heime weniger als 60 Langzeitplätze. Zusammen bündeln sie etwa einen Drittel des Bettenangebots (vgl. Tabelle 6). Dabei fallen Kantone mit zerklüfteter Topografie auf, die aufgrund der grossen Anreisedistanzen auf viele kleine Heime angewiesen sind (z.B. AR, GR, AI, OW). Aber es gibt auch Kantone mit «sanfteren» Topografien, die viele Heime mit weniger als 30 bzw. 60 Betten zählen (BE, NE und VD). Dies kann eine Folge jener Zeit sein, in der jede Gemeinde ihr eigenes Heim baute. Dies könnte für die Kantone BE und VD zutreffen, die deutlich mehr kleinere Gemeinden ²⁰ als der Schweizer Durchschnitt zählen (Rühli 2012).

Die Bruttozahl an Langzeitbetten ist allerdings nicht die einzige Grösse, die die Effizienz eines Heims bestimmt. Gerade Heime neuer Generation, die zum Beispiel alle Zimmer auf einem Stockwerk haben (und damit für das Personal zeit- und kostspielige Liftfahrten vermeiden), über eine zentralgelegene Materialstation verfügen und ergonomische Nasszellen haben, die die Autonomie der Pensionäre erhöhen, usw., können trotz geringer Bettenzahl effizienter betrieben werden als ältere Pflegeheime. Auch kann Kleinheit physische Nähe und damit die Identifikation der lokalen Bevölkerung mit «ihrem» Pflegeheim bedeuten. Dies ist nicht nur für das Wohlbefinden der Pensionäre wichtig, sondern kann auch die Rekrutierung von Freiwilligen erleichtern.

Heime neuer Generation, die zum Beispiel alle Zimmer auf einem Stockwerk haben, können trotz geringer Bettenzahl effizient betrieben werden.

3.3_Grosse Unterschiede beim Personalbestand

Die Kosten pro Vollzeitäquivalent sind zwar eine wichtige Inputgrösse für die Ermittlung der Alterspflegekosten, sagen aber per se wenig über die Wirkung dieser Investitionen aus. Ein ausbalancierter Grade-Mix beeinflusst jedoch die Möglichkeiten einer Pflegeorganisation, ihre Ressourcen möglichst schonend und zielgerichtet einzusetzen und den Pflegebedürftigen dadurch eine bedürfnisgerechte Versorgung zu sichern. Es wird deshalb geprüft, ob die Mittel quantitativ und qualitativ effizient eingesetzt werden.

Kein Königsweg zur vollständigen Effizienz

Ein erster Effizienzindikator der Versorgungskette ist das Verhältnis des Pflegepersonals (in Vollzeitäquivalenten) zur Anzahl gepflegter Personen. Ceteris paribus gilt: Je tiefer das Verhältnis, desto günstiger sind die kumulierten Pflegekosten bzw. je mehr Personen können mit dem verfügbaren Personal behandelt werden. Diese Verhältnisse werden sowohl für den ambulanten wie für den stationären Bereich pro Kanton ermittelt (vgl. Tabelle 7). Die Unterschiede zwischen den Kantonen machten 2014 bis zu 30 % des Schweizer Durchschnitts aus, und zwar sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich.

²⁰ Gemessen am Median der Einwohnerzahl pro Gemeinde.

Allerdings, während der Zähler dieser Effizienzkennzahl Vollzeitäquivalente – und nicht die Anzahl Beschäftigter – betrachtet, werden im Nenner alle Pflegebedürftigen, unabhängig von ihrem täglichen Pflegebedarf, berücksichtigt. Doch je nach Ausgestaltung der Versorgungskette ist der durchschnittliche Pflegebedarf pro Patient in einer Spitex-Organisation bzw. in einem Alters- und Pflegeheim pro Kanton anders.

Tabelle 7

Grosse Effizienzunterschiede, auch nach Berücksichtigung des Pflegebedarfs

Patienten mit höheren Pflegestufen benötigen mehr Pflege und dadurch mehr Pflegepersonal. Doch die durchschnittliche Anzahl Pflegestunden pro Patient erklärt nicht allein die unterschiedlichen Personaldotationen in Vollzeitstellen pro Pflegestunde.

Bemerkung: Personalbestand per 31.12.2014, Anzahl gepflegter Personen im Jahr 2014. Kantone mit dem Pflegebedarfsinstrument PLAISIR sind rot vermerkt.

Stationär (Alters- und Pflegeheime)					Ambulant (Spitex)		
	VZÄ pro gepflegte Person indexiert	VZÄ pro verrechnete Stunde indexiert	Verrechnete Stunden pro gepflegte Person indexiert	Durch- schnittliche Pflegestufe	VZÄ pro gepflegte Person indexiert	VZÄ pro verrechnete Stunde indexiert	Verrechnete Stunden pro gepflegte Person indexiert
AI	81	96	84	4,2	90	85	106
AR	87	107	82	4,1	98	101	97
VD	87	76	115	7,6	148	114	130
UR	88	102	86	4,5	122	120	102
GL	89	107	83	3,8	74	95	78
AG	91	110	83	4,6	71	93	76
BE	93	105	88	4,9	110	99	111
BS	94	100	94	4,9	123	90	138
TG	95	109	87	4,3	89	91	98
SG	95	104	92	4,2	77	84	92
SH	97	124	78	3,8	87	95	92
CH	100	100	100	5,2	100	100	100
ZH	101	124	81	4,5	96	95	101
SZ	103	111	92	4,3	108	119	91
ZG	104	112	93	4,5	82	99	82
GR	105	108	97	4,8	106	90	118
NE	106	72	148	7,4	70	115	61
TI	107	89	121	6,3	96	87	110
LU	108	106	101	4,9	104	102	102
VS	108	76	141	6,4	85	130	65
NW	109	110	99	4,6	111	93	119
SO	112	113	99	4,7	66	91	72
BL	116	117	100	4,7	104	91	114
FR	117	106	110	5,7	72	98	73
JU	120	66	182	7,7	88	95	93
OW	121	124	97	4,5	108	108	101
GE	130	67	193	7,8	130	116	112
CH absolut	0,60	0,0016	375	5,2	0,07	0,0010	70
FL	97	n.a.	n.a.	n.a.	106	n.a.	n.a.

n.a. = nicht anwendbar

Quelle: BFS 2015a, BFS 2015b

Fokussieren sich in einem Kanton die Alters- und Pflegeheime auf besonders schwer pflegebedürftige Patienten, sind höhere Personaldotationen nicht zwangsläufig ein Zeichen fehlender Effizienz, sondern können einfach einen erhöhten Pflegebedarf abbilden. Um diese Unterschiede zu differenzieren, wird die Personaldotation in zwei Brüche zerlegt.

$$\frac{\text{Vollzeitstellen}}{\text{Gepflegte Person}} = \frac{\text{Vollzeitstellen}}{\text{Pflegestunde}} \times \frac{\text{Pflegestunden}}{\text{Gepflegte Person}}$$

Der erste Bruch (Vollzeitstellen pro verrechnete Pflegestunde) ist ein Mass für die Effizienz der Pflegeorganisationen. Der zweite Bruch zeigt den durchschnittlichen Pflegebedarf eines Patienten.²¹ In den Kantonen AR, AG und SH ist die Personaldotation im stationären Bereich zwar unterdurchschnittlich, sie resultiert jedoch aus einem tieferen Pflegebedarf pro Patient (vgl. Tabelle 7). Die Effizienz der Pflegeorganisationen in diesen Kantonen ist hingegen schlechter, weil mehr Personal pro verrechnete Pflegestunde nötig ist als im Schweizer Durchschnitt (SH 124 %, AG 110 % und AR 107 % des Mittelwerts). Umgekehrt erscheint die Personaldotation in den Kantonen VS oder TI hoch, doch ist sie auf einen hohen Pflegebedarf der Heimpensionäre zurückzuführen. Die Betriebe sind hingegen hinsichtlich Personal pro Pflegestunde effizienter als andere Schweizer Pflegeheime (VS 76 % und TI 89 % des Mittelwerts).

Starker Einfluss der Pflegeerfassungssysteme

In Tabelle 7 fallen vier Kantone der Romandie (GE, JU, NE und VD) durch besonders hohe Effizienzkennzahlen und durch den sehr hohen Pflegebedarf pro Patient im Pflegeheim auf. Während ein Teil dieser Werte gut eingespielte betriebliche Prozesse sowie eine gezielte Fokussierung auf schwerpflegebedürftige Pensionäre abbildet, lässt sich ein anderer Teil der Unterschiede gewiss auch auf das Pflegebedarfsinstrument PLAISIR, das nur in diesen Kantonen angewendet wird, zurückführen.

Für die Abrechnung der Pflegeleistungen bei den Krankenkassen und bei der öffentlichen Hand dürfen die Schweizer Pflegeheime drei Pflegebedarfsinstrumente verwenden: BESA, PLAISIR und RAI/RUG.²² Alle Instrumente ermöglichen eine Abklärung des täglichen Pflegebedarfs nach Art. 12 KLV in 12 Pflegestufen à je 20 Minuten. Die Methoden, um diesen Bedarf abzuschätzen, sind jedoch je nach Instrument unterschiedlich. Eine

Für die Abrechnung der Pflegeleistungen bei den Krankenkassen und bei der öffentlichen Hand dürfen die Schweizer Pflegeheime drei Pflegebedarfsinstrumente verwenden.

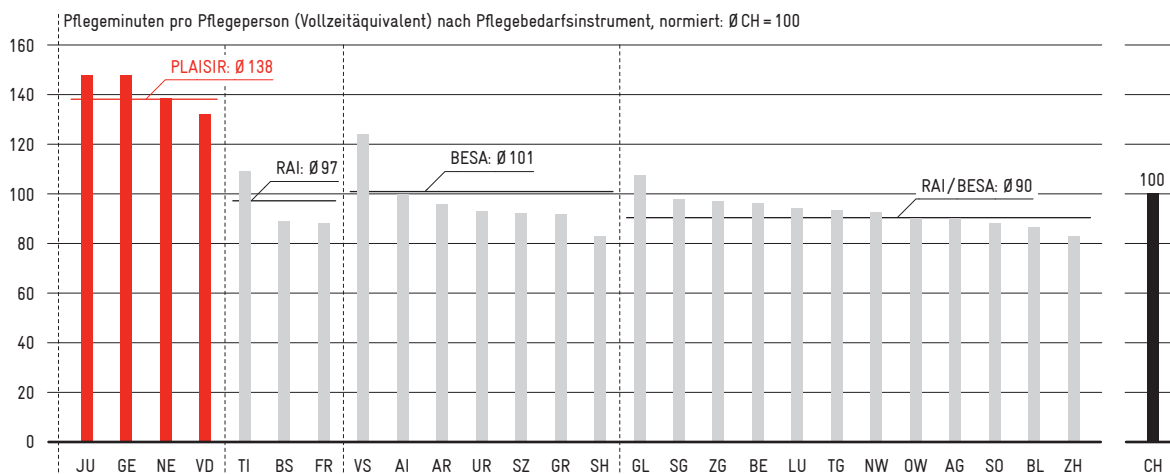
²¹ Im ambulanten Bereich werden alle Klienten berücksichtigt, und es wird dann die Summe aller verrechneten Stunden (Langzeit-, Akut- und Übergangspflege, Hauswirtschaft und Sozialbetreuung, weitere Dienstleistungen) gebildet. Im stationären Bereich werden alle Pensionäre, inkl. Kurzaufenthalt, Tages- oder Nachtstrukturen und Externer, berücksichtigt. Für den Pflegeaufwand wird die Zahl der verrechneten Pflegeminuten nach KVG betrachtet.

²² BESA (Bewohner/-innen-Einstufungs- und -Abrechnungssystem), PLAISIR (PLANification Informatisée des Soins Infirmiers Requis) und RAI/RUG (Resident Assessment Instrument / Resource Utilisation Groups).

Abbildung 10

Je nach Pflegebedarfsinstrument wird die gleiche Leistung nicht gleich bemessen

Die vier Kantone GE, JU, NE und VD weisen eine höhere Produktivität in der Alterspflege auf. Während ein Teil davon gut eingespielte betriebliche Prozesse abbildet, lässt sich ein anderer Teil der Unterschiede auf das Zeiterfassungsinstrument PLAISIR zurückführen.



Quelle: BFS 2015b, Cassis 2013, eigene Berechnungen

Minute Pflegebedarf nach BESA entspricht nicht zwingend einer Minute Pflegebedarf nach RAI/RUG oder PLAISIR. Im Fall von RAI und BESA konnte eine Kalibrierung der 12 Stufen erreicht werden (GDK 2013). Die Bemühungen zur Einbindung des PLAISIR-Instruments sind jedoch ins Stocken geraten und die Arbeitsgruppe wurde eingestellt (SGK SR 2015).

Diese Unterschiede sind nicht nur für den Effizienzvergleich relevant, sondern auch gesetzwidrig. Die gleiche Leistung wird dadurch unterschiedlich finanziert. Damit verschiebt sich die Kostenteilung zwischen Krankenkassen und öffentlicher Hand. Die Krankenkassen müssen nämlich 9 Fr. pro Tag und Pflegestufe (Art. 7a KLV), der Pensionär maximal Fr. 21.60 pro Tag und der Staat die restlichen Kosten tragen. Wird zum Beispiel für komplexe Fälle mit PLAISIR tendenziell ein höherer Pflegebedarf in Minuten ermittelt, erhöht sich die Kostenbeteiligung der Krankenkasse beziehungsweise vermindert sich diejenige der öffentlichen Hand.

Die Kantone mit dem PLAISIR-Pflegebedarfsinstrument weisen aufgrund ihrer verrechneten Pflegestunden pro Vollzeitäquivalent im Durchschnitt eine um 38 % höhere Effizienz auf (vgl. Abbildung 10). Ist das Personal in diesen Kantonen wirklich effizienter oder weist PLAISIR einen höheren Pflegebedarf pro Krankheitsbild aus? Angenommen, die Hälfte davon sei durch effektive Produktivitätsunterschiede und die andere Hälfte durch «Erfassungseffekte» verursacht, resultiert 2014 in den Kantonen GE, JU, NE und VD für die Krankenkassen eine Mehrbelastung von 69 Mio. Fr. (BFS 2015b). Verteilt auf die erwachsenen Versicherten der obligatorischen Krankenversicherung dieser Kantone (BAG 2015c) ergab sich dadurch für 2014 eine Mehrbelastung von 60 Fr. pro Person. Folgerichtig

dürften sich die Steuern für diese Bürger im Durchschnitt um den entsprechenden Betrag reduzieren, weil die Restfinanzierung in diesen Kantonen kleiner ausfiel. Allerdings ist die Verteilung der Steuerentlastung aufgrund der Steuerprogression nicht gleichmässig.^{|23}

Pikantes Detail: Gerade die Kantone VD und GE hatten sich im Rahmen des Streits um die zu viel bzw. zu wenig bezahlten Krankenkassenprämien pro Kanton seit der Einführung des Krankenkassenobligatoriums für einen interkantonalen Ausgleich starkgemacht. Die jährlich zu viel bezahlten Prämien für die Periode 1996 bis 2013, der Zankapfel, betrugen allerdings im Durchschnitt pro Kopf «nur» 35 Fr. in GE und 53 Fr. im Kanton VD (BAG 2014, BAG 2015c, eigene Berechnungen), bewegten sich also in einer ähnlichen Grössenordnung wie die potenzielle Verzerrung aufgrund des PLAISIR-Erfassungsinstruments. Wenn es darum geht, die Krankenkassenprämien über die Grenzen hinweg auszugleichen, werden die Regierungen offensichtlich aktiver, als wenn der Ausgleich zulasten der Kantonsrechnung stattfinden sollte.

Überflüssige Grade-Mix-Vorgaben im stationären Bereich

Die Personaldotation in Vollzeitäquivalenten pro Patient bzw. pro Pflegeminute ist eine rein quantitative Angabe. Sie sagt wenig über die Qualität des Betreuungsverhältnisses aus. Dieses kann unter anderem durch den Grade-Mix des Personals beeinflusst werden.

Die meisten Kantone machen deshalb neben quantitativen Vorgaben für die Personaldotation auch qualitative Grade-Mix-Vorgaben für das Erhalten einer Betriebsbewilligung im stationären Bereich.^{|24} Die Gestaltung dieser Vorgaben war 2015 sehr vielfältig. Im Kanton NE wird nur ein Mindestanteil an Personal mit Tertiärausbildung vorgeschrieben. Viele Kantone ergänzen die Mindestvorgabe für die Tertiärausbildung mit einer Gesamtvorgabe für das Personal mit Tertiär- oder Sekundärbildung (AR, GR, NW, TG, TI, UR, ZH) oder durch eine separate Vorgabe für Mitarbeiter mit Sekundärbildung (AG, BE, FR, GE, GL, JU, SZ, VD, VS). Flexiblere Lösungen haben Kantone gewählt, die keine Vorgabe für Mitarbeiter mit Tertiärausbildung, sondern nur eine Gesamtvorgabe für den Anteil des Personals mit Bildung auf sekundärer oder tertiärer Stufe (BS, SO, SG, ZG) haben. Schliesslich machen fünf Kantone (AI, BL, LU, OW, SH) und der Staat FL gar keine Grade-Mix-Vorgaben.

Auch die Definitionen der Vorgaben für ein bestimmtes Bildungsniveau variieren stark. In manchen Kantonen schliessen die Zielwerte Führungs- und Supportfunktionen ein, in anderen nicht. Im Kanton FR richten sich die Vorgaben nicht nur auf das Pflege-, sondern auch auf das

Fünf Kantone (AI, BL, LU, OW, SH) und der Staat FL machen gar keine Grade-Mix-Vorgaben.

²³ Umgekehrt könnte man argumentieren, dass die Kantone mit BESA oder RAI/RUG zu viel an die Pflegekosten zahlen und die Krankenkassen zu wenig.

²⁴ Im ambulanten Bereich gelten nationale Vorgaben, die im Spitex-Administrativvertrag geregelt sind.

Betreuungspersonal. Die Vorgaben sind meistens rigid – ein Mindestmass, das nicht unterschritten werden darf –, können aber auch flexibel sein. Im Kanton BE werden Zielwerte definiert, die kurzfristig um 20 % unterschritten werden dürfen, Ähnliches gilt in den Kantonen BS und TG. Damit können kurzfristige Variationen im Personal- oder Pensionärbestand unkompliziert aufgefangen werden. Ähnlich definieren die Kantone FR und VS ihre Vorgaben als Bandbreite. Auch werden obere Grenzwerte festgelegt, um die Pflegekosten pro Stelle zu beschränken, wie zum Beispiel im Kanton FR. Dort darf der Anteil des Personals mit Ausbildung auf Tertiärstufe und desjenigen mit Ausbildung auf Sekundarstufe II nicht mehr als 40 % der gesamten für die Pflege und die Betreuung vorgesehenen Personaldotation betragen (Art. 5 Pflg HR/FR). Schliesslich können die Werte für die einzelnen Vorgaben zwischen den Kantonen extrem variieren (vgl. Abbildung 11). Für das Personal mit Tertiärausbildung zum Beispiel streuen die Werte zwischen 0 % (in 10 Kantonen) und 28 % (TI).

Alle diese Vorgaben werden mit der Sicherung der Qualität begründet. Doch Qualität zeichnet sich nicht durch Input-Grössen wie Personaldotation oder Grade-Mix aus, sondern durch Output-Grössen wie die Zweckmässigkeit der Behandlung oder das Wohlbefinden der Patienten (vgl. auch Kapitel 2). Schon nur die Myriade der oben skizzierten Vorgabenformen und Vorgabenwerte zeigt die Grenzen eines inputbasierten Qualitätsansatzes. Ist die Qualität der Pflege in Kantonen mit sehr restriktiven Grade-Mix-Vorgaben wirklich viel höher als in Kantonen ohne Vorgaben? Üben Grade-Mix-Vorgaben überhaupt einen Einfluss auf den effektiven Grade-Mix in den Betrieben aus?

Zur ersten Frage wurde die Qualität der Alterspflege in 163 Schweizer Pflegeheimen aus allen Sprachregionen untersucht (SHURP-Studie, Zúñiga 2015). Dabei erachten 93 % des Pflege- und Betreuungspersonals die Qualität der Pflege als gut. Zum Vergleich: Dieser Wert liegt für das Personal von Schweizer Spitälern bei 80 %. Auch wurden die Faktoren analysiert, die zu vermehrten impliziten Rationierungen führen. Unter impliziter Rationierung versteht man das Weglassen, Hinauszögern oder nur teilweise Ausführen von notwendigen pflegerischen Handlungen aufgrund von Ressourcenmangel: zum Beispiel bei der täglichen Körperhygiene wie Zähneputzen, beim Einlesen der Dokumente beim Schichtwechsel oder bei der Gestaltung von Gruppenaktivitäten. Die Resultate überraschen. Sie zeigen, dass weder die Personaldotation noch der Grade-Mix die implizite Rationierung signifikant beeinflusst. Andere Faktoren wie die Arbeitsumgebung, das Sicherheitsklima oder der Stress am Arbeitsplatz spielen eine wichtigere Rolle (Zúñiga et al. 2015). Qualitative Vorgaben tragen folglich wenig zur Reduktion impliziter Rationierungen bei.

Eine Antwort auf die zweite Frage liefert Abbildung 11, die den effektiven durchschnittlichen kantonalen Grade-Mix in Abhängigkeit der Grade-Mix-Vorgaben darstellt. Erstens werden die Vorgaben, für das Personal mit Tertiärausbildung wie für das gesamte diplomierte Fachpersonal, im

Qualität zeichnet sich nicht durch Input-Grössen wie Personaldotation oder Grade-Mix aus, sondern durch Output-Grössen.

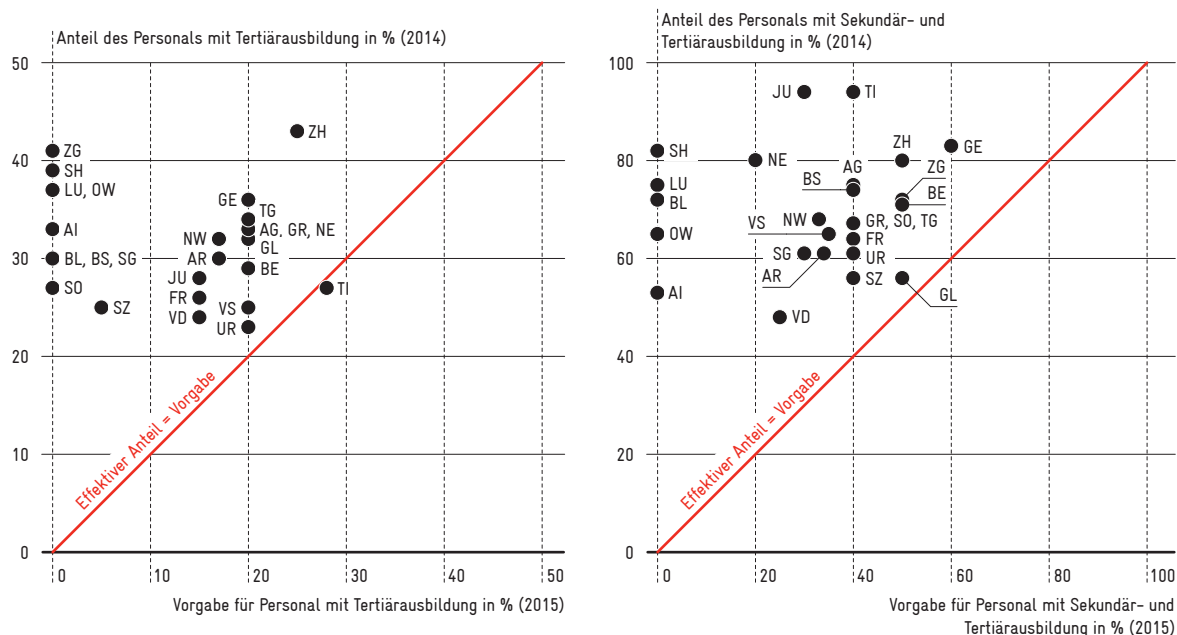
Durchschnitt in allen Kantonen eingehalten. Eine Ausnahme ist der Kanton TI in Bezug auf das Personal mit Tertiärausbildung, wobei er auch die höchste Vorgabe in diesem Bereich formuliert. Wird das gesamte diplomierte Personal betrachtet, weist der Kanton TI allerdings den zweithöchsten effektiven Grade-Mix aus. Zweitens werden die Vorgaben in den meisten Kantonen deutlich übertroffen. Es ist nicht so, dass die Pflegeheime die Richtwerte immer ausreizen, um Personalkosten zu sparen. Vielmehr scheinen sie sich am effektiven Pflegebedarf ihrer Pensionäre auszurichten und durch einen hohen Grade-Mix am Markt behaupten zu wollen. Drittens spielt die Höhe der Vorgaben keine Rolle für die Höhe des effektiven Grade-Mix. Gerade die Kantone OW, LU, SH und ZG, die keine Vorgabe für das Personal mit Tertiärausbildung kennen, weisen deutlich überdurchschnittliche Werte aus. Umgekehrt liegt der Grade-Mix im Kanton GL, der eine der strengsten Gesamtvorgaben für das diplomierte Fachpersonal kennt, im interkantonalen Vergleich im unteren Bereich.

Die Beispiele zeigen: Grade-Mix-Vorgaben sind überflüssig. Kantone ohne oder mit tiefen Vorgaben weisen einen ähnlichen Bildungsmix wie die anderen Kantone auf. Hingegen bedingen solche Vorgaben mehr Bürokratie, weil ihre Einhaltung laufend gewährleistet, den Behörden mitgeteilt und von der Aufsicht überprüft werden muss. Zudem erschweren sie die Personalrekrutierung, indem sie die Kandidatenauswahl ein-

Abbildung 11

Grade-Mix-Vorgaben ohne Einfluss auf die effektive Personaldotation

Fünf Kantone machen gar keine Vorgaben in Bezug auf die Ausbildungsstufen des Pflegepersonals. Dennoch weisen sie nicht weniger, ja oft sogar mehr qualifiziertes Personal als in anderen Kantonen mit Vorgaben aus.



Quelle: BFS 2015b, eigene Erhebungen bei den Kantonen 2015, eigene Berechnungen

schränken oder weil die Anerkennung und Einstufung erfahrener Fachkräfte mit ausländischen Diplomen oft komplex und zermürbend ist. Auch deshalb betrachten 42 % der Pflegeheime steigende Gesetzes- und Qualitätsvorgaben als eine ihrer Hauptherausforderungen (Rang 4 von 10). 75 % der Pflegeheime betrachten die Rekrutierung von Pflege- und Betreuungspersonal sogar als ihre grösste Herausforderung (Curaviva 2015b). Die Abschaffung von Grade-Mix-Vorgaben oder zumindest die Beschränkung auf konsolidierte Vorgaben für das gesamte diplomierte Fachpersonal würde hier gewiss eine Entlastung bringen.

3.4 _ Regionale Abweichungen bei der Inanspruchnahme

Die Quote der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen ist der letzte Kostentreiber. Sie drückt die Zahl der Personen, die effektiv Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung aus. Sie ist nicht mit der Prävalenzrate zu verwechseln. Diese beschreibt den Anteil der Bevölkerung, der pflegebedürftig ist, unabhängig davon, ob Pflegeleistungen bezogen werden oder nicht. Die Quote der Inanspruchnahme spiegelt also nicht nur die Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung in einem Kanton, sondern auch ihr «Konsumverhalten». Kulturelle Unterschiede, Bildungs- und Informationsstand, geografische Nähe des nächsten Leistungserbringers, ein eventuelles Überangebot bzw. Unterangebot und vieles mehr können die Häufigkeit und die Intensität der Inanspruchnahme von medizinischen Pflegeleistungen beeinflussen.

Die Quote der Inanspruchnahme spiegelt nicht nur die Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung in einem Kanton, sondern auch ihr «Konsumverhalten».

Vergleichbarkeit durch Standardisierung

Die Quote der Inanspruchnahme in der Alterspflege wird oft im Verhältnis zur Bevölkerung der 65-Jährigen und Älteren abgebildet. Diese Einschränkung auf alle Personen im Pensionsalter ist gewiss sinnvoll, jedoch nur eine erste Annäherung. Die Pflegebedürftigkeit nimmt mit steigendem Alter signifikant zu und ist auch geschlechtsspezifisch. Frauen älter als 65 Jahre weisen meistens höhere Prävalenzraten aus als Männer im gleichen Alter (vgl. Abbildung 1, S. 8).

Die Alters- und Geschlechtsstruktur der Einwohner älter als 65 Jahre variiert zwischen den Kantonen erheblich. Am «ältesten» ist der Kanton BS. Der Anteil der 85-Jährigen und Älteren unter den Pensionierten betrug 2014 dort 19 %, während er im Kanton AG bei 11 % lag (BFS 2015c). Auch variiert der Frauenanteil unter den 65-Jährigen und Älteren zwischen 52 % in den Kantonen AI und NW und 60 % im Kanton BS (BFS 2015c). In Kantonen mit überdurchschnittlich vielen Hochbetagten und Frauen ist dementsprechend eine höhere Quote der Inanspruchnahme pro 65-Jährigen und Älteren als in anderen Kantonen zu erwarten, weil die Prävalenzrate für diese Bevölkerungsgruppen höher ist. Um diesen verzerrenden Effekt zu beseitigen, wird eine standardisierte Quote defi-

Tabelle 8

Signifikanter Einfluss der Altersstruktur auf die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen

Kantone mit höheren Anteilen von Hochbetagten und von Frauen dürfen mehr Pflegebedürftige als in anderen Kantonen erwarten. Eine standardisierte Quote der Inanspruchnahme trägt diesen strukturellen Unterschieden Rechnung. Die Verschiebungen sind besonders gross für die Kantone JU und BS (Abnahme) und für die Kantone GR und BE (Zunahme).

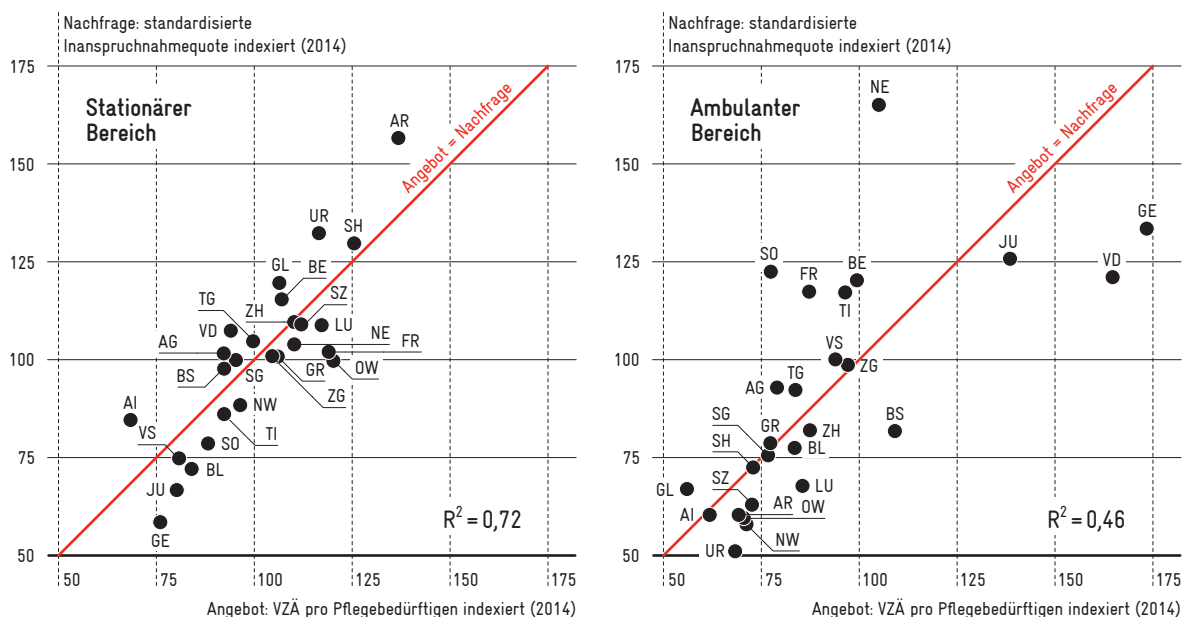
	Quote der Inanspruchnahme (Gepflegte pro 65-Jährigen und Älteren) indexiert	Standardisierte Quote der Inanspruchnahme (Gepflegte pro Pflegebedürftigen) indexiert
AI	75	72
NW	65	72
BL	75	75
OW	75	78
SZ	75	84
LU	91	87
SG	97	87
VS	91	88
UR	84	89
GR	80	89
BS	111	89
GL	93	92
ZH	98	95
AG	100	97
TG	94	98
JU	130	98
GE	111	99
SH	104	99
ZG	101	100
SO	105	102
TI	98	103
AR	105	105
FR	106	110
VD	113	115
BE	102	118
NE	143	137
CH	100	100
CH absolut	0,29	2,46
FL	110	101

Quelle: BFS 2015a, BFS 2015b, BFS 2015c, Höpflinger et al. 2011, eigene Berechnungen

Abbildung 12

Indizien für eine angebotsinduzierte Nachfrage sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich

In Kantonen mit überdurchschnittlich viel Personal pro erwartete pflegebedürftige Person (x-Achse) werden auch überdurchschnittlich viel Pflegeleistungen pro Einwohner bezogen (y-Achse).



Quelle: BFS 2015a, BFS 2015b, BFS 2015c, Höpfinger et al. 2011, eigene Berechnungen

niert. Dabei wird die Anzahl gepflegter Personen ²⁵ in ein Verhältnis zu den aufgrund der Prävalenzrate zu erwartenden Pflegebedürftigen – und nicht zur gesamten Bevölkerung – gesetzt (vgl. Tabelle 8).

Die resultierenden Korrekturen sind für manche Kantone beträchtlich. Am stärksten sind sie im Kanton JU (–32 Prozentpunkte) und BS (–22 Prozentpunkte). Beide Kantone weisen deutlich überdurchschnittliche Quoten der Inanspruchnahme vor der Standardisierung (130 bzw. 111) aus. Nach der Standardisierung liegt die Quote im Kanton JU jedoch nah am Schweizer Durchschnitt (98) und im Kanton BS (89) deutlich darunter. In den Kantonen GE (–13 Prozentpunkte) und SG (–10 Prozentpunkte) sinken die Quoten ebenfalls deutlich. Umgekehrt führt die Standardisierung der Quote zu einer Erhöhung um 9 Prozentpunkte für den Kanton GR (von 80 auf 89) – somit immer noch stark unterdurchschnittlich – und sogar um 16 Prozentpunkte im Kanton BE (von 102 auf 118) und somit neu deutlich überdurchschnittlich. Bei den übrigen Kantonen betragen die Verschiebungen weniger als 10 Prozentpunkte. Somit bleiben die Quoten der Inanspruchnahme in den Kantonen AI, NW, BL und OW deutlich

²⁵ Für den Spitex-Bereich werden nur die Klienten der Langzeitpflege, die 65 Jahre alt oder älter sind, berücksichtigt.

unterdurchschnittlich. Am anderen Ende des Spektrums sind die Quoten in den Kantonen VD und NE nach wie vor überdurchschnittlich.

Vom Angebot zur Nachfrage

Im Kapitel 2 (vgl. Abbildung 4, S. 30) wurde festgestellt, dass ein ausgebautes ambulantes Angebot nicht zwangsweise mit einer tiefen Anzahl Betten pro 80-Jährigen und Älteren einhergeht. Die zunehmende Bedeutung chronischer Krankheiten im Alter wie Diabetes, Herz- und Kreislaufprobleme kann mehr regelmässige ambulante Pflege erfordern, ohne dafür Entlastung in Pflegeheimen mit sich zu bringen. Familiendemoграфische Entwicklungen können auch zu einer stärkeren Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen führen. Immer weniger Töchter und Söhne wohnen am gleichen Ort wie ihre Eltern. Immer mehr sehr alte (Ehe-)Partner können sich altersbedingt immer weniger gegenseitig unterstützen. Diese allgemeinen Trends können je nach Kanton stärker ausgeprägt sein. Eine weitere Erklärung ist, dass zusätzliche Ressourcen (Personal, Betten) eine Nachfrage nach Leistungen induzieren könnten.

Um diese Hypothese näher zu prüfen, wurde das Angebot an Pflegepersonal (in VZÄ pro Pflegebedürftigen) gegenüber der Nachfrage nach Pflegeleistungen – die standardisierte Quote der Inanspruchnahme – dargestellt. Beide Grössen hängen offensichtlich zusammen (vgl. Abbildung 12). Die Bestimmtheitsmasse sind sowohl im stationären (0,7) wie im ambulanten Bereich (0,5) hoch. In Kantonen mit überdurchschnittlich viel gepflegten Personen pro Pflegebedürftigen sind auch die Personalressourcen pro Pflegebedürftigen überdurchschnittlich und umgekehrt.

Zwar erlauben die Daten keine Aussage über Ursache und Wirkung der Korrelation, also ob mehr Patienten mehr Ressourcen hervorrufen oder mehr Ressourcen mehr Pflegeleistungen zur Folge haben. Doch wurde die sogenannte angebotsinduzierte Nachfrage im Gesundheitssektor in der Fachliteratur schon mehrfach belegt (unter anderem Slembek 2006, Sekimoto und Li 2015, Sugawara und Nakamura 2015). Infolgedessen dürfen Kantone mit überdurchschnittlich vielen Personalressourcen auch eine zusätzliche Nachfrage, sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich, erwarten. Eine Steuerung des Angebots durch die öffentliche Hand, zum Beispiel durch Finanzierungsregeln, die die effiziente Erbringung von Alterspflegeleistungen fördern (vgl. Kapitel 4), kann deshalb indirekt die Inanspruchnahme beeinflussen. Solche kantonalen bzw. kommunalen Finanzierungsregeln helfen somit nicht nur die Kosten pro Pflegestunde zu senken, sondern hindern einen unnötigen Ausbau von Personalressourcen und reduzieren damit die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen.

Kantone mit überdurchschnittlich vielen Personalressourcen dürfen auch eine zusätzliche Nachfrage, sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich, erwarten.

3.5_Einsparungspotenzial von mindestens 1,9 Milliarden Franken pro Jahr

Fasst man die Ergebnisse zusammen, resultieren gesamte Pflegekosten (inklusive Betreuung und Hotellerie) von 57 740 Fr. pro pflegebedürftigen 65-Jährigen und Älteren im Kanton AI und 104 790 Fr. im Kanton AR (vgl. Tabelle 25 im Anhang). Schränkt man die Pflegedefinition auf Pflegeleistungen nach dem KVG ein, variieren die Werte zwischen 29 654 Fr. im Kanton AI und 51 237 Fr. im Kanton FR (vgl. Tabelle 26 im Anhang). Diese signifikanten kantonalen Unterschiede weisen auf ein erhebliches Einsparungspotenzial hin, umso mehr als viele Kostentreiber, die zu diesen Unterschieden führen, im Einflussbereich der Leistungserbringer bzw. der öffentlichen Hand liegen. Um dieses Potenzial abzuschätzen, wurde angenommen, dass alle Kantone jeden einzelnen Kostentreiber im ambulanten und stationären Bereich auf das Niveau eines gewählten Benchmarks reduzieren würden. Zwei Benchmarks wurden für diese Abschätzungen gewählt: der Durchschnitt aller 26 Kantone und der Durchschnitt der zehn effizientesten Kantone (Top 10). Dabei wurden jeweils die effizientesten Kantone pro Kostentreiber ermittelt. ²⁶

Selbst beim am wenigsten ambitionierten Benchmark, dem Schweizer Durchschnitt, zeichnet sich bereits ein Einsparungspotenzial für die Schweiz von jährlich 1,9 Mrd. Fr. bzw. von 17 % der heutigen Kosten ab. Je nach Kanton entspricht dies einer Einsparung von deutlich über 2000 Fr. pro 65-Jährigen und Älteren. Bei dem «sportlicheren» Benchmark Top 10 sind die möglichen Einsparungen erwartungsgemäss deutlich grösser. Sie betragen jährlich 4,8 Mrd. Fr. (43 % der heutigen Kosten). Gewiss ist das Top-10-Szenario schwierig zu realisieren. Wie erwähnt, sind die einzelnen Kostentreiber nicht völlig voneinander unabhängige Variablen. Eine gleichzeitige Minimierung aller Kostentreiber auf einen ambitionierten Benchmark kann kaum erfolgen. Doch diese Rechenbeispiele zeigen, dass eindeutig Spielraum für die Eindämmung der Kostenentwicklung in der Alterspflege vorhanden ist.

Selbst beim am wenigsten ambitionierten Benchmark, dem Schweizer Durchschnitt, zeichnet sich ein Einsparungspotenzial von jährlich 1,9 Mrd. Fr. ab.

3.6_Fazit und Subranking «Kosten»

Vier Kriterien zur Beurteilung der kantonalen Kostenstruktur

Die Kosten der Alterspflege in den jeweiligen Kantonen werden zwecks Vergleichbarkeit in einem Ranking entlang zweier Dimensionen zusammengefasst. Einerseits geht es um die Optimierung der *gesamten Versorgungskette*. Hierbei stehen die Kosten der Alterspflege pro pflegebedürftigen 65-Jährigen und Älteren im Vordergrund. Andererseits wird die

²⁶ Die Methodik, die angewandt wird, um das Einsparungspotenzial abzuschätzen, ist im Anhang genauer beschrieben.

Optimierung einzelner Stufen der Versorgungskette untersucht. Dabei sollen Vorschriften vermieden werden, die unnötigerweise oder im überdurchschnittlichen Mass die Freiheit der Leistungserbringer einschränken, wie zum Beispiel Grade-Mix-Vorgaben oder GAV-Pflichten. Alle Kriterien werden gleich gewichtet und können Werte zwischen 0 und 1 einnehmen, wobei 1 die bestmögliche und 0 die schlechteste Punktzahl ist (vgl.

Tabellen 25 bis 28 im Anhang):

- *Kosten der Alterspflege pro pflegebedürftigen 65-Jährigen und Älteren (breite Definition der Pflege)*: Für dieses Kriterium werden die Kosten des ambulanten (Spitex) und des stationären Bereichs (APH) pro 65-Jährigen und Älteren aggregiert. Dabei werden neben den Kosten für medizinische Leistungen auch die Kosten für Betreuung und Hotellerie, Hauswirtschafts- und Mahlzeitendienste berücksichtigt. Einen Punkt erhält der Kanton mit den tiefsten, null Punkte derjenige mit den höchsten Kosten pro 65-Jährigen und Älteren. Dazwischen werden die Punkte linear in Abhängigkeit der Kostenhöhe verteilt.
- *Kosten der Alterspflege pro pflegebedürftigen 65-Jährigen und Älteren (enge Definition der Pflege)*: Dieses Kriterium wird analog zum obigen Kriterium bestimmt. Es berücksichtigt allerdings nur die Kosten medizinischer Pflegeleistungen nach KLV Art. 7.
- *Grade-Mix-Vorgaben*: Im stationären Bereich bestehen je nach Kanton unterschiedliche Vorgaben in Bezug auf das Ausbildungsniveau des Pflegepersonals. Diese sogenannten Grade-Mix-Vorgaben verursachen administrativen Aufwand, schränken die Rekrutierung des Personals ein und beeinflussen die effektiven Grade-Mixe in den Alters- und Pflegeheimen kaum. Bestehen gar keine Vorgaben, gibt es für dieses Kriterium einen Punkt. Werden für eine bestimmte Bildungsstufe (zum Beispiel Sekundärbildung, Tertiärbildung, Sekundär- und Tertiärbildung zusammen) Vorgaben formuliert, gibt es 0,67 Punkte, falls die höchste Vorgabe unter 35 % liegt, und 0,33 Punkte, falls sie unter 40 % liegt. Ist sie höher, gibt es keinen Punkt.
- *GAV-Pflicht*: Es sollte den Leistungserbringern und ihren Angestellten freistehen, die Arbeitsbedingungen in einem Gesamtarbeitsvertrag (GAV) festzulegen oder nicht. Eine Pflicht für alle Leistungserbringer, einen identischen GAV abzuschliessen, schränkt hingegen den Wettbewerb ein und erschwert eine dynamische Lohngestaltung in Abhängigkeit der Nachfrage und des Angebots. Je nach Kanton bestehen jedoch solche Pflichten für öffentlich-rechtliche, nicht-gewinnorientierte privatrechtliche und für private erwerbswirtschaftliche Leistungserbringer im ambulanten oder im stationären Bereich. Besteht für keine dieser sechs Kategorien eine GAV-Pflicht, wird die höchste Punktzahl von 1 erreicht. Besteht für eine Kategorie, im ambulanten oder im stationären Bereich, eine GAV-Pflicht, so werden jeweils 0,17 Punkte abgezogen.

Kanton AI klar an der Spitze, Kanton GE abgeschlagen

Im Kostenranking schneidet der Kanton AI mit der Maximalpunktzahl von 1,00 am besten ab (vgl. Tabelle 9). Er weist folglich in jedem Kriterium den höchstmöglichen Wert auf. Mit einem Rückstand von 0,11 Punkten liegt der Kanton BL auf Platz zwei. Er weist in allen Kriterien gute Werte auf. Abgeschlagen am Ende der Rangliste mit 0,15 Punkten liegt der Kanton GE: Er hat nach dem Kanton AR die höchsten Pflegekosten pro pflegebedürftigen 65-Jährigen und Älteren gemäss der breiteren Pflege-

Tabelle 9

Die Reihung der Kantone gemäss dem Subranking «Kosten»

Die Detailbewertung der einzelnen Rankingkriterien findet sich im Anhang.

Punktzahl					
	Kosten nach breiter Pflege- definition	Kosten nach enger Pflege- definition	Grade-Mix- Vorgaben	GAV-Pflicht	Total (Mittelwert)
AI	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
BL	0,61	0,96	1,00	1,00	0,89
VS	0,81	0,80	0,67	1,00	0,82
NW	0,67	0,77	0,67	1,00	0,78
SG	0,59	0,83	0,67	1,00	0,77
OW	0,50	0,56	1,00	1,00	0,76
SO	0,76	0,86	0,33	1,00	0,74
AG	0,66	0,95	0,33	1,00	0,74
TI	0,77	0,69	0,33	1,00	0,70
TG	0,59	0,80	0,33	1,00	0,68
LU	0,31	0,38	1,00	1,00	0,67
JU	0,67	0,57	0,67	0,67	0,64
GL	0,58	0,89	0,00	1,00	0,62
SH	0,19	0,26	1,00	1,00	0,61
GR	0,48	0,63	0,33	1,00	0,61
SZ	0,37	0,63	0,33	1,00	0,58
UR	0,36	0,56	0,33	1,00	0,56
BS	0,37	0,54	0,33	1,00	0,56
BE	0,36	0,57	0,00	1,00	0,48
ZG	0,33	0,54	0,00	1,00	0,47
AR	0,00	0,19	0,67	1,00	0,46
VD	0,47	0,43	0,67	0,00	0,39
NE	0,13	0,09	0,67	0,67	0,39
FR	0,21	0,00	0,33	1,00	0,39
ZH	0,09	0,45	0,00	1,00	0,38
GE	0,06	0,04	0,00	0,50	0,15
FL	0,44	n.a.	1,00	1,00	n.a.

n.a. = nicht anwendbar

Quelle: eigene Berechnungen

definition und nach dem Kanton FR die höchsten Pflegekosten gemäss der engeren Pflegedefinition. Er gehört auch zu den Kantonen mit den höchsten Grade-Mix-Anforderungen und setzt die Einhaltung eines GAV für die Auszahlung von Restfinanzierungsbeiträgen bei öffentlich-rechtlichen Institutionen voraus.

04 Finanzierung der Alterspflege

4.1 – Die Troika der Pflegefinanzierung	– 76
Komplexer Finanzierungsmix zwischen Patient, Krankenkasse und Staat	– 76
Höchstens Fr. 21.60 pro Tag für die Patienten	– 77
Schweizweit einheitliche Beiträge der Krankenkassen	– 78
Variation um den Faktor fünf für die öffentliche Hand	– 79
Defizit an Pflegeeinnahmen von 390 Millionen Franken	– 87
4.2 – Ergänzungsleistungen für jeden zweiten Pflegeheim pensionär	– 88
«Heimbedingte Mehrkosten» von 1,75 Milliarden Franken	– 88
De-facto-Verdoppelung des Staatsbeitrags	– 90
Sehr unterschiedlicher Zugang zu den Ergänzungsleistungen	– 91
Begrenzte Taxen für EL-Bezüger in Heimen	– 93
Chancen im betreuten Wohnen	– 95
4.3 – Wer zahlt, befiehlt – wer befiehlt, zahlt	– 97
Optimierte Subsysteme, aber kein Gesamtoptimum	– 97
Mangelnde fiskalische Äquivalenz	– 99
Ungewollte Verzerrungen durch Ergänzungsleistungen	– 100
4.4 – Stellschrauben zur Steuerung der Nachfrage	– 101
Förderung ambulanter Pflegeleistungen über Patientenbeteiligung	– 101
Zwischneidige Folgen der Subventionierung von Tagesstrukturen	– 102
Geldleistungen für pflegende Angehörige in der Schweiz	– 104
Grosszügiges Entgelt für Betreuungsarbeit in Liechtenstein	– 106
4.5 – Finanzierungsregeln zur Steuerung des Angebots	– 108
Intransparente Abgeltung der Versorgungspflicht im ambulanten Bereich	– 108
Eingeschränkter Wettbewerb durch Finanzierungsregeln	– 111
Gedeckeltes Angebot im nicht-pflegerischen Bereich	– 114
4.6 – Fazit und Subranking «Finanzierung»	– 116
Fünf Beurteilungskriterien der kantonalen Finanzierungsstruktur	– 116
Kanton NW an der Spitze, Kanton TI als Schlusslicht	– 118

4.1 _Die Troika der Pflegefinanzierung

Komplexer Finanzierungsmix zwischen Patient, Krankenkasse und Staat

Im vorigen Kapitel wurden die Kosten der Alterspflege und ihre Ursachen detailliert untersucht. In diesem Kapitel geht es darum, wie diese Kosten auf die Patienten, die Krankenkassen und die öffentliche Hand aufgeteilt werden, also um die Frage der Finanzierung.

Die geteilte Fakturierung der gesamten Alterspflegekosten in der Schweiz ist besonders komplex. Hauswirtschafts- und Mahlzeitendienste im ambulanten Bereich sowie Betreuungs- und Hotellerieleistungen im stationären Bereich werden grundsätzlich durch den Patienten finanziert. Die Höhe der Taxen variiert je nach Kanton. Die Kosten der Alterspflege im engeren Sinne werden sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich auf drei Träger verteilt: die Patienten, die Krankenkassen und die öffentliche Hand. Die Kostenverteilung zwischen den drei Trägern ist vom Kanton abhängig. Sollte ein Patient seinen Finanzierungsanteil ganz oder teilweise nicht selber übernehmen können, springt der Staat mit Ergänzungsleistungen ein (vgl. Abbildung 13). Der Zugang zu den Ergänzungsleistungen sowie die Höhe der EL-Entschädigungen sind kantonal geregelt.

Die Finanzierung der Alterspflege im Fürstentum Liechtenstein ist ähnlich wie in der Schweiz organisiert, somit lässt sich unser Nachbarstaat weitgehend mit den Kantonen vergleichen. Allerdings wird im FL im stationären Bereich nicht zwischen Betreuung und Pflege im engeren Sinn unterschieden. Die Kosten für beides werden von den Kran-

Die Kosten der Alterspflege werden auf drei Träger verteilt: die Patienten, die Krankenkassen und die öffentliche Hand.

Abbildung 13

Komplexe Finanzierung der Alterspflege

Die Finanzierung der medizinischen Pflegekosten im engeren Sinne wird durch den Patienten, die Krankenkassen und die öffentliche Hand sichergestellt. Kosten für Betreuung und Hauswirtschaftsdienste sowie Hotellerieleistungen werden hingegen allein durch die Patienten getragen. Patienten mit bescheidenen Ressourcen werden zudem von den Ergänzungsleistungen unterstützt. EL-Finanzierung ist rot markiert.

	Patient		Krankenkasse	Öffentliche Hand
	Ohne EL	Mit EL		
Pflege	✓	(✓)	✓	✓
- ambulant	Max Fr. 15.95/Tag			
- stationär	Max Fr. 21.60/Tag			
Betreuung/ Hauswirtschaft	✓	(✓)		(✓)
Hotellerie/ Mahlzeiten	✓	(✓)		(✓)

Quelle: eigene Darstellung

kenkassen bzw. vom Staat über einen Defizitbeitrag übernommen. Zudem besteht im ambulanten Bereich die Möglichkeit, Betreuungsdienste zu Hause über eine besondere Form der Ergänzungsleistungen – das Betreuungs- und Pflegegeld – zu finanzieren, das wir auf Seite 106ff, näher vorstellen.

Höchstens Fr. 21.60 pro Tag für die Patienten

Die Kostenbeteiligung der Patienten für die Pflegeleistungen – man spricht von der «Patientenbeteiligung» – wurde im Rahmen der neuen Pflegefinanzierung geregelt und auf höchstens 20 % des Beitrags der Krankenversicherungen plafoniert. Somit ergeben sich maximale Patientenbeteiligungen von Fr. 15.95 pro Tag im ambulanten bzw. Fr. 21.60 pro Tag im stationären Bereich. Zudem gehen noch die Jahresfranchise und der Selbstbehalt der Krankenversicherung zulasten der Patienten. Diese Beträge sind Maximalwerte. Bei geringer Pflegebedürftigkeit kommen sie nicht voll zum Tragen. Auch nützen viele Kantone ihren Spielraum nicht vollständig aus und definieren tiefere Maxima für ihre Bürger, besonders im ambulanten Bereich (vgl. Tabelle 32 im Anhang).

Die maximalen Patientenbeteiligungen betragen Fr. 15.95 pro Tag im ambulanten bzw. Fr. 21.60 pro Tag im stationären Bereich.

Betrachtet man die Gesamtpflegeeinnahmen in Pflegeheimen²⁷, betrug der Anteil der Patientenbeteiligungen 2014 im Schweizer Durchschnitt 16 % (BFS 2015b). Das sind ca. 16 Fr. Einnahmen pro Tag verglichen mit den durchschnittlichen täglichen Kosten für Pflegeleistungen in Höhe von 121 Fr. Allerdings berücksichtigen diese Werte allfällige Ergänzungsleistungen nicht. Der effektive Anteil der Einnahmen, der durch Patienten erbracht wird, würde dadurch deutlich tiefer liegen. Bei der Einführung der neuen Pflegefinanzierung war die Plafonierung der Pflegekosten für die Patienten ein explizites Ziel. In Anbetracht der erheblichen Kosten der Alterspflege wäre jedoch zu hinterfragen, ob ein Beitrag von 16 Fr. pro Tag angemessen ist oder ob die Eigenverantwortung durch höhere Patientenbeteiligungen viel stärker gefordert werden müsste.

Am höchsten ist die Bedeutung der Patientenanteile, ohne Berücksichtigung allfälliger Ergänzungsleistungen, in den Kantonen BS mit 24 % und SH mit 23 % (vgl. Tabelle 10), am tiefsten in den Kantonen GE (10 %), TI (3 %) und VS (0 %). Im Kanton VS wurde bis 2014 keine Patientenbeteiligung erhoben, die entsprechenden Kosten trug der Staat. Ab 2015 wurde eine vom Vermögen abhängige Patientenbeteiligung eingeführt. Wer weniger als 100 000 Fr. Vermögen hat, bleibt allerdings nach wie vor davon befreit (Art. 19 LSLD/VS). Die tiefen Werte für den Kanton TI hingegen sind auf ein Artefakt der kantonalen Buchungssysteme zurückzuführen, denn die Beträge der Patientenbeteiligungen wurden als Teil

²⁷ Eine Aufteilung der Einnahmen für den ambulanten Bereich ist mit den Daten der Spitex-Statistik nicht möglich.

der Hotellerieeinnahmen verbucht. Eine Korrektur ist erst für die Statistik 2015 zu erwarten.

Schweizweit einheitliche Beiträge der Krankenkassen

Die Beiträge der Krankenversicherungen werden vom Bundesrat in der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 7a KLV) festgelegt und wurden zuletzt 2011 definiert. Im ambulanten Bereich sind sie je nach Leistungsart festgelegt. Für Mass-

Tabelle 10

Patienten tragen nur 16 Prozent der Einnahmen für KVG-Pflegeleistungen bei

Je nach Gestaltung der Patientenbeteiligung tragen die Patienten zwischen 10% und 24% der Pflegeeinnahmen bei (ohne Berücksichtigung allfälliger EL-Zahlungen). Die Beiträge der Patienten, der Krankenkasse und der öffentlichen Hand decken allerdings nur 90% der Pflegekosten.

Bemerkung: Die Daten für GE und TI sind aufgrund unterschiedlicher Erfassung in der SOMED-Statistik nicht vergleichbar.

	Pflegeeinnahmen			Pflegekosten		
	Anteil Patienten in %	Anteil Krankenkassen in %	Anteil öffentliche Hand in %	Total in Mio. Fr.	Total in Mio. Fr.	Deckungsbeitrag der Einnahmen in %
VS	0	50	50	130,9	126,1	104
TI	3	94	3	98,0	186,2	53
GE	10	90	0	113,1	239,5	47
FR	10	47	43	110,5	156,4	71
VD	11	61	28	285,2	307,3	93
SO	11	46	43	96,9	109,8	88
NE	16	53	31	109,7	119,8	92
ZG	16	41	43	46,0	48,8	94
LU	17	41	42	206,1	207,8	99
JU	17	62	21	31,8	34,7	92
ZH	17	40	43	627,2	723,6	87
BE	17	52	31	510,5	524,6	97
NW	18	42	40	16,4	17,0	97
UR	18	42	39	21,7	20,5	106
OW	19	39	42	16,5	17,6	94
AG	20	54	27	186,9	213,7	87
GR	20	51	30	84,6	98,9	86
SG	20	48	32	182,3	206,7	88
AI	20	48	32	5,0	5,7	88
SZ	20	43	37	60,5	64,5	94
AR	21	52	28	29,8	38,2	78
BL	21	49	31	96,0	119,0	81
TG	21	46	32	92,1	98,2	94
GL	22	50	28	17,6	18,6	95
SH	23	48	29	41,2	58,3	71
BS	24	44	32	111,9	127,7	88
CH	16	51	33	3 328,4	3 889,2	86
CH ohne GE, TI	16	48	35	3 117,2	3 463,5	90

Quelle: BFS 2015b, eigene Rechnungen

nahmen der «Abklärung, Beratung und Koordination» betragen sie Fr. 79.80, für Massnahmen der «Untersuchung und der Behandlung» Fr. 65.40 und für Massnahmen der «Grundpflege» Fr. 54.60 pro Stunde (Art. 7a KLV). Dabei werden nur die effektiven Pflegestunden am Patienten verrechnet, die Reisewege sind implizit in diesen Pauschalen enthalten. Im stationären Bereich sind die Vergütungen in Abhängigkeit der Pflegestufe (zwölf Stufen à 20 Pflegeminuten pro Tag) jedoch unabhängig von der Pflegeleistung definiert. Pro Pflegestufe wird ein täglicher Satz von 9 Fr. vergütet. Infolgedessen beträgt die maximale Vergütung der Krankenversicherer in Pflegeheimen 108 Fr. pro Tag.

Interessanterweise sind die Pauschalsätze der Krankenkassen für die ganze Schweiz einheitlich definiert. Dies, obwohl die Krankenkassenprämien sehr wohl nach Kanton und Prämienregionen differenziert sind. 2014 lag die tiefste Durchschnittsprämie (Kanton AI) 26 % unter dem Schweizer Durchschnitt, während die höchsten Prämien (Kanton GE) 33 % über diesem Wert lagen (BAG 2015c). In der Alterspflege wird der Beitrag der Krankenversicherung dementsprechend in Kantonen mit geringen bzw. hohen Pflegekosten über- bzw. unterproportional ausfallen. Die Differenzen müssen entweder durch die Patienten oder durch die öffentliche Hand aufgefangen werden.

Die Pauschalsätze der Krankenkassen sind für die ganze Schweiz einheitlich definiert. Dies, obwohl die Krankenkassenprämien sehr wohl nach Kanton und Prämienregionen differenziert sind.

Zudem sind keine Mechanismen für die kontinuierlichen Anpassungen der Krankenkassenbeiträge nach Art. 7a KLV vorgesehen, im Gegensatz zur Festlegung der Krankenkassenprämien. Die Höhe der Beiträge und ihre Anpassung liegen in der Kompetenz des Bundesrats. Seit 2011 sind die Werte konstant geblieben, während die Pflegekosten in diesem Zeitraum kontinuierlich gestiegen sind. Mit anderen Worten, der Finanzierungsanteil der Krankenversicherungen nimmt laufend ab. Da die Höhe der Patientenbeteiligung plafoniert ist, nimmt ceteris paribus die finanzielle Beteiligung der öffentlichen Hand stets zu.

Betrachtet man die Gesamtpflegeeinnahmen in Pflegeheimen, betrug der Anteil der Krankenkassen 2014 im Schweizer Durchschnitt 51 % (BFS 2015b). Das sind ca. 53 Franken pro Tag. Der tiefste Anteil wird in den Kantonen OW (39 %) und ZH (40 %) erreicht, die höchsten Werte weisen die Kantone VD (61 %) und JU (62 %) aus. Die Kantone VS, GE und TI werden hier wegen fehlender Vergleichbarkeit bewusst ausgeklammert.

Variation um den Faktor fünf für die öffentliche Hand

Gemäss Art. 25a KVG muss die öffentliche Hand die Kosten der Alterspflege nach Abzug der Patientenbeteiligung und der Beiträge der Krankenkassen tragen. Man nennt den Staatsbeitrag die «Restfinanzierung». Die Regelung der Restfinanzierung liegt in der Kompetenz der Kantone.

Im ambulanten Bereich ist die Vielfalt der Regelungen am grössten. Es gibt nicht nur 26, sondern 50 kantonale Regelungen (vgl. Tabelle 17, S. 112).

Dabei werden die Regelungen, die von Gemeinden definiert werden – dort, wo diese Kompetenz von den Kantonen delegiert wird –, als nur eine Regel gezählt. In vielen Kantonen bestehen unterschiedliche Restfinanzierungsformen, die von Merkmalen der Leistungserbringer abhängig sind. Auf diese intrakantonale Unterschiede kommen wir auf Seite 111ff zurück.

Die allermeisten Kantone definieren Restfinanzierungsbeiträge pro Stunde Pflege und in Abhängigkeit der Pflegeleistungsarten. Dabei gelten die gleichen Leistungsarten wie für die Beiträge der Krankenkassen. In den Kantonen GR und OW wird die Restfinanzierung für selbständige Pflegefachpersonen allerdings lediglich auf Basis der geleisteten Pflegestunden geregelt, unabhängig von der Pflegeleistungsart. Im Kanton BE steigen die Restfinanzierungsbeiträge ab der zweiten Pflegestunde. Die Entschädigung der Leistungserbringer bleibt somit konstant, auch nachdem die maximale Patientenbeteiligung nach einer Pflegestunde erreicht ist. Im Kanton BS, und ab 2016 im Kanton BL, sinken die Beiträge ab der zweiten Pflegestunde. Die höheren Beiträge für die erste Stunde sollen die überproportionale Bedeutung der Anreisekosten bei kurzen Einsätzen, die nicht separat verrechnet werden dürfen, besser abgelten. ²⁸

Die Restfinanzierungsbeiträge variieren zwischen den Kantonen beträchtlich und betrugen 2015 zwischen Fr. 0.00 und Fr. 56.75 pro Stunde (vgl. Tabelle 11 sowie Tabelle 17 auf S. 112). Die tiefsten Werte – also keine Entschädigung – gelten meistens für selbständige Fachpersonen. In den Kantonen BE und SO gelten sie aber für alle Leistungserbringer (allerdings ohne Abgeltung allfälliger Versorgungspflicht). Erwartungsgemäss werden tendenziell höhere Beiträge in Kantonen gewährt, die eine tiefe oder keine Patientenbeteiligung kennen (zum Beispiel in den Kantonen TI, VD und VS). Ist der Beitrag der Krankenkassen fix und derjenige der Patienten tiefer, steigt der Restfinanzierungsbedarf. Die höchsten Beiträge werden im Kanton TI für gemeinnützige Spitex-Organisationen ausbezahlt. Die zweithöchsten Beiträge gelten im Kanton ZH für Leistungserbringer mit kommunalem Auftrag. Allerdings ist in diesem Kanton zu beachten, dass die Gemeinden für den Abschluss von Leistungsaufträgen verantwortlich sind. Die kantonalen Restfinanzierungsbeiträge kommen nur zur Anwendung, falls die Gemeinden mit den Leistungserbringern keine anderweitige Vereinbarung treffen (können). Im Kanton AI ist die Restfinanzierung von Fr. 50.20 für die Leistungsart «Untersuchung und Behandlung» im interkantonalen Vergleich hoch.

Im stationären Bereich sind die kantonalen Restfinanzierungsregeln ebenfalls unterschiedlich (vgl. Tabelle 12). Grundsätzlich sehen alle Kantone Restfinanzierungsbeiträge in Abhängigkeit von den zwölf Pflegestufen à 20 Minuten gemäss Art. 7a KLV vor. Drei Kantone, AG, NE und SZ,

Grundsätzlich sehen alle Kantone Restfinanzierungsbeiträge für Pflegeheime in Abhängigkeit von den zwölf Pflegestufen à 20 Minuten vor.

²⁸ Im Kanton SO dürfen die Spitex-Organisationen Wegkosten verrechnen (ASO 2015)

Kantonsmonitoring 7

Neue Massstäbe für die Alterspflege

Kurz und bündig:

01 _ Die demografische Entwicklung stellt die Sicherstellung der Alterspflege in personeller und finanzieller Hinsicht vor grosse Herausforderungen.

02 _ Im Verhältnis zur aktiven Bevölkerung wird der Anteil der 80-Jährigen und Älteren in der Schweiz bis 2035 um 70 % zunehmen, je nach Kanton bis 169 %. Die Ausgaben für die Alterspflege werden sich 2045 gegenüber 2013 mehr als verdoppelt haben und 3,4 % vom BIP betragen.

03 _ Die Organisation der Alterspflege muss über die ganze Versorgungskette optimiert werden.

04 _ «Ambulant vor stationär» greift zu kurz: Je nach Situation übersteigen die Kosten in einem ambulanten Setting bereits ab 60 Minuten Tagespflege (inkl. Kost und Logis) die Kosten in einem Pflegeheim (inkl. Hotellerie).

05 _ Neue Stellen im Spitex-Bereich führen nicht nur zu einer Substitution der Nachfrage nach Leistungen in Pflegeheimen, sondern können auch eine neue Nachfrage im ambulanten Bereich wecken.

06 _ Es braucht eine Strategie des «Ambulant *mit* stationär». Leichtpflegebedürftige sollten daheim, in Tagesstrukturen oder in betreuten Wohnungen gepflegt werden, schwerpflegebedürftige, häufig demente Patienten im Heim.

07 _ Die Pflegekostenunterschiede pro Einwohner unter den Kantonen ergeben ein gesamtschweizerisches Einsparungspotenzial von mindestens 1,9 Mrd. Fr. pro Jahr.

08_ Drei Viertel der Pflegekosten sind Personalausgaben. Das Lohnniveau hängt jedoch kaum von den lokalen Marktverhältnissen ab, sondern von der Verhandlungsstärke der Sozialpartner.

09_ Vorgaben zum Bildungsniveau des Pflegepersonals sind überflüssig und erschweren die Rekrutierung. In der Praxis orientieren sich die Leistungserbringer an den Bedürfnissen des Betriebs.

10_ Die Realisierung des Sparpotenzials und die Umsetzung der Strategie «Ambulant mit stationär» rufen nach neuen, flexiblen Finanzierungsregeln.

11_ Die Finanzierungsbeiträge der öffentlichen Hand sollen sich allein an den erbrachten Leistungen orientieren und sich nicht nach der Kostenstruktur der Leistungserbringer richten. Kostenbasierte Regelungen eliminieren Sparanreize und festigen ineffiziente Strukturen.

12_ Im ambulanten Bereich sollte die Versorgungspflicht – die Pflicht, jeden Pflegebedürftigen unabhängig von wirtschaftlichen Überlegungen zu behandeln – separat und transparent abgegolten werden. Am besten werden dafür Leistungsaufträge ausgeschrieben.

13_ Betreutes Wohnen bleibt Bezügen von Ergänzungsleistungen (EL) verwehrt, weil die Miete für solche Wohnungen nicht mit EL finanziert wird. Flexiblere Finanzierungsregeln würden intermediäre Strukturen fördern und staatliche Ausgaben reduzieren.

14_ In der langen Frist schlägt Avenir Suisse ein obligatorisches individuelles Pflegekapital für die Finanzierung der Alterspflege vor. Die angesparten Mittel wären für Pflege oder Betreuung – zu Hause oder im Heim – einsetzbar. Nicht verwendete Ersparnisse werden im Todesfall vererbt.

Der 1999 von 14 internationalen Firmen ins Leben gerufene Think-Tank Avenir Suisse wird heute von über 130 Förderern aus allen Regionen der Schweiz, und zwar von Firmen unterschiedlichster Grössen aus allen Branchen, aber auch von Privatpersonen unterstützt. Er befasst sich mit der Zukunft des Standorts Schweiz und entscheidet völlig unabhängig über Themen und Projekte. Avenir Suisse will frühzeitig reformpolitischen Handlungsbedarf erkennen und mit Denkanstössen und Vorschlägen zur Lösung von Problemen beitragen. Zu diesem Zweck erarbeitet der Think-Tank selbst oder in Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Fachleuten aus dem In- und Ausland längere und kürzere Analysen, er organisiert aber auch Tagungen und Foren aller Art. Besonders hohe Bedeutung misst er der möglichst verständlichen und praxisnahen Aufbereitung der Studienergebnisse sowie deren Bekanntmachung bei. Avenir Suisse ist nicht neutral. Die Werthaltung ist konsequent liberal und marktwirtschaftlich. Dies verpflichtet zu klaren – auch unbequemen – Positionsbezügen.

Tabelle 11

Hartes Brot für selbständige Pflegefachpersonen

Die Restfinanzierung durch die öffentliche Hand für die ambulante Pflege verdient ihren Namen nicht in manchen Kantonen. Sie kann nämlich null Franken betragen. Dieser Nulltarif gilt vor allem für selbständige Pflegefachpersonen. Die hier nach Leistungsart dargestellten Beiträge gelten für die erste Stunde Pflege, nach Abzug der Patientenbeteiligung.

Restfinanzierung im ambulanten Bereich in Fr. (2015)

	Abklärung, Beratung, Koordination	Untersuchung, Behandlung	Grundpflege
Min.	0.00	0.00	0.00
Max.	53.50	56.75	54.75
Mittelwert	14.16	16.51	15.30

Quelle: eigene Recherchen

sehen zudem erhöhte Beiträge vor für Patienten, die mehr als 220 Minuten Pflege pro Tag (Pflegestufe 12 «plus») beanspruchen. Diese Kantone erachten die Restfinanzierung als Abgeltung für ungedeckte Kosten pro Pflegeminute: Die Abgeltung durch die öffentliche Hand soll somit proportional zum Pflegeaufwand steigen. Eine Plafonierung ist aus Sicht dieser Kantone nicht sinnvoll. Im Kanton JU trat 2016 eine ähnliche Regelung in Kraft. Analog hat der Kanton NW mit einem Heim eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen, die den Pflegebedarf über 240 Minuten pro Tag nach dem effektiven Zeitaufwand entschädigt (69 Fr. pro Stunde 2015). Im Kanton FR wurde ab 2015 die Patientenbeteiligung in Abhängigkeit des steuerbaren Vermögens des Patienten in vier Kategorien abgestuft. Daraus resultieren auch vier unterschiedliche Beiträge der öffentlichen Hand, die allfällige Ausfälle der Patientenbeteiligung berücksichtigen.

Neben diesen prinzipiellen Differenzen sind auch die unterschiedlichen Frankenbeträge pro Pflegestufe interessant, weil sie sowohl eine Analyse der Kostenstrukturen sowie der politischen Entscheide ermöglichen. In Kantonen mit niedrigeren Kosten pro Pflegeminute reichen bei tiefen Pflegestufen die Patientenbeteiligung und die Beiträge der Krankenkassen aus. Die finanzielle Unterstützung der öffentlichen Hand erübrigt sich und beträgt null. In den Kantonen AR, SO und SZ ist es zum Beispiel bis auf Pflegestufe 3, im Kanton JU sogar bis auf Pflegestufe 4 der Fall. In den Kantonen, die im stationären Bereich nicht die volle Patientenbeteiligung nach Art. 25 KVG ausschöpfen, muss sich der Staat hingegen früher an den Pflegekosten beteiligen, weil der Beitrag der Patienten geringer ausfällt. Auch steigen die Restfinanzierungsbeiträge in manchen Kantonen (zum Beispiel in den Kantonen TI und TG) nicht exakt linear mit dem Pflegeaufwand. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Restfinanzierungsbeiträge aufgrund von Normkosten pro Pflegestufe ermittelt werden, während andere Kantone die Restfinanzierung

In Kantonen mit niedrigeren Kosten pro Pflegeminute reichen bei tiefen Pflegestufen die Patientenbeteiligung und die Beiträge der Krankenkassen aus.

Tabelle 12

Maximale Restfinanzierung in Pflegeheimen zwischen 46 und 295 Franken pro Tag

Die Restfinanzierung pro Pflegestufe durch die öffentliche Hand, nach Abzug der Patientenbeteiligung im stationären Bereich, spiegelt wohl die unterschiedlichen Kostenniveaus der Alterspflege in den Kantonen. Sie spiegelt aber genauso politische Entscheide, zum Beispiel in Bezug auf die maximale Patientenbeteiligung. Wird sie gesenkt, steigt der Finanzierungsanteil des Staates.

Restfinanzierung in Alters- und Pflegeheimen nach Pflegestufe (2015) in Fr.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Kommentare
AG	0.00	0.00	1.70	12.80	23.90	35.00	46.10	57.20	68.30	79.40	90.50	294.50	Pflegestufe 12: vom effektiven Zeitaufwand abhängig, RAI (Fr.101.60–294.50)/BESA (Fr.101.60–oben nach Aufwand)
ZH	0.00	1.95	20.15	38.40	56.65	74.85	93.10	111.35	129.55	147.80	166.05	184.25	Kantonale Normdefizite; Gemeinden können in Leistungsvereinbarungen davon abweichen
TI	5.40	19.05	20.85	33.90	50.05	56.60	69.35	72.00	89.75	87.45	101.75	177.80	Durchschnittswerte, effektive Werte sind leistungserbringerspezifisch
TG	0.00	0.00	3.40	16.90	37.00	46.80	60.40	65.30	83.50	82.30	97.90	164.10	
NE	0.80	3.60	6.00	10.90	21.50	32.10	42.70	53.30	63.80	74.40	85.00	154.30	APH, die sich dem GAV Santé 21 verpflichten; Pflegestufe 12: vom effektiven Zeitaufwand abhängig (Fr.95.60–154.30)
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.40	6.20	12.10	18.00	23.90	29.80	35.60	86.20	APH, die sich dem GAV ANIPPA oder ANEDEL verpflichten; Pflegestufe 12: vom effektiven Zeitaufwand abhängig (Fr.41.50–86.20)
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.90	6.80	11.80	16.80	21.80	21.80	73.80	APH ohne GAV; Pflegestufe 12: vom effektiven Zeitaufwand abhängig (Fr.31.90–73.80)
ZG	3.30	19.75	36.25	52.70	50.15	66.65	83.10	87.60	104.05	120.55	137.00	153.45	
UR	0.00	1.00	12.45	26.90	41.15	56.45	69.85	84.65	99.50	113.80	129.10	143.10	Durchschnittswerte, effektive Werte sind leistungserbringerspezifisch
SZ	0.00	0.00	0.00	10.30	24.40	38.50	52.60	80.80	94.90	109.00	123.10	137.20	Durchschnittswerte, effektive Werte sind leistungserbringerspezifisch; ab BESA 12: zusätzlich nach Pflegeaufwand gemäss ärztlicher Verordnung
NW	0.00	0.00	10.40	24.40	38.40	52.40	66.40	80.40	94.40	108.40	122.40	136.40	Zudem gibt es eine Leistungsvereinbarung mit einem Heim für Patienten mit über 240 Minuten Pflege pro Tag (nach Zeitaufwand: Fr.69.–/Std.)
GR	0.00	0.00	7.40	20.80	34.20	47.60	61.00	74.40	87.80	101.20	114.60	128.00	
SG	0.00	0.00	7.40	20.40	33.40	46.40	59.40	72.40	85.40	98.40	111.40	124.40	
SH	0.00	0.00	6.40	19.40	32.40	45.40	58.40	71.40	84.40	97.40	110.40	123.40	Abweichende Regelungen bei einem Teil der kommunalen Heime (Defizitdeckung) und im kant. Pflegezentrum (höhere Beiträge für spezialisierte Pflege)
VS	4.50	10.00	20.00	29.00	39.50	48.00	58.50	68.50	80.00	90.50	99.50	122.50	Falls Patientenvermögen unter 100 000 Fr.
	0.00	4.60	14.60	23.60	34.10	42.60	53.10	63.10	74.60	85.10	94.10	117.10	Falls Patientenvermögen zw. 100 000 und 199 999 Fr.
	0.00	0.00	9.20	18.20	28.70	37.20	47.70	57.70	69.20	79.70	88.70	111.70	Falls Patientenvermögen zw. 200 000 und 499 999 Fr.
	0.00	0.00	0.00	7.40	17.90	26.40	36.90	46.90	58.40	68.90	77.90	100.90	Falls Patientenvermögen grösser oder gleich 500 000 Fr.
AI	0.00	0.00	5.40	18.00	30.60	43.20	55.80	68.40	81.00	93.60	106.20	118.80	
AR	0.00	0.00	0.00	6.10	20.75	34.15	47.65	61.05	73.50	86.95	100.35	112.80	
BS	0.00	0.00	3.80	15.90	27.90	39.80	51.90	63.80	75.90	87.90	99.80	111.90	
BE	0.00	0.00	3.70	15.60	27.50	39.40	51.30	63.25	75.15	87.05	98.95	110.90	
SO	0.00	0.00	0.00	14.70	27.80	39.00	50.80	61.00	73.70	82.80	95.00	108.00	
BL	0.00	0.00	2.35	13.70	25.05	36.45	47.80	59.20	70.55	81.90	93.30	104.65	
FR	7.00	16.45	23.40	30.40	37.30	44.25	51.30	60.80	67.80	74.70	81.65	98.90	Durchschnittswerte, effektive Werte sind leistungserbringerspezifisch
VD	2.05	6.30	10.50	14.75	18.95	23.20	27.40	31.65	35.85	40.10	44.30	48.55	
JU	0.00	0.00	0.00	0.00	2.25	8.55	14.90	21.20	27.50	33.80	40.10	46.40	Ab 2016 werden für die Pflegestufe 12 neue Abstufungen eingeführt von Fr. 46.40 bis 71.60 (300 min+)
GE	leistungserbringerspezifisch												
GL, LU, OW	gemeindespezifisch												
FL	0–100 min: Fr.0.00; 101–180 min: Fr.16.00; 181–240 min: Fr.33.00; 240 min+: Fr.48.00												Nach TF 96

Quelle: eigene Erhebungen bei den Kantonen 2015

aufgrund von durchschnittlichen Pflegekosten über alle Pflegestufen hinweg benutzen. ²⁹

Betrachtet man die Restfinanzierung bei hohen statt tiefen Pflegestufen, verliert der Einfluss der Patientenbeteiligung an Bedeutung. Bei der Handhabung schwerpflegebedürftiger Patienten lassen sich die Kantone in drei Gruppen einteilen. In einer ersten Gruppe fallen die Kantone JU und VD sowie das FL durch besonders tiefe Restfinanzierungsbeiträge auf. Bei der Pflegestufe 11 (dort spielen die Effekte des unterschiedlichen Umgangs mit Patienten mit mehr als 220 Pflegeminuten pro Tag keine Rolle, was den Quervergleich vereinfacht) liegen sie etwa 45 % tiefer als der Schweizer Durchschnitt. Im FL ist dieser tiefe Wert umso bemerkenswerter, als die stationären Pflegetarife, im Gegensatz zur Schweiz, auch teilweise Betreuungskosten decken sollten. Allerdings profitieren die Pflegeheime im FL von einer staatlichen Defizitgarantie. In einer zweiten Gruppe sind die Kantone ZH, ZG, UR, SZ und NW zu finden. Die Restfinanzierungsbeiträge liegen dort deutlich über den Werten anderer Kantone. Nimmt man zum Vergleich die Beiträge der Pflegestufe 11, liegen die Werte im Kanton ZH 74 % und im Kanton ZG 44 % über dem Schweizer Durchschnitt. Im Kanton ZH liegen sie auch 40 % höher als im Kanton mit dem dritthöchsten Beitrag bei dieser Pflegestufe (UR). Eine dritte Gruppe sind die übrigen Kantone, die relativ kompakt in einer Bandbreite von ca. ± 20 % Abweichung vom Schweizer Durchschnitt liegen.

Defizit an Pflegeeinnahmen von 390 Millionen Franken

Welche Bilanz kann nach der Analyse der drei Finanzierer der Alterspflege, nämlich Patienten, Krankenkassen und öffentliche Hand, gezogen werden? Setzt man die Summe aller Pflegeeinnahmen von 3,33 Mrd. Fr. im Jahre 2014 in ein Verhältnis zur Summe aller Pflegekosten von 3,83 Mrd. Fr. (BFS 2015b), ergibt sich ein Deckungsbeitrag der Pflegekosten durch die Pflegeeinnahmen von schweizweit 86 % (vgl. Tabelle 10, S. 78). Die SOMED-Statistik bildet die Pflegeeinnahmen der Kantone TI und GE jedoch unvollständig ab. ³⁰ Ohne diese zwei Kantone ergab sich 2014 im Mittelwert ein Deckungsbeitrag von 90 %. Auf die gesamten Pflegeausgaben hochgerechnet, resultierte ein Fehlbetrag von ca. 390 Mio. Fr. für das Jahr 2014. Diese fehlenden Einnahmen müssen entweder durch Subventionen der öffentlichen Hand, den Abbau von Vermögensreserven der einzelnen Pflegeheime oder eine Quersubventionierung der Pflegeleistungen durch Einnahmen für Betreuung und Hotellerie aufgefangen

Die fehlenden Einnahmen müssen entweder durch Subventionen der öffentlichen Hand, den Abbau von Reserven der Pflegeheime oder durch Einnahmen für Betreuung und Hotellerie aufgefangen werden.

²⁹ Manche Kantone wie TI, BL, GR und SO gewähren nebst Subjektfinanzierungen in Abhängigkeit der Pflegestufe des Patienten auch Objektfinanzierungen, zum Beispiel als festen Beitrag pro neugebautes Pflegebett. Allerdings schlagen sich solche Subventionen in den Pflegekosten nur marginal nieder, weil Immobilienkosten grossmehrheitlich unter Hotellerie und Betreuung verbucht werden.

³⁰ Im Kanton GE und TI werden in der SOMED-Statistik die Beiträge der öffentlichen Hand für die Pflege zusammen mit Beiträgen für Hotellerieleistungen verbucht.

werden. Eine solche Quersubventionierung wäre gesetzwidrig. Doch gemäss einer Analyse des BFS (2015j) erwirtschafteten 661 der 1060 Heime, die 2013 die Pflegekosten nicht durch Pfl egetaxen decken konnten, einen Einnahmenüberschuss bei den Betreuungs- und Hotellerieleistungen. Gemäss BFS liegt es nahe, dass die Pensionstaxen zur teilweisen Deckung der Pflegekosten herangezogen werden.

Die kantonalen Unterschiede der Deckungsbeiträge sind beträchtlich. Die grössten Fehlbeträge können bis zu 30 % der Pflegeausgaben ausmachen. Die Deckungsbeiträge betrugen 2014 71 % in den Kantonen FR und SH, 78 % im Kanton AR und 81 % im Kanton BL. In diesen Kantonen wird die gesetzlich maximale Patientenbeteiligung erhoben und die Restfinanzierungsbeiträge sind im Schweizer Vergleich überdurchschnittlich. Die Erklärung für die Fehlbeträge ist deshalb eher bei den Kostenstrukturen der Alters- und Pflegeheime zu suchen. Kantone mit Einnahmenüberschuss im Pflegebereich gibt es hingegen nur zwei, UR und VS. Allerdings betragen ihre Überschüsse lediglich 6 % (UR) bzw. 4 % (VS) der Pflegekosten.

4.2_Ergänzungsleistungen für jeden zweiten Pflegeheimpensionär

«Heimbedingte Mehrkosten» von 1,75 Milliarden Franken

Die bisherigen Analysen der Pflegeheimeinnahmen nach der SOMED-Statistik basieren auf einer «Heimperspektive». Das heisst, sie bilden die Einnahmen ab, wie die Heime sie den Patienten, Krankenkassen und der öffentlichen Hand in Rechnung stellen. Doch viele Patienten können sich die Pflegekosten im engeren Sinn und vor allem die Betreuungs- und Hotelleriekosten in einem Pflegeheim nicht leisten. In diesen Fällen sind sie auf Ergänzungsleistungen angewiesen.

Die Ergänzungsleistungen (EL) sind das Auffangnetz der Sozialversicherungen. Sie werden IV- oder AHV-Rentnern bezahlt, wenn ihre anrechenbaren Ausgaben (z.B. Miete, Krankenkassenprämien, minimaler Lebensbedarf) ihre anrechenbaren Einnahmen (z.B. Renten aus der 1., 2. und 3. Säule, Vermögensverzehr usw.) überschreiten. Lebt ein EL-Rentner in einem Heim, wird in einer Ausscheidungsrechnung ermittelt, welcher Anteil seiner EL-Ausgaben sich bei einem Aufenthalt zu Hause (Existenzsicherung) ergeben hätte und welcher Anteil heimspezifisch ist. Die Finanzierung der Existenzsicherung (die EL-Ausgaben «zu Hause») wird zu fünf Achteln vom Bund sichergestellt. Die restlichen Ausgaben, inklusiv heimbedingter EL-Mehrkosten, müssen die Kantone vollumfänglich finanzieren (BSV 2015d).

Im Dezember 2014 bezogen 52 % der Pflegeheimbewohner heimbedingte Ergänzungsleistungen, wobei auch hier die kantonalen Unterschiede beträchtlich sind (vgl. Tabelle 13). In manchen Kantonen liegt die EL-Quote bei ca. einem Drittel der Pflegeheimbewohner (AR: 33 %, VS:

Der Anteil EL-Bezüger bei den Pflegeheimbewohnern variiert zwischen 33% (AR) und 74% (JU).

Tabelle 13

Jeder zweite Patient im Pflegeheim bezieht Ergänzungsleistungen

2014 wurden 1,8 Mrd. Fr. Ergänzungsleistungen für heimbedingte Mehrkosten ausgegeben. Das entspricht knapp 30% der Heimeinnahmen, die Patienten in Rechnung gestellt werden.

	Anteil Patienten mit heimbedingter EL in %	Gesamteinnahmen Patienten (vor EL) in Mio. Fr.	Heimbedingte EL-Ausgaben (AV und HV) in Mio. Fr.	Anteil heimbedingter EL (AV und HV) an Patienteneinnahmen in %
AR	33	59,5	9,2	15
VS	35	137,6	20,1	15
SH	36	79,0	13,7	17
ZG	37	68,5	14,0	20
GL	41	31,7	5,9	19
TG	42	167,2	34,6	21
NW	42	25,1	5,3	21
TI	43	170,7	19,0	11
AG	45	384,5	84,7	22
ZH	45	1 229,7	318,8	26
AI	46	8,1	2,0	25
SZ	48	100,3	33,6	33
GR	51	154,1	48,4	31
VD	53	410,9	157,0	38
OW	54	25,3	6,9	27
SG	55	337,6	103,8	31
SO	56	162,5	60,3	37
UR	57	30,5	7,4	24
BE	59	927,1	309,9	33
BS	59	219,5	76,1	35
LU	60	296,3	83,7	28
NE	61	143,9	37,0	26
BL	63	227,7	81,7	36
FR	69	180,3	56,3	31
GE	70	322,4	143,3	44
JU	74	46,9	18,5	39
CH	52	5 946,8	1 751,0	29

Quelle: BSV 2015b, eigene Berechnungen

35 %, SH: 36 %), während sie in den Kantonen GE (70 %) und JU (74 %) doppelt so hoch liegt. Volumenmässig betrugen die heimbedingten EL-Mehrkosten 2014 für die Schweiz 1,75 Mrd. Fr. ³¹ oder 29 % aller Leistungen, die Pflegeheime den Patienten in Rechnung gestellt hatten. Den geringsten Anteil haben die heimbedingten EL im Kanton TI (11 %), den höchsten im Kanton GE (44 %). Eine Aufteilung dieser Kosten auf Pflege, Betreuung oder Hotellerie ist nicht möglich.

³¹ Heimbedingte Mehrkosten zu AV und HV, ohne IV.

De-facto-Verdoppelung des Staatsbeitrags

Die finanzielle Entlastung der Heimpatienten durch die heimbedingten Ergänzungsleistungen bedeutet zugleich eine signifikante Zusatzbelastung für die öffentliche Hand. 2014 beteiligte sich Letztere mit 1,52 Mrd. Fr. an den stationären Pflegekosten, primär mittels Restfinanzierungsbeiträgen der Pflege im engeren Sinne (Art. 7 KLV). Zählt man die 1,75 Mrd. Fr.

Tabelle 14

45 Prozent der gesamten Heimeinnahmen werden effektiv durch die Patienten erbracht

Der hohe «Out-of-pocket»-Anteil der Pflegekosten wird im internationalen Vergleich oft auf über 60% beziffert. Doch diese Zahl berücksichtigt die Finanzierung via Ergänzungsleistungen nicht. Nach Abzug der Ergänzungsleistungen sinkt er um 19 Prozentpunkte. Bemerkung: Die Kantone sind nach steigender Beteiligung der Patienten nach EL sortiert.

	Einnahmen ohne EL			Einnahmen inkl. heimbedingter EL			Differenz Patienten- anteil nach/vor EL in Prozent- punkten	Gesamte Einnahmen in Mio. Fr.	Gesamte Kosten in Mio. Fr.	Deckungs- grad der Einnahmen in %
	Anteil Patienten in %	Anteil Kranken- kassen in %	Anteil öffentliche Hand in %	Anteil Patienten nach EL in %	Anteil Kranken- kassen in %	Anteil öffentliche Hand inkl. EL in %				
GE	59	19	22	33	19	49	-26	549,9	544,3	101
JU	60	26	13	37	26	37	-24	77,6	74,3	104
VD	60	26	15	37	26	37	-23	688,7	675,4	102
TI	42	27	30	38	27	35	-5	404,1	393,1	103
SO	64	18	18	40	18	42	-24	253,9	261,0	97
FR	60	20	21	41	20	39	-19	302,8	304,3	99
NE	56	25	19	42	25	34	-14	255,5	258,9	99
VS	50	25	25	43	25	33	-7	275,4	273,2	101
BE	67	21	13	44	21	35	-22	1 391,4	1 377,8	101
SZ	67	18	15	45	18	37	-22	149,9	161,5	93
LU	62	19	18	45	19	36	-18	474,8	470,2	101
BS	70	16	14	46	16	38	-24	311,6	317,0	98
GR	67	20	13	46	20	34	-21	228,8	237,4	96
UR	62	20	18	47	20	33	-15	48,9	49,6	99
OW	65	17	18	47	17	36	-18	38,9	39,6	98
BL	74	16	10	48	16	37	-27	306,7	334,5	92
SG	69	19	12	48	19	34	-21	489,4	500,0	98
ZH	67	16	17	49	16	35	-17	1 844,6	1 910,1	97
ZG	62	19	19	50	19	31	-13	109,9	121,0	91
AI	67	20	13	50	20	30	-17	12,1	12,1	100
NW	64	19	17	51	19	31	-14	38,9	39,2	99
SH	65	18	17	54	18	28	-11	121,3	129,1	94
TG	68	19	12	54	19	26	-14	244,1	248,7	98
AG	70	20	10	55	20	25	-15	549,8	564,9	97
GL	69	20	11	56	20	24	-13	45,7	48,5	94
AR	71	20	10	60	20	21	-11	84,4	89,1	95
CH	64	20	16	45	20	35	-19	9 299,0	9 434,7	99

Quelle: BFS 2105b, eigene Berechnungen

heimbedingter Ergänzungsleistungen hinzu, verdoppelt sich der Beitrag, den Kanton und Gemeinde für die stationäre Pflege geleistet haben. Im Jahr 2014 trug der Staat insgesamt 3,27 Mrd. Fr. oder 35 % zu den Einnahmen der stationären Alterspflege bei (vgl. Tabelle 14).

Entsprechend reduziert sich der Anteil der Einnahmen, der durch die Patienten effektiv geleistet wird. 2014 betrug im Schweizer Durchschnitt der Anteil dieser «Out-of-pocket»-Ausgaben der Langzeitpflege 45 %. Er bleibt im internationalen Vergleich hoch. Gemäss einer OECD-Studie lag dieser Anteil 2007 lediglich in Portugal (45 %) und in Deutschland (30 %) auch oberhalb von 30 % (Colombo et al. 2011). Er liegt aber deutlich unter den 60 %, also dem Wert ohne Berücksichtigung der Ergänzungsleistungen, der oft zitiert wird (zum Beispiel Colombo et al. 2011, Gasser et al. 2015).

Im interkantonalen Vergleich lag der «Out-of-pocket»-Einnahmenanteil nach Ergänzungsleistungen 2014 in den Kantonen GE, JU, VD und TI unter 40 % bzw. über 55 % in den Kantonen AG, GL und AR (vgl. Tabelle 14). Der Einfluss der Ergänzungsleistungen ist auch je nach Kanton sehr unterschiedlich. Er kann den Anteil der öffentlichen Hand um nur 5 Prozentpunkte erhöhen (im Kanton TI), aber auch um bis ca. 25 Prozentpunkte steigen lassen, zum Beispiel in den Kantonen BL, GE, BS, JU sowie SO. Diese Beispiele zeigen deutlich, dass die Finanzierung der Alterspflege nur unter Berücksichtigung der Ergänzungsleistungen analysiert werden sollte.

Sehr unterschiedlicher Zugang zu den Ergänzungsleistungen

Wie kann die sehr unterschiedliche Bezugsquote der Ergänzungsleistungen in den Kantonen erklärt werden? Wie gross ist der Handlungsspielraum der Kantone, um diese Quoten zu beeinflussen? Die Anzahl Personen, die von Ergänzungsleistungen profitieren, hängt gewiss von der Einkommens- und Vermögensverteilung der Bevölkerung in einem Kanton ab. Aber nicht nur. Das Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen (ELG) macht Mindestvorgaben, ab wann ein Bürger Anrecht auf Ergänzungsleistungen hat. Die Kantone dürfen jedoch, und manche tun es auch, den Zugang zu Ergänzungsleistungen erleichtern.

Die Berücksichtigung eines fiktiven Vermögensverzehrs für die Bestimmung der anrechenbaren Einnahmen ist eine erste Stellschraube für die Kantone. Dafür werden nur Kapitalien oberhalb eines sogenannten Vermögensfreibetrags angerechnet. Der Mindestfreibetrag beträgt gemäss Bundesgesetz 37 500 Fr. für alleinstehende Personen oder 60 000 Fr. für Ehepaare (Art. 11 ELG). Zum Vergleich liegen die Freibeträge in der Sozialhilfe deutlich tiefer und betragen 4000 Fr. für Einzelpersonen und 8000 Fr. für Ehepaare (SKOS 2015). Bei den Ergänzungsleistungen werden Wohneigentümer zudem besser gestellt als Mieter. Ist das Wohneigentum von mindestens einer Person bewohnt, erhöht sich der Freibetrag auf 112 500 Franken. Wenn ein Ehepaar eine Liegenschaft besitzt, die von einem Ehegatten bewohnt wird, während der andere im Heim oder Spital lebt, steigt der Freibetrag auf 300 000 Fr.

Die Berücksichtigung eines fiktiven Vermögensverzehrs ist eine erste Stellschraube für die Kantone, den Zugang zu den Ergänzungsleistungen zu steuern.

Gemäss ELG darf der massgebende jährliche Vermögensverzehr für eine Person mit AHV-Rente im Heim höchstens 20 % betragen (Art. 11 ELG). Während die Mehrheit der Kantone diesen Spielraum voll ausnützt, wendet jeder fünfte Kanton einen tieferen Vermögensverzehr von 10 % pro Jahr (AG, BL, GL, OW und TI) an. Zudem wenden drei Kantone zwar einen Satz von 20 % für Einzelpersonen an, benutzen jedoch einen reduzierten Satz von 10 % für Ehepaare (BS, FR und JU). Im Kanton GR wird der 20 %-Satz im ersten EL-Jahr angewendet und dann auf 10 % reduziert. Auch im Fürstentum Liechtenstein wird ein Vermögensverzehr von 10 % angerechnet. Allerdings sind dort die Vermögensfreibeträge anders definiert (AHV/IV/FAK Liechtenstein 2014a). Sie sind für Einzelpersonen höher (30 000 Fr.), für Ehepaare hingegen tiefer (45 000 Fr.). Sonderbehandlungen für Wohneigentümer sind im Gegensatz zur Schweiz keine vorgesehen.

Die Festlegung des «richtigen» Vermögensverzehr bewegt sich in einem Spannungsfeld. Einerseits bietet ein tieferer Vermögensverzehr einen besseren Schutz des angesparten Kapitals und fördert damit die private Altersvorsorge. Sparen wird eher belohnt, was auch der Finanzierung der Alterspflege dienen kann. Andererseits erleichtern tiefere Vermögensverzehrswerte den Zugang zu den Ergänzungsleistungen, weil weniger Einkommen aus dem Vermögen berücksichtigt wird. Ist der Zugang zu den Ergänzungsleistungen erleichtert, folgt schneller eine Sozialisierung der Pflegekosten. Das angesparte, geschützte Vorsorgegeld wird nicht mehr für die Pflege benutzt. Ist der Schwellenwert für die Ergänzungsleistungen einmal erreicht, verschwindet jeder Anreiz für einen sparsamen Umgang mit Pflegeressourcen. In Anbetracht der hohen Freibeträge der Ergänzungsleistungen – im Vergleich zu den Freibeträgen der Sozialhilfe oder zu den sehr hohen Freibeträgen für Wohneigentümer – scheint ein Vermögensverzehr von 20 % deshalb angebrachter.

Eine zweite Stellschraube, mit der der Zugang zu den Ergänzungsleistungen gelenkt werden kann, ist die Höhe der sogenannten persönlichen Auslagen. Mit diesem Begriff werden Ausgaben wie Taschengeld, Kleider, Toilettenartikel, Zeitungen, Steuern usw. zusammengefasst (BSV 2012). Die Höhe dieses Betrags steht explizit in der Kompetenz der Kantone (Art. 10 Abs. 2 ELG). Damit können die Lebenshaltungskosten in den Kantonen berücksichtigt werden. Doch diese allein können die Unterschiede zwischen den Kantonen nicht erklären (vgl. Abbildung 14). Kantone mit hohen Lebenshaltungskosten wie GE und VD haben unterdurchschnittliche persönliche Auslagen. Umgekehrt ist der Kanton GL mit tiefen Lebenshaltungskosten eher grosszügig. Die anerkannten persönlichen Ausgaben variieren zwischen 190 Fr. (TI) und 536 Fr. (ZH, SG³² und ZG) pro Monat (BSV 2015c). Auf das Jahr hochgerechnet werden also, je nach

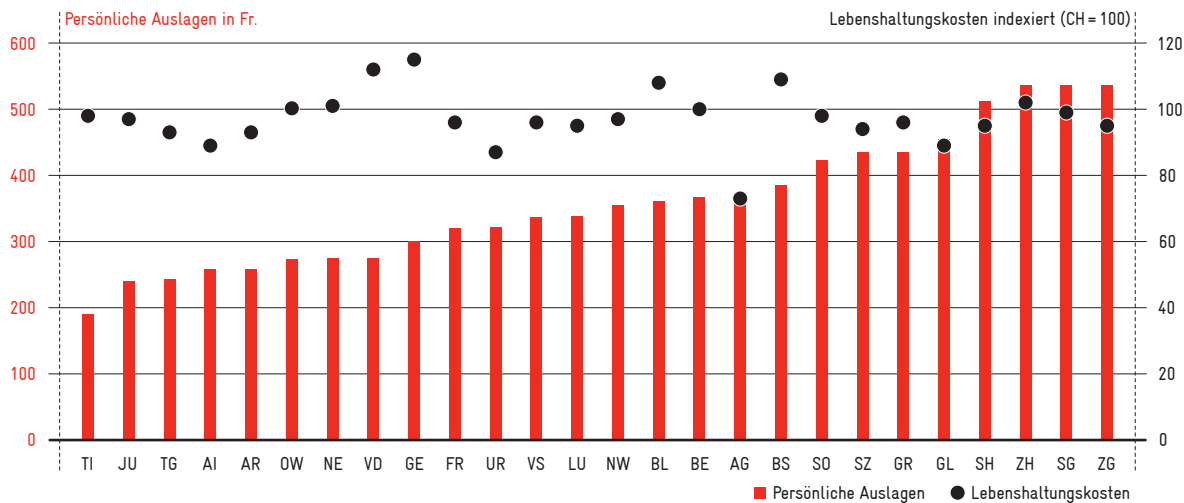
Der Zugang zu den Ergänzungsleistungen kann mit der Höhe der sogenannten persönlichen Auslagen gelenkt werden.

³² Für Pflegestufe 1 bis 4.

Abbildung 14

Die Höhe der persönlichen Auslagen spiegelt die Lebenshaltungskosten nicht

Bei der Bestimmung der anrechenbaren Kosten für die Gewährung von Ergänzungsleistungen werden kantonsspezifische persönliche Auslagen für Taschengeld, Kleider, Toilettenartikel usw. berücksichtigt. Die kantonalen Ansätze sind jedoch kaum durch das Niveau der Lebenshaltungskosten erklärbar, sondern primär politisch bestimmt.



Quelle: BFS 2015i, BSV 2015a, BSV 2015c, Comparis 2015b, SKOS 2014, eigene Berechnungen

Kanton, Ausgaben von 2280 Fr. bis 6432 Fr. anerkannt, was einer Differenz von über 4000 Fr. entspricht.

Begrenzte Taxen für EL-Bezüger in Heimen

Das Volumen der Ergänzungsleistungen hängt nicht nur von der Anzahl Bezüger – also von den oben beschriebenen Zugangsregeln – ab, sondern ist auch eine Funktion der Höhe der Ergänzungsleistungen pro Fall. Grundsätzlich sieht das ELG keine Obergrenzen der EL-Beträge vor. Die Kantone können jedoch für Personen in Heimen maximale Tagestaxen festlegen, die durch die EL finanziert werden (Art. 10 Abs. 2 ELG).

Zweiundzwanzig Kantone und das Fürstentum Liechtenstein haben allgemeingültige maximale Heimtaxen für EL-Bezüger definiert (vgl. Tabelle 15). ³³ In diesen Kantonen können EL-Bezüger ihr Pflegeheim frei wählen, solange die Betreuungs- und Hotellerietaxen unter dem Maximalwert liegen oder die Differenz anderweitig beglichen wird, zum Beispiel durch finanzielle Unterstützung von Angehörigen. Die Kantone GE, NE und VD definieren heimspezifische EL-Taxen.

Zehn Kantone (AI, AR, BE, BL, BS, GR, SH, SO, TG und ZG) differenzieren die maximalen Heimtaxen für EL-Bezüger nach der Pflegestufe des Patienten. Diese Abstufung berücksichtigt einerseits den mit steigender Pflegestufe zunehmenden Betreuungsbedarf. Andererseits soll die

³³ Ab 2016 gelten auch im Kanton BL heimspezifische Maximaltaxen für EL-Bezüger.

Tabelle 15

EL-Bezüger in Pflegeheimen leben am besten im Kanton AR

Die Kantone dürfen maximale Heintaxen für Betreuung und Hotellerie für ihre EL-Bezüger festlegen. Die kantonalen Werte (auf den Franken gerundet) variieren jedoch beträchtlich zwischen 84 und 330 Fr.

EL-Tarife 2015: Begrenzung der anrechenbaren Heimkosten in Fr.
(inkl. maximaler Patientenbeteiligung)

Pflegestufe

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Max. Betrag in Fr.	Kommentar
BL ¹	220	235	250	265	275	285	295	305	315	320	325	330	330	
AR	150		190		240					280			280	Ab 2016 für alle Pflegestufen 207 Fr.
OW						264							264	
ZH						255							255	
TG	170		175		185					210			210	
BS	182	194					202						202	Gemäss Pflegeheim-Rahmenvertrag
SG						202							202	
ZG		184			187			192			196		196	
NW						196							196	
SO	176	188					195						195	
AI	127	133	138	148	154	159	164	170	175	180	185	191	191	
BE	163	175					183						183	
AG						182							182	Im Einzelfall, auf Gesuch bis zu 222 Fr.
SZ						181							181	
GR	160	174					180						180	
SH		157						177					177	
LU						162							162	
UR						162							162	
FR						160							160	
JU						150							150	
NE						144							144	Sind die anerkannten Preise für Pension von Heimen mit Leistungsvereinbarungen höher, zahlt die Gesundheitsdirektion den Preisunterschied.
GL						144							144	
VS						125							125	Für Patienten mit weniger als 100 000 Fr. Vermögen entfällt die Patientenbeteiligung. Diese wird durch den Kanton mittels Restfinanzierung abgegolten.
FL						111							111	Exkl. Betreuung
TI						84							84	
BL	keine Begrenzung für Heime auf Pflegeheimliste des Kantons oder mit Leistungsauftrag												n.a.	
GE						je nach Heim							n.a.	
VD						je nach Heim							n.a.	

n.a. = nicht anwendbar

¹ BL (ausserhalb des Kantons)

Quelle: BSV 2015c, eigene Erhebungen bei den Kantonen 2015

Abstufung das Verbleiben von leichtpflegebedürftigen EL-Bezügern in ihren eigenen vier Wänden fördern.

Die Bandbreite für die Heimtaxen bei der höchsten Pflegestufe ist sehr breit und variiert fast um den Faktor vier zwischen dem Minimal- (TI: 84 Fr.) und dem Maximalwert (BL: 330 Fr. für Aufenthalte ausserhalb des Kantons). Der besonders tiefe Wert im Kanton TI hängt unter anderem mit der dort unterschiedlich gestalteten Heimfinanzierung zusammen. Im Kanton TI werden die Immobilienkosten (zum Beispiel Abschreibungen, Finanzierungskosten) mittels einer Objektfinanzierung, konkret einer heimspezifischen Finanzierung, sichergestellt, während in anderen Kantonen diese Kosten mittels einer Subjektfinanzierung, also über die patientenbezogenen Heimtaxen, vergütet werden. Im Fürstentum Liechtenstein sind die Betreuungskosten bei den Heimtaxen nicht eingeschlossen, weil sie durch die Beiträge der Krankenkassen beglichen werden. Selbst unter Ausklammerung dieser beiden Fälle bleibt die Streuung zwischen den Kantonen gross. Vier Kantone (GL, JU, NE und VS) zahlen maximal 150 Fr. pro Tag, während vier Kantone (AR, BL, OW und ZH) über 250 Fr. pro Tag ausgeben.

Die Bandbreite für die Heimtaxen bei der höchsten Pflegestufe ist sehr breit und variiert fast um den Faktor vier zwischen dem Minimal- (84 Fr.) und dem Maximalwert (330 Fr.).

Chancen im betreuten Wohnen

Der Heimeintritt ist für viele zu kostspielig und kann nur durch Ergänzungsleistungen abgedeckt werden. Umkehrt kann der Heimeintritt für Personen mit tiefen Einkommensverhältnissen, zumindest aus finanzieller Hinsicht, vorteilhaft sein, weil nebst Pflege auch die Betreuung und die Hotelleriekosten (Kost und Logis) übernommen werden. Gerade in Umbruchsituationen, zum Beispiel wenn die günstige Wohnung gekündigt wird, ist zudem aus Sicht des Einzelnen der Heimeintritt die einzig rationale Lösung.

Viele dieser leichtpflegebedürftigen Patienten könnten allerdings in einer betreuten Wohnung begleitet und gepflegt werden. Doch das Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen sieht nur zwei Tarife für das Wohnen vor: Wohnen zu Hause mit einem monatlichen Beitrag von 1100 Fr. (BSV 2015d) oder Wohnen in Heimen mit kantonalen Obertaxen (vgl. Tabelle 15). Diese Taxen dürfen jedoch nur in Pflegeheimen verrechnet werden, und die Beiträge für das Wohnen zu Hause reichen nicht aus, um in einer betreuten Wohnung zu leben.

Manche Kantone haben deshalb finanzielle Lösungen geprüft, um eine Alternative zum Heimeintritt für EL-Bezüger anzubieten. Der Kanton GE bietet 1911 betreute Wohneinheiten an (IEPA: immeubles avec encadrement pour personnes âgées), die vor allem Bürgern mit tiefen Einkommensverhältnissen vorbehalten sind (DGS 2011). Der Kanton GR hat im Dezember 2015 das kantonale Krankenpflegegesetz angepasst, um erhöhte EL-Beiträge für betreutes Wohnen zu ermöglichen. Der Kanton JU plant ebenfalls eine Anpassung des kantonalen EL-Gesetzes in diese Richtung (Gouvernement JU 2015). Die Erhöhung der EL-Beiträge gegenüber

dem Verbleib zu Hause im Kanton JU um etwa 27 Fr. pro Tag soll eine monatliche Miete in einer betreuten Wohneinheit von ca. 2000 Fr. ermöglichen. Der Kanton BE kannte bis Ende 2012 eine solche Regelung (Art. 34 EV ELG/BE). In diesem Kanton lagen 2012 die EL-Maxima bei 115 Fr. für betreutes Wohnen und 161 Fr. für Wohnen im Pflegeheim. Im Rahmen der Angebots- und Strukturanpassung des Kantons BE wurden die EL-Beiträge für betreutes Wohnen jedoch wieder abgeschafft.

Die widersprüchlichen Trends zeigen die Komplexität der Thematik. Während im Grundsatz die Förderung intermediärer Strukturen, auch für EL-Bezüger, sinnvoll ist, sind die finanziellen Konsequenzen je nach Kanton unterschiedlich. Dabei sind drei Hauptparameter zu berücksichtigen.

Erstens hängt das Einsparungspotenzial von der Anzahl leichtpflegebedürftiger Patienten in Pflegeheimen ab, die in einer betreuten Wohnung gepflegt werden könnten und zudem Ergänzungsleistungen beziehen. Die SOMED-Statistik der Alters- und Pflegeheime gibt zwar Auskunft über die Anzahl Patienten mit tiefen Pflegestufen, enthält jedoch keine Angabe zu allfälligen Ergänzungsleistungen. Die EL-Statistik hingegen liefert keine Information zur Pflegebedürftigkeit der Bezüger. Als erste Annäherung dürfte das Potenzial in Kantonen mit sehr vielen leichtpflegebedürftigen Heimpensionären (vgl. Tabelle 2, S. 26) und/oder in Kantonen mit einem starken Anteil von Patienten mit Ergänzungsleistungen (vgl. Tabelle 13, S. 89) eher hoch sein.

Zweitens hängt das Einsparungspotenzial vom Preisunterschied zwischen Heimaufenthalt und betreutem Wohnen ab, Letzteres inklusive Spitex-Kosten. Je höher die Heimkosten bzw. je billiger das betreute Wohnen, desto grösser die Einsparungen. Der Kanton GE, der im Schweizer Vergleich sehr hohe Heimkosten pro Tag ausweist, rechnet mit Kostenunterschieden zwischen beiden Wohnformen von bis zu 288 Fr. pro Tag (DGS 2011).³⁴

Drittens müssen diesen Einsparungen mögliche zusätzliche Kosten gegenübergestellt werden. Die Schaffung neuer EL-Tarife für betreutes Wohnen führt nicht nur zu einer Substitution im Heimbereich, sondern kann auch eine zusätzliche Nachfrage nach betreutem Wohnen generieren. EL-Bezüger, die bisher mit Hilfe von Spitex zu Hause oder bei Verwandten geblieben waren, könnten neu in eine betreute Siedlung einziehen. Tiefe EL-Tarife für betreutes Wohnen könnten die zusätzliche Nachfrage etwas dämpfen. Liegen die Tarife allerdings zu tief, wird es kaum möglich sein, betreutes Wohnen für EL-Bezüger anzubieten, was den Anreiz für einen Heimeintritt wiederum erhöhen würde. Nach Pflegestufe differenzierte EL-Obertaxen für Pflegeheime (vgl. Tabelle 15, S. 94) würden diesem Anreiz

EL-Beiträge für das betreute Wohnen können Einsparungen, aber auch zusätzliche Kosten verursachen.

³⁴ Strenggenommen müsste noch eine allfällige Differenz der Lebenserwartung bzw. der Heimaufenthaltsdauer zwischen EL-Bezügern und Nicht-EL-Bezügern berücksichtigt werden.

hingegen entgegenwirken. Als weitere Alternative schlägt der Verband Senesuisse (2016) eine Prüfung der Pflegebedürftigkeit von EL-Bezügern durch den Hausarzt oder eine kantonale Stelle vor. Diese Prüfung soll attestieren, dass der Umzug in eine betreute Wohnung eine Verzögerung oder gar eine Verhinderung des Heimeintritts ermöglicht.

4.3_Wer zahlt, befiehlt – wer befiehlt, zahlt

Optimierte Subsysteme, aber kein Gesamtoptimum

Im Kapitel 2 wurde die Bedeutung einer integrierten Betrachtung der Alterspflege unterstrichen. «Ambulant *mit* stationär» soll die neue Maxime lauten. Um diese auch institutionell zu leben, ist es wichtig, dass die Vergabe und die Finanzierung von Leistungsaufträgen für ambulante, intermediäre und stationäre Dienstleistungen aus einer Hand koordiniert werden. Dabei spielt es weniger eine Rolle, welche institutionelle Instanz – Kanton oder Gemeinde – diese Verantwortung trägt.

Manche Kantone (AI, AR, OW, NW, GL, UR usw.) haben eine geringere Gesamtbevölkerung als grosse Gemeinden wie Zürich, Genf oder Basel. In diesen kleinen Kantonen könnte die Bürgernähe trotz allfälliger Kompetenzen beim Kanton höher sein als in diesen Grossstädten, die ebenfalls für die Alterspflege zuständig wären. Umgekehrt haben viele Gemeinden mit wenigen hundert Einwohnern nicht das nötige Einzugsgebiet, um eine Spitex-Organisation oder ein Pflegeheim eigenständig wirtschaftlich zu betreiben – Bürgernähe hin oder her. Eine Pauschalempfehlung, welche institutionelle Anbindung für die Organisation und die Finanzierung der Alterspflege optimal ist, würde diesen lokalen Gegebenheiten zu wenig Rechnung tragen.

Wichtig ist hingegen die Vermeidung von Interessenkonflikten, wenn zum Beispiel der Kanton für die ambulante, aber die Gemeinde für die stationäre Pflege zuständig ist. Auf der Suche nach der Optimierung der eigenen Organisationen (zum Beispiel der möglichst hohen Auslastung des Personals und der Infrastrukturen) könnten sich Kantone und Gemeinden beim fließenden Übergang von der ambulanten zur stationären Pflege gegenseitig hemmen und damit sowohl für den Patienten wie für die Gesellschaft suboptimale Lösungen suchen. Auch steigt der Koordinationsaufwand, wenn unterschiedliche Entscheidungsinstanzen Anpassungen des Leistungsangebots beschliessen müssen.

Um diese potenziellen Konflikte zu illustrieren, wurden in Tabelle 16 die Zuständigkeiten für die Planung, die Erteilung der Betriebsbewilligung, die Festlegung der Tarife und die Finanzierung von Alterspflegeleistungen pro Kanton dargestellt. Dabei zeichnen sich vier Typologien ab. In einer ersten Gruppe, bestehend primär aus Kantonen der lateinischen Schweiz, aber auch aus kleinen Kantonen der Zentral- und Ostschweiz (AI, NW), sind diese Zuständigkeiten weitgehend beim Kanton angesiedelt.

Es ist wichtig, dass die Vergabe und die Finanzierung von Leistungsaufträgen aus einer Hand koordiniert werden. Dabei spielt es weniger eine Rolle, welche institutionelle Instanz – Kanton oder Gemeinde – diese Verantwortung trägt.

Tabelle 16

Zahlt wirklich, wer befiehlt?

Ob Gemeinde oder Kanton für die Pflegeversorgung verantwortlich ist, spielt grundsätzlich keine Rolle. Wichtig ist jedoch, dass die Körperschaft, die Leistungen bestellt, auch für diese finanziell geradesteht. Dies ist für die Kantone der zwei unteren Gruppen der Tabelle nur teilweise gegeben.

	Ambulante Leistungen			Stationäre Leistungen				EL
	Wer schliesst Leistungsaufträge mit Versorgungspflicht ab?	Wer legt die Pflegetarife fest?	Wer finanziert die Pflege-restkosten?	Wer legt die Bettenplanung fest?	Wer erteilt die Betriebsbewilligungen für Alters- und Pflegeheime?	Wer legt die Pflegetarife fest?	Wer finanziert die Pflege-restkosten?	Wer trägt die EL-Kosten?
AI	○	○	○	○	○	○	○	○
GE	○	○	○	○	○	○	○	○
NE	○	○	○	○	○	○	○	○
NW	○	○	○	○	○	○	○	○
BE	○	○	○	○	○	○	○	⊙
JU	○	○	○	○	○	○	○	⊙
FR	○	○	⊙	○	○	○	⊙	○
VD	○	○	⊙	○	○	○	⊙	⊙
TI	○	○	⊙	○	○	○	⊙	⊙
VS	○	○	⊙	○	○	○	⊙	⊙
GL	●	●	●	○	○	●	●	○
LU	●	●	●	●	●	○	●	⊙
OW	●	●	●	n.a.	○	●	●	○
ZG	●	●	●	○	○	●	●	○
ZH	●	●	●	⊙	○	●	●	⊙
UR	○	○	○	○	○	●	⊙	○
TG	●	●	●	○	○	○	⊙	○
SH	●	●	⊙	○	○	○	⊙	○
BS	●	○	●	○	○	○	●	○
AR	●	○	●	○	○	○	●	⊙
BL	●	○	●	●	n.a.	○	●	⊙ ²
SZ	●	○	●	○	○	○	● ¹	⊙
GR	●	○	⊙	○	○	○	⊙	○
SO	●	○	⊙	○	○	○	⊙	⊙
SG	●	○	●	⊙	○	○	●	○
AG	●	○	●	○	○	○	●	○
FL	A	○	⊙	A	○	○	⊙	⊙

¹ SZ: Kosten werden unter den Gemeinden aufgrund der Einwohnerzahl verteilt

² BL: Ab 2016 werden die heimbefindenden Mehrkosten der EL vollständig durch die Gemeinden getragen

○ Kanton

A Andere Entität

● Gemeinden

n.a. nicht anwendbar

⊙ Kanton und Gemeinden

Quelle: eigene Erhebungen bei den Kantonen 2015, eigene Darstellung

Analog sind die Gemeinden in fünf Kantonen (GL, LU, OW, ZG, ZH) für die ambulante und die stationäre Pflege zuständig. In diesen Kantonen bleibt allerdings die Erteilung von Betriebsbewilligungen für Spitex-Organisationen und Pflegeheime – wie übrigens im Falle aller anderen medizinischen Betriebe – sowie die Bettenplanung Sache des Kantons. Bis auf diese zwei Ausnahmen werden auch in dieser Gruppe alle Entscheide für die Alterspflege auf der gleichen institutionellen Stufe gefällt.

In einer dritten Gruppen sind die Gemeinden für die ambulanten und die Kantone für die stationären Dienstleistungen zuständig (SH, TG) oder umgekehrt (UR). Hier könnten möglicherweise Subsysteme auf Kosten des Gesamtsystems optimiert werden. Allerdings sind die Gemeinden der Kantone SH und TG an der Finanzierung der Pflegeheime beteiligt. Im Kanton SH ist der Kanton ebenfalls in die Finanzierung von Spitex-Angeboten involviert. Dadurch erhalten beide Instanzen Einsichts- und Mitspracherechte, die eine umfassendere Koordinierung der Alterspflege erleichtern.

Die vierte und letzte Gruppe besteht aus Kantonen, in denen die Gemeinden die Finanzierung der ambulanten und der stationären Alterspflege sicherstellen müssen, die Tarife hingegen in der Kompetenz der Kantone liegen. Diese Teilung der Kompetenzen sorgt häufig für Unmut. Die Gemeinden sehen ihre Verhandlungskompetenz mit den Leistungserbringern eingeschränkt. Zu einem fixen Preis können die Leistungen kaum nach oben ausgeweitet oder individualisiert werden. Auch lohnt sich der Leistungsverzicht nicht, weil sonst die Einsparungen bei gegebenen Preisen lediglich zugunsten der Leistungserbringer fliessen.

Mangelnde fiskalische Äquivalenz

Die fiskalische Äquivalenz – im Volksmund: «Wer zahlt, befiehlt» – ist ein Prinzip der Finanzwissenschaft. Nach Wettstein (2001) ist sie gegeben, wenn sich im Rahmen einer staatlichen Aufgabe der Kreis der Nutzniesser mit demjenigen der Kosten- und Entscheidungsträger deckt. Bei fiskalischer Äquivalenz sind die Anreize der Auftraggeber und Geldgeber gleich gerichtet. Es werden nur Leistungen bestellt, die auch einen dem Preis entsprechenden Nutzen stiften.

In einer Tischgesellschaft von zwanzig Personen, die im Voraus vereinbart haben, sich die Spesenkosten pro Kopf zu teilen, ist die Versuchung gross, nach dem Dessert einen Kaffee zu bestellen. Jeder weiss, dass er für diese Zusatzleistung, den einen Kaffee, nur einen Zwanzigstel des Kaffeepreises berappen muss. Umgekehrt wird der Verzicht auf einen Kaffee nur mit einer Einsparung von einem Zwanzigstel belohnt. In dieser Situation denken alle Gäste, dass sie besser fahren, wenn sie einen Kaffee bestellen. Die fehlende fiskalische Äquivalenz in diesem Beispiel führt dazu, dass die Gesamtrechnung für alle Gäste steigt. Obwohl nicht alle einen Kaffee zum «normalen» Preis bestellt hätten.

Die fiskalische Äquivalenz – «Wer zahlt, befiehlt» – ist gegeben, wenn sich im Rahmen einer staatlichen Aufgabe der Kreis der Nutzniesser mit demjenigen der Kosten- und Entscheidungsträger deckt.

In der Alterspflege ist es infolgedessen wichtig, dass der Auftraggeber (der Kanton oder die Gemeinde) auch die Kosten für die bestellten Pflegeleistungen trägt. Teilt eine Gemeinde die Kosten eines Pflegeheimausbaus mit dem Kanton (zum Beispiel unter einer 50:50-Regel), läuft man Gefahr, dass der Ausbau überdimensioniert wird. Aus Sicht der Gemeinde können beispielsweise 16 statt 8 zusätzliche Betten für den gleichen Preis gebaut werden. Aus Sicht des Kantons lohnt sich ein Streit über Lohnverhandlungen mit dem Heimpersonal wenig, weil er nur die Hälfte der möglichen Kostenersparnisse für andere kantonale Projekte verwenden kann. Am Schluss steigen jedoch für alle Bürger des Kantons die Pflegekosten, die sie via kommunale und kantonale Steuern oder via Krankenkassenprämien zahlen.

In der Alterspflege ist es wichtig, dass der Auftraggeber (der Kanton oder die Gemeinde) auch die Kosten für die bestellten Pflegeleistungen trägt.

Eine Aufteilung der Pflegekostenfinanzierung zwischen Gemeinden und Kantonen – und damit eine Abschwächung der fiskalischen Äquivalenz – trifft in sieben Kantonen im ambulanten und in neun Kantonen im stationären Bereich zu. Im stationären Bereich beteiligt sich der Kanton an den Kosten der Restfinanzierung mehrheitlich in den Kantonen VS (70 %) und VD (67 %), hälftig in den Kantonen SH, SO und TG sowie im FL und minderheitlich in den Kantonen FR (45 %), GR (25 %) und TI (20 %). In fünf Kantonen wird die Last der Restfinanzierung solidarisch von den Gemeinden getragen. In den Kantonen FR, SZ und TG wie im FL basiert der Verteilungsschlüssel auf der Einwohnerzahl. Im Kanton VS werden 11 Prozentpunkte der Gesamtkosten proportional zum Pflegeaufwand der Einwohner der jeweiligen Gemeinde und 19 Prozentpunkte in Abhängigkeit der Einwohnerzahl unter den Gemeinden verteilt.

Ungewollte Verzerrungen durch Ergänzungsleistungen

In Anbetracht der sehr hohen Bedeutung der Ergänzungsleistungen in der Alterspflege – jeder Franken Restfinanzierung der öffentlichen Hand wird durch einen Franken für heimbedingte Mehrkosten der EL nachgedoppelt – ist die fiskalische Äquivalenz auch unter Berücksichtigung der Ergänzungsleistungen zu sichern. Doch diese Forderung ist in lediglich fünf Kantonen erfüllt (AI, GE, NE, NW und ab 2016 auch BL). In den meisten anderen Kantonen wird die fiskalische Äquivalenz durch die finanzielle Unterstützung der Kantone an die Ergänzungsleistungskosten untergraben.

In sieben Kantonen sind die Gemeinden alleine für die Restfinanzierung von stationären Pflegekosten zuständig, der Kanton übernimmt jedoch die vollen Kosten der Ergänzungsleistungen (GL, OW, ZG, UR, BS, SG, AG). Ähnlich sieht es, wenn auch in geringerem Ausmass, in den Kantonen AR, LU, SZ und ZH aus, wo der Kanton die Gemeinden bei einem Teil der Ergänzungsleistungen unterstützt. In den Kantonen FR, GR, SH und TG sind zwar Kanton und Gemeinden gemeinsam für die Restfinanzierung der Pflegekosten verantwortlich, die Ergänzungs-

leistungen trägt allerdings der Kanton alleine. Umgekehrt ist in den Kantonen BE und JU allein der Kanton für die Restfinanzierung der Alterspflege in der Pflicht, er überwälzt jedoch einen Teil der EL-Kosten auf die Gemeinden.

4.4 _Stellschrauben zur Steuerung der Nachfrage

Nach dem Grundsatz «Ambulant vor stationär» haben zahlreiche Kantone finanzielle Anreize geschaffen, damit ihre Bürger ambulante Dienstleistungen bevorzugen. Dabei stehen grundsätzlich zwei Instrumente zur Verfügung: einerseits eine unterschiedliche Patientenbeteiligung an der ambulanten und stationären Pflege und andererseits eine gezielte Subventionierung von Betreuungs- und Hotellerieleistungen für ambulante (Spitex) oder semistationäre (z.B. Tagesstrukturen) Dienstleister.

Förderung ambulanter Pflegeleistungen über Patientenbeteiligung

Das Krankenversicherungsgesetz sieht eine Plafonierung der Finanzierung von Pflegeleistungen durch die Patienten von maximal Fr. 15.95 pro Tag im ambulanten und von Fr. 21.60 pro Tag im stationären Bereich vor (Art. 25a KVG, Art. 7 KLV). Unter Anwendung der Maximalbeträge ist somit im Bundesgesetz eine Steuerung in Richtung ambulanter Dienstleistungen verankert. Es unterliegt jedoch der Kompetenz der Kantone, diese maximalen Beträge zu reduzieren (und durch Steuermittel zu kompensieren). Es wäre also grundsätzlich möglich, die Patientenbeteiligung im stationären Bereich dem Niveau der Patientenbeteiligung im ambulanten Bereich anzugleichen. Damit entstünden Finanzierungsregeln, die weder Spitex-Organisationen noch Pflegeheime bevorzugen, ganz nach dem Motto «Ambulant *mit* stationär».

Doch bis auf die Kantone GE, VS und ZG nehmen die Kantone keine Herabsetzung der Patientenbeteiligung im stationären Bereich vor. Im Kanton ZG ist die Patientenbeteiligung beim Aufenthalt im Heim um 50 % auf Fr. 10.80 pro Tag reduziert. Im Kanton GE beträgt sie im stationären wie im ambulanten Bereich 8 Fr. Im Kanton VS hängt die Patientenbeteiligung vom steuerbaren Einkommen ab. Sie variiert zwischen 0 Fr. für Vermögen unter 100 000 Fr. und Fr. 21.60 für Vermögen über 500 000 Fr. Dazwischen beträgt sie Fr. 5.40 bzw. Fr. 10.80 für Vermögen ab 100 000 Fr. bzw. 200 000 Fr. (Art. 19 LSLD/VS).

Im ambulanten Bereich hingegen verlangt weniger als ein Drittel der Kantone (8) die maximale Patientenbeteiligung gemäss KVG (vgl. Tabelle 17, s. 112). Acht Kantone setzen tiefere Plafonds von 8 Fr., sieben Kantone und einzelne Gemeinden im Kanton GL sogar von 0 Fr. pro Tag fest. Zwei Kantone (TG, ZG) verrechnen nur 10 % der Krankenkassenprämienbeiträge statt wie im KVG vorgesehen maximal 20 %, jedoch maximal Fr. 15.95 pro Tag. Schliesslich wendet der Kanton BE differenzierte Tarife je nach Einkommen an. Dort sind Einwohner mit einem massgebenden

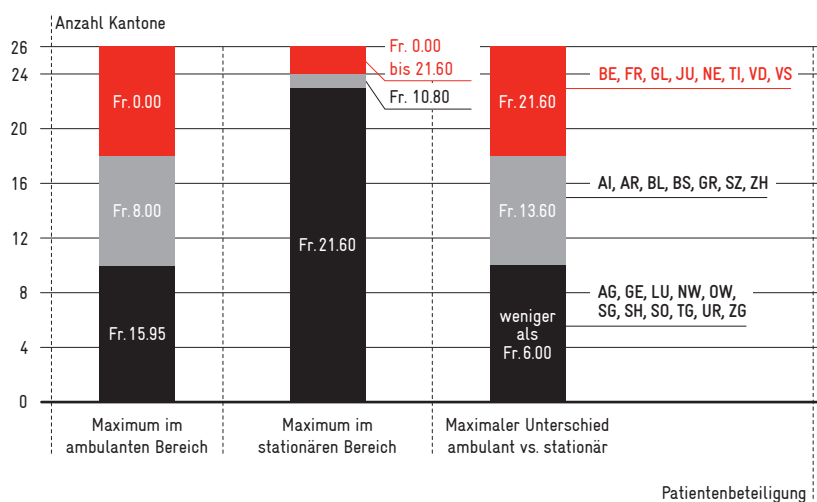
Es wäre grundsätzlich möglich, die Patientenbeteiligung im stationären Bereich dem Niveau der Patientenbeteiligung im ambulanten Bereich anzugleichen. Damit wären weder Spitex-Organisationen noch Pflegeheime bevorzugt.

Abbildung 15

Systematische Steuerung zugunsten von ambulanten Leistungserbringern

Nur wenige Kantone nutzen den maximalen Spielraum bei der Festlegung der Patientenbeteiligung im ambulanten Bereich. Dadurch entsteht eine starke Steuerung der Nachfrage nach Spitex-Organisationen, unabhängig vom Schweregrad der Pflegebedürftigkeit.

Bemerkung: Die Zuteilung der Kantone in der Grafik bezieht sich nur auf die Säule aussen rechts.



Quelle: eigene Erhebungen bei den Kantonen 2015, eigene Darstellung

Einkommen³⁵ von unter 50 000 Fr. pro Jahr von der Patientenbeteiligung befreit. Ab einem jährlichen Einkommen von 100 000 Fr. wird die maximale Patientenbeteiligung von Fr. 15.95 pro Tag verrechnet, dazwischen nimmt sie linear zu (Art. 25d SHV/BE).

Wenn Kantone die maximale Patientenbeteiligung in Pflegeheimen verrechnen und diejenige bei Spitex-Organisationen reduzieren, erhöht sich der finanzielle Anreiz für eine ambulante Behandlung. Der Unterschied kann bis zu Fr. 21.60 pro Tag betragen (vgl. Abbildung 15). Bei leichtpflegebedürftigen Patienten ist diese Steuerung der Nachfrage sinnvoll, ab 60 bis 120 Minuten täglicher Pflege ist sie hingegen kontraproduktiv (vgl. Kapitel 2).

Zweischneidige Folgen der Subventionierung von Tagesstrukturen

Neben den im Kapitel 2 erläuterten Erfolgsfaktoren für den Betrieb von Tagesstrukturen spielt die Preisgestaltung eine besonders wichtige Rolle. Sie hängt wiederum von den Finanzierungsmöglichkeiten ab, die je nach Kanton unterschiedlich sind.

Grundsätzlich gelten für die Pflegeleistungen in Tagesstrukturen die gleichen Finanzierungsregeln wie für einen stationären Langzeitaufent-

³⁵ Das massgebende Einkommen setzt sich aus dem steuerbaren Einkommen zuzüglich eines Zehntels des steuerbaren Vermögens zusammen (Art. 25d SHV/BE).

halt. Das bedeutet: eine pro Tag plafonierte Patientenbeteiligung sowie pflegestufenabhängige Beiträge der Krankenkasse und der öffentlichen Hand. Die Kosten für Betreuung und Hotellerie tragen die Patienten selbst. Hotellerie bedeutet in diesem Fall zwar kein eigenes Zimmer, aber die meisten Tagesstrukturen bieten ausser Aufenthaltsräumen auch Ruhebetten oder Liegemöglichkeiten an.

Das Einhalten von gleichen Finanzierungsregeln für intermediäre und stationäre Einrichtungen ist wichtig, will man den Grundsatz «Ambulant *mit* stationär» nicht torpedieren. Zwölf Kantone weichen jedoch von dieser Regel ab und subventionieren die Betreuungs- und Pensionskosten von Tagesstrukturen (vgl. Tabelle 29 im Anhang). Dabei kann man zwei Subventionierungsmethoden unterscheiden. Im ersten Fall definieren die Kantone (bzw. die Gemeinden) einen maximalen täglichen Betrag, den Patienten für ihren Aufenthalt in einer Tagesstruktur zahlen müssen, und die Subvention ist die Resultante. So kostet im Kanton VD ein halber Tag Aufenthalt, ohne Mittagessen, lediglich 5 Fr. Ein ganzer Tag Aufenthalt mit Mittagessen 25 Fr. Im Kanton JU war der Finanzierungsanteil des Patienten 2015 auf 50 Fr. begrenzt. Im Kanton BS betrug er 66 Fr. im Allgemeinen, 73 Fr. in einer Psychiatrie und 81 Fr. in einer auf Demenz spezialisierten Institution (Gesundheitsdepartement BS 2014). Im Kanton GE betrug 2015 die Maximaltaxe Fr. 100.60 pro Tag. Sie wird jedoch degressiv in Abhängigkeit vom massgebenden Einkommen definiert (IMAD 2015).

Bei der zweiten Subventionsmethode wird ein maximaler staatlicher Beitrag definiert, die Patienten zahlen die Resultante. Der resultierende Preis für den Patienten hängt von der Kostenstruktur und vom Angebot der Institution ab. Der Kanton FR unterstützt die Tagesstrukturen mit einem Fixbetrag von 30 Fr. pro Person und Aufenthaltstag und mit einer Beteiligung von maximal 30 % an den Betriebskosten (Sozialvorsorgeamt FR 2016). Im Kanton AI werden die Tagesstrukturen zusammen mit Pro Senectute finanziert. 2015 betrug der Kantonsbeitrag 70 Fr. pro Tag. Im Kanton BE beteiligt sich der Kanton mit 80 Fr. pro Tag. Im Kanton VS werden unterschiedliche Beiträge für Betreuung und Pension in Abhängigkeit der Pflegestufe durch die öffentliche Hand (Kanton und Gemeinde) subventioniert. Die Unterstützung pro Tag variierte 2015 zwischen 43 Fr. für die tiefste und 76 Fr. für die höchste Pflegestufe (DSASC 2013). Im Kanton NE gewährt der Kanton eine tagesstättenspezifische Defizitgarantie, die je nach Institution 40 Fr. bis 70 Fr. pro Tag beträgt. Ähnlich wird im Kanton TG unterschieden, ob die Tagesstätte als Teil eines Alters- und Pflegeheims oder separat als eigenständige Institution betrieben wird. Im ersten Fall betrug 2015 der Gemeindebeitrag 40 Fr., im zweiten Fall 70 Fr. (Art. 44 KVV/TG). Der tiefere Beitrag für Tagesstätten innerhalb eines Pflegeheims wird mit potenziellen Synergien begründet. In den Kantonen NE und TG werden also Kosten und nicht Leistungen subventioniert.

Die Subventionierung von Betreuungs- und Pensionstaxen in Tagesstrukturen ist umstritten. Einerseits können solche Subventionen helfen,

Das Einhalten von gleichen Finanzierungsregeln für intermediäre und stationäre Einrichtungen ist wichtig, will man den Grundsatz «Ambulant *mit* stationär» nicht torpedieren.

den Heimeintritt eines Pflegebedürftigen zu verzögern. Die Einsparungen können substanziell sein, auch wenn diese Patienten wenig Pflege pro Tag benötigen (über 60 % der Patienten in Tagesstrukturen brauchen weniger als 60 Minuten Pflege pro Tag, Köppel 2015) und dementsprechend die Restfinanzierungsbeiträge oft niedrig sind. Auch können diese Subventionen nicht nur als Beitrag für den Patienten, sondern auch als Investition in die Gesundheit der pflegenden Angehörigen betrachtet werden. Dank diesen punktuellen Entlastungen können sich die Angehörigen erholen, soziale Kontakte pflegen und damit vermeiden, dass sie selber pflegebedürftig (sogenannte *hidden patients*) werden. Andererseits können die Subventionen eine Nachfrage nach Betreuung generieren, die sonst durch Familienangehörige gewährleistet würde, was zusätzliche Kosten für die öffentliche Hand verursachen könnte. Auch widerspricht diese angebotsspezifische Unterstützung dem Grundsatz «Ambulant *mit* stationär» und bevorzugt eine besondere Form der Leistungserbringung, unabhängig vom Pflegebedürfnis.

Über 60 % der Patienten
in Tagesstrukturen
brauchen weniger
als 60 Minuten Pflege
pro Tag.

Wie bei der Festlegung von maximalen EL-Steuern für betreutes Wohnen (vgl. S. 59) hängt der Nutzen solcher Subventionen schliesslich von den gewährten Beiträgen, den Steuern der Pflegeheime und der Bedeutung der Ergänzungsleistungen in einem Kanton ab. In Interviews mit Experten aus den Kantonen mit Subventionen für Pensionskosten wurde eine maximale Tagespauschale von 100 Fr. als psychologische Obergrenze für die Nutzung von Tagesstätten angegeben. Es ist jedoch kaum einzusehen, warum für Seniorentagesstätten eine Tagessteuer von 100 Fr. nicht zumutbar wäre, während im Bereich der ausserschulischen Kinderbetreuung (Kitas) Pauschalen von deutlich über 100 Fr. pro Tag und Kind über Jahre hinweg verrechnet werden.

Hohe Tagespauschalen können für Senioren mit bescheidenen finanziellen Verhältnissen, die jedoch keinen Anspruch auf Ergänzungsleistungen haben, eine grosse Hürde darstellen. Degressive Tarife wie im Kanton GE können eine pragmatische Lösung sein, einkommensschwache Haushalte gezielt zu unterstützen, ohne ausführliche EL-Abklärungen eigens für den Fall einer Benutzung von Tagesstrukturen vornehmen zu müssen. Auch in diesem Sinne prüft die Stadt Luzern, inwiefern sie ihr Konzept von einkommensabhängigen Kita-Gutscheinen für die Alterspflege anpassen könnte (Anschwandten 2015). Bei dieser Form der Subjektfinanzierung werden nicht Institutionen wie die Spitex oder Pflegeheime, sondern die Pflegebedürftigen selber finanziell unterstützt. Mit den Gutscheinen können sie dann die von ihnen gewünschten Leistungen beim Anbieter ihrer Wahl begleichen.

Geldleistungen für pflegende Angehörige in der Schweiz

Die Finanzierung von Betreuungs- und Hauswirtschaftsleistungen ist in der Schweiz Sache des Pflegebedürftigen. Diese Leistungen werden oft freiwillig durch die Angehörigen, meist den Ehepartner oder die Kinder,

erbracht. Je nach Pflegebedürftigkeit, zum Beispiel im Fall einer Demenz, kann diese Betreuungsarbeit mehrere Stunden pro Tag betragen. Gemäss einer Studie von Perrig-Chiello und Höpflinger (2012) investieren pflegende Töchter im Durchschnitt 34, pflegende Söhne 27 Stunden pro Woche für Hilfs- und Pflegeaufgaben zugunsten ihrer Eltern. Eine solche Betreuungsintensität lässt sich schlecht mit einer beruflichen Tätigkeit vereinbaren. Über die Hälfte der pflegenden Töchter reduzieren dafür ihren Beschäftigungsgrad, 16 % geben ihre Stelle sogar ganz auf (Perrig-Chiello 2012). In solchen Fällen hat das unbezahlte Engagement unmittelbare finanzielle Konsequenzen (Lohnausfall) sowie längerfristige Folgen, zum Beispiel in Form verminderter Karriereperspektiven und einer reduzierten Altersrente.

Die Unterscheidung zwischen Pflegeleistungen im engeren Sinne und Betreuungsleistungen wird mit der zunehmenden Bedeutung von Demenzerkrankungen immer problematischer. Betreuungsleistungen sind bei Demenzpatienten oft wichtiger als Pflegeleistungen. Erstere sind aber privat, Letztere kollektiv finanziert. Mit einem Heimeintritt (und dem damit oft verbundenen Zugang zu Ergänzungsleistungen) kann diese Problematik zumindest aus der Perspektive der Angehörigen gelöst werden. Für die Pflegeheime ist die Situation dagegen nicht zufriedenstellend. 69 % der Heimleiter halten die derzeitige Finanzierung bei Demenzpatienten für nicht ausreichend (BAG und GDK 2013). Da rund zwei Drittel der Heimbewohner eine Demenzdiagnose oder einen Demenzverdacht haben (von Gunten 2011), handelt es sich um ein wichtiges Thema. Im Rahmen der nationalen Demenzstrategie werden nun neue Finanzierungsmodelle geprüft (BAG und GDK 2013).

Es gibt allerdings bereits einzelne Initiativen, die Betreuungsarbeit durch Angehörige finanziell zu unterstützen. Im Kanton GL dürfen pflegende Angehörige durch Leistungserbringer angestellt werden, wenn sie über ausreichende Qualifikationen verfügen und das Rentenalter noch nicht erreicht haben (Art. 7 SpitexV/GL). Im Kanton BS haben *«dauernd pflegebedürftige Personen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt, die durch Angehörige oder Dritte gepflegt werden, [...] Anspruch auf finanzielle Beiträge, sofern ein bedeutender Pflege- und Betreuungsaufwand notwendig ist und erbracht wird.»* (Art. 10 GesG/BS). Voraussetzung für die Beiträge ist ein täglicher Betreuungs- und Pflegeaufwand von mindestens 60 Minuten. Dieser muss der Vermeidung eines Aufenthalts in einer stationären Einrichtung oder in einem Spital dienen und unentgeltlich erbracht werden. Der Beitrag entspricht 35 % einer maximalen AHV-Rente (2016: 2350 Fr.), das heisst ca. 27 Fr. pro Tag. Die wirtschaftliche Situation der Bezüger wird nicht berücksichtigt, doch ist der Pflegebeitrag dem Subsidiaritätsprinzip unterstellt. Er wird angepasst, falls die pflegebedürftige Person Hilfenentschädigungen erhält, und er wird um allfällige Leistungen einer Sozialversicherung des Bundes oder einer Privatversicherung gekürzt. Finanziert wird er durch die Gemeinden.

Die Unterscheidung zwischen Pflegeleistungen im engeren Sinne und Betreuungsleistungen wird mit der zunehmenden Bedeutung von Demenzerkrankungen immer problematischer.

Zwar ist dieser Pflegebeitrag auf Betreuungsleistungen zu Hause beschränkt, aber da der Aufenthalt in einer Tagesstruktur im Kanton BS ebenfalls subventioniert wird, wenn auch auf anderen Wegen, besteht eine relativ grosse Durchlässigkeit zwischen den ambulanten und den semistationären Pflegeangeboten. Bei Schwerpflegebedürftigen bleiben stationäre Institutionen aber im Nachteil, weil dort die Betreuung zu Lasten des Patienten verrechnet wird.

Grosszügiges Entgelt für Betreuungsarbeit in Liechtenstein

Das Fürstentum Liechtenstein hat 2010 ein Betreuungs- und Pflegegeld für häusliche Betreuung eingeführt (vgl. Box 1), das die finanzielle Abgeltung von Betreuungsarbeiten durch Angehörige oder durch Angestellte (Spitex-Organisationen, selbständige Betreuungspersonen, Care-Migranten) ermöglicht. Es handelt sich um eine Subjektfinanzierung. Die Beiträge werden dem Pflegebedürftigen und nicht einer Institution, zum Beispiel einer Spitex-Organisation, ausgerichtet. Der Pflegegeldempfänger kann den Leistungserbringer selber wählen und mit den Betreuungsgeldern bezahlen. Dadurch wird der Wettbewerb zwischen den Anbietern gefördert, und Leistungen werden dort erbracht, wo die entsprechende Nachfrage existiert.

Das Betreuungs- und Pflegegeld hilft auch, Schwarzarbeit in der Alterspflege, zum Beispiel von Care-Migranten, zu reduzieren, da Finanzierungsbeiträge nur gegen Belege gewährt werden. Will jemand Familienangehörige oder Care-Migranten mit diesen Geldern bezahlen, muss er die Personen anstellen und Sozialbeiträge auf ihre Löhne entrichten. Da die Betreuungs- und Pflegegelder nicht durch Beiträge von Versicherten oder Arbeitgebern, sondern durch Steuern finanziert werden, dürfen sie nur im FL bezogen werden. Der Anspruch auf sie erlischt, sobald eine Person das Land verlässt. Für das FL mit seinem grossen Grenzgängeranteil ist das relevant.

Die Finanzierung von Betreuungsarbeit ist allerdings zweischneidig. Sie führt zu einer Monetarisierung von Pflegeleistungen, die vorher unentgeltlich durch Angehörige erbracht wurden. Die Beziehungen zwischen Pflegenden und Gepflegten können dadurch tiefgreifend verändert werden. Im positiven Fall kann ein Betreuungsgeld das Schuldgefühl der Gepflegten oder die Widerwilligkeit der Pflegenden reduzieren, da die Betreuungsarbeit nun finanziell entschädigt wird. Im negativen Fall kann es zu einer ausgeprägteren Anspruchshaltung der Gepflegten führen, die «schliesslich für die Leistung zahlen». Aus dieser geringeren Dankbarkeit könnte wiederum weniger Motivation der pflegenden Angehörigen resultieren.

Das Betreuungs- und Pflegegeld in Liechtenstein hilft, Schwarzarbeit in der Alterspflege, zum Beispiel von Care-Migranten, zu reduzieren.

Betreuungs- und Pflegegeld für häusliche Betreuung im Fürstentum Liechtenstein

Einwohner des Fürstentums Liechtenstein haben Anspruch auf einen Beitrag an die finanziellen Ausgaben, die aus der gesundheitsbedingt notwendigen und zu Hause erfolgenden Betreuung und Pflege durch Drittpersonen entstehen.

Leistungsbegünstigte: *Alle Personen mit Wohnsitz in Liechtenstein, unabhängig vom Alter und von ihren wirtschaftlichen Verhältnissen, haben Anspruch auf Betreuungs- und Pflegegelder, sofern sie dauernd betreuungs- oder pflegebedürftig sind (mindestens drei Monate). Die Beeinträchtigung muss ärztlich nachgewiesen werden und mindestens 60 Minuten Betreuung und Pflege pro Tag verlangen.*

Leistungsumfang: *Die entgeltliche Erbringung hauswirtschaftlicher Leistungen und die entgeltliche Betreuung von Personen durch Dritte, einschliesslich angemessen entlohnter Familienangehöriger, werden zur Aufrechterhaltung der allgemeinen täglichen Lebensverrichtungen rückvergütet.*

Finanzieller Umfang: *Die Höhe der finanziellen Unterstützung hängt vom Grad des Betreuungs- und Pflegebedarfs ab und wird in sechs Leistungsstufen unterteilt. Bei der tiefsten Leistungsstufe beträgt das Betreuungs- und Pflegegeld 10 Fr., bei der höchsten Stufe 180 Fr. pro Tag. Es wird neben einer allfälligen Hilfslosenentschädigung ausgerichtet.*

Kosten und Finanzierung: *Die Gesamtausgaben des Betreuungs- und Pflegegelds betrugen 2015 7,9 Mio. Fr. Sie werden hälftig durch das Land und hälftig durch die Gemeinden finanziert.*

Inanspruchnahme: *Das Betreuungs- und Pflegegeld wurde erst 2010 eingeführt. 2015 erhielten 381 Personen entsprechende Gelder. 45 % davon benötigten weniger als drei Stunden, 22 % mehr als sechs Stunden Pflege pro Tag.*

Quelle: AHV/IV/FAK Liechtenstein 2014a und 2014b, Art. 3octies ff ELG/FL, eigene Berechnungen

Die Monetarisierung bisher nicht entgelteter Arbeit bedeutet natürlich auch mehr ausgewiesene Kosten. 2015 beliefen sich die Betreuungs- und Pflegegelder auf 7,9 Mio. Fr. Zum Vergleich: Die EL-Kosten zur AHV betrugen im gleichen Jahr 5 Mio. Fr. (AHV/IV/FAK Liechtenstein 2014b). Die Monetarisierung von Care-Leistungen dürfte auch das geschlechtsspezifische Verhalten (Frauen pflegen häufiger) eher verstärken (Schmid 2014). Zugleich kann die Auszahlung der Betreuungs- und Pflegegelder aber den Wert der Arbeit der Angehörigen bzw. deren Einkommensverzicht sichtbar machen und damit einen Beitrag zu ihrer gesellschaftlichen Anerkennung leisten.

Nebst diesen eher konzeptionellen Überlegungen gibt es auch konkrete kritische Punkte. Für schwer betreuungs- und pflegebedürftige Personen ist diese Finanzierung angesichts von Höchstbeiträgen von 180 Fr. pro Tag sehr grosszügig ausgestaltet. Zu diesen Tagespauschalen für die Betreuung kommen Ausgaben für die Pflege im engeren Sinne, für allfällige Hilfslosenentschädigungen und für Kost und Logis. Zum Vergleich: In der Schweiz gewähren 14 Kantone Höchsttaxen für EL-Bezüger in Pflegeheimen unter 180 Fr. (vgl. Tabelle 15). Diese Taxen decken nicht nur die Betreuung, sondern vor allem die Hotellerieleistungen.

Die Monetarisierung bisher nicht entgelteter Arbeit bedeutet mehr ausgewiesene Kosten, sie macht aber auch den Wert der Arbeit der Angehörigen sichtbar.

Dass die Auszahlung von Betreuungs- und Pflegegeldern unabhängig von den wirtschaftlichen Verhältnissen des Leistungsberechtigten erfolgt, ist auf den ersten Blick überraschend. Allerdings werden im FL im stationären Bereich Betreuungsleistungen durch die Krankenkassen und durch den Staat mitgetragen, im ambulanten Bereich hingegen grundsätzlich nicht. Eine einkommensunabhängige Unterstützung durch die Betreuungs- und Pflegegelder gleicht bis zu einem gewissen Grad diesen Unterschied aus. Doch die Betreuungs- und Pflegegelder bei Schwerpflegebedürftigen dürften deutlich höher ausfallen als das, was die Krankenkassen bei ähnlichen Situationen in Pflegeheimen vergüten.

Schliesslich widerspricht das hohe Betreuungs- und Pflegegeld für Schwerpflegebedürftige dem Konzept «Ambulant *mit* stationär». Mit dem Pflegegeld werden nur Leistungen, die zu Hause erbracht werden, entgolten. Eine Betreuung in Tagesstrukturen oder in Pflegeheimen kann mit diesen Mitteln nicht finanziert werden. Damit wird gerade für Schwerpflegebedürftige *à tout prix* (im wahrsten Sinn des Wortes) eine ambulante Lösung gesucht, obwohl meist ein stationärer Aufenthalt in einem Pflegeheim vermutlich sowohl in finanzieller als auch in qualitativer Hinsicht besser wäre. 22 % der Bezüger benötigten 2015 mehr als sechs Stunden Betreuung und Pflege pro Tag und waren somit schwerpflegebedürftig. Zudem stellt sich die Frage, ob die Betreuung allein durch Angehörige zu Hause bei solchen schweren Pflegefällen qualitativ genügt und nicht an medizinische Grenzen stösst. Eine Beschränkung der Betreuungs- und Pflegegelder auf leicht- bis mittelschwerpflegebedürftige Personen sowie eine Ausweitung auf Leistungen in intermediären Strukturen wie Tagesstätten könnte diese Nachteile reduzieren und die Durchlässigkeit zwischen den Pflegeangeboten fördern.

4.5 _Finanzierungsregeln zur Steuerung des Angebots

Der Staat kann durch finanzielle Anreize nicht nur die Nachfrage, sondern auch das Angebot steuern, etwa indem er das Entstehen oder Aufrechterhalten spezifischer Leistungen, zum Beispiel in der Grundversorgung oder im Bereich Palliative Care, besonders vergütet. Er kann ferner gemeinnützige Leistungserbringer gegenüber erwerbsorientierten Anbietern besser- oder schlechterstellen, und er kann die Vielfalt von nicht-pflegerischen Leistungen fördern, indem er in diesem Bereich keine Tarif-Einschränkungen vornimmt.

Intransparente Abgeltung der Versorgungspflicht im ambulanten Bereich

Im Bereich der ambulanten Pflege kann man grundsätzlich zwei Typen von Anbietern unterscheiden: jene mit und jene ohne Versorgungspflicht. Erstere sind zum Beispiel verpflichtet, jeden Patienten zu versorgen, auch wenn dieser sehr weit entfernt vom Stützpunkt der Spitex-Organisation

wohnt oder der Einsatz sehr kurz ist. Die Behandlung dieser Patienten ist für die Spitex-Organisation finanziell unattraktiv, weil die nicht-vergütete Reisezeit im Verhältnis zu den vergüteten Pflegeminuten sehr hoch ist. Auch kann die Versorgungspflicht einen Pikettdienst zu Randzeiten, in der Nacht oder am Wochenende enthalten.

Bis vor wenigen Jahrzehnten spielte diese Unterscheidung kaum eine Rolle. In den meisten Gemeinden gab es nur eine gemeinnützige Spitex-Organisation, die als Monopolistin alle Nachfrager im Versorgungsgebiet behandelte. Mit dem Aufkommen privater Spitex-Anbieter und selbständiger Pflegefachpersonen, die keiner solchen Versorgungspflicht unterstellt sind, wurde die Monopolstellung der bisherigen Anbieter untergraben. Es wurden zunehmend mehr Pflegebedürftige durch die neuen Anbieter betreut und gepflegt.

In diesem Kontext ist es wenig erstaunlich, dass die beiden Organisationstypen sich gegenseitig Vorwürfe machen. Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht werfen den privaten Anbietern Rosinenpicken vor, weil sie nur Patienten mit hohem zeitlichem Tagespflege- und Betreuungsbedarf, jedoch wenig komplexen Bedürfnissen annähmen, die zudem in unmittelbarer Nähe wohnten. Umgekehrt werfen private Anbieter den Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht Ineffizienz, wenig Flexibilität, stetige Personalwechsel bei der Betreuung der Patienten und fehlende Kundenorientierung vor.

Eine Studie für den Kanton ZH (Ecoplan 2014) liefert einige Fakten, die eine Versachlichung der oft emotional geführten Diskussion erlauben sollten. Sie zeigt, dass im Kanton ZH die Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht tatsächlich deutlich mehr Kurzeinsätze wahrnehmen müssen, dass sie komplexere Pflegefälle behandeln und daher auch auf besser qualifiziertes, teureres Personal angewiesen sind. Auch bilden sie mehr Lehrlinge aus als Anbieter ohne Versorgungspflicht. Hingegen stimmt es offenbar nicht, dass Anbieter ohne Versorgungspflicht kürzere Anfahrtswege haben. Die meisten sind über die Gemeinde-, manche sogar über die Regions- oder Kantonsgrenze hinweg tätig. Das Nachtangebot ist bei Anbietern ohne Versorgungspflicht umfassender als bei den Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht, während das Angebot am Wochenende bei allen vergleichbar ist. Und schliesslich nehmen zwar die Mitarbeiter von Spitex-Organisation mit Versorgungspflicht mehr an Weiter- und Fortbildungen teil als die Mitarbeiter der Anbieter ohne Versorgungspflicht, am meisten werden die Weiterbildungsangebote jedoch von den selbständigen Pflegefachpersonen genutzt.

Das Beispiel des Kantons ZH zeigt, wie schwer es ist, die Zwänge der Versorgungspflicht und ihre finanziellen Konsequenzen genau zu beschreiben. Klar ist jedoch, dass diese Unschärfe die Gefahr birgt, dass betriebliche Ineffizienzen als Folge der Versorgungspflicht dargestellt werden. Deshalb ist es wichtig, dass die Kantone oder die zuständigen Gemeinden den Umfang der Versorgungspflicht möglichst genau

Im Bereich der ambulanten Pflege kann man grundsätzlich zwei Typen von Anbietern unterscheiden: jene mit und jene ohne Versorgungspflicht.

beschreiben und nur die daraus entstehenden spezifischen Leistungen vergüten.

Vor diesem Hintergrund vergeben sich Kantone (wie AR, OW, VS) oder Gemeinden (wie in den Kantonen SH, SG, SO), die Defizitgarantien für Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht gewähren, einige Möglichkeiten der Steuerung. Defizitgarantien bieten keine Anreize für einen schonenden Umgang mit knappen Ressourcen, und sie zwingen nicht zu einer sauberen Unterscheidung zwischen betrieblichen Ineffizienzen und erhöhten Kosten aufgrund der Versorgungspflicht. Die Defizitregelung des Kantons AR hat immerhin den Vorteil, dass sie nur den Mittelwert der Aufwandüberschüsse der Organisationen mit Versorgungspflicht entschädigt.

Defizitgarantien bieten keine Anreize für einen schonenden Umgang mit knappen Ressourcen.

Über ein besseres Steuerungsinstrument verfügen jene Kantone, die (wie JU und NE, aber auch das FL) jährlich einen fixen Beitrag oder ein Kostendach für die Erbringung der Versorgungspflicht im Voraus festlegen. Die Spitex-Organisationen erhalten damit einen finanziellen Spielraum, um Vorhalteleistungen zu finanzieren, ohne jede davon akribisch definieren und mitteilen zu müssen. Sie müssen sich jedoch aufgrund der begrenzten Mittel bemühen, ihre Ressourcen möglichst effizient einzusetzen.

Die Mehrheit der anderen Kantone wenden leistungsbezogene Vergütungen an, am häufigsten in Form eines Zuschlags pro Pflegestunde. Der Kanton BE zahlt zudem einen Betrag von Fr. 14.90 pro Jahr pro Einwohner im Versorgungsgebiet (ALBA 2014). Im Kanton NW wird ein Tageszuschlag für kurze Einsätze geleistet, der sich an der Zahl der Pflegeeinsätze orientiert, die weniger als 30 Minuten dauern. Im Kanton TG werden Zusatzfinanzierungen für palliative Einsätze gewährt, sofern die Anbieter über die nötige Zertifizierung verfügen.

Doch natürlich sind auch diese leistungsbezogenen Vergütungen keine Garanten dafür, dass sich die unter der Versorgungspflicht angebotenen Leistungen am «Marktpreis» orientieren. Im Kanton ZH, wo die Gemeinden für die ambulante Pflege verantwortlich sind, hat die Gesundheitsdirektion Transparenz über die Stundenkosten der Spitex-Organisationen mit oder ohne Versorgungspflicht und der selbständigen Pflegefachpersonen geschaffen (Ecoplan 2014). Die Gemeinden haben damit ein Instrument in der Hand, um das kantonale Kostenniveau abzuschätzen, die Effizienz ihrer Leistungserbringer zu prüfen und ihre Leistungsverträge allenfalls neu zu verhandeln. Im Kanton SO haben die Gemeinden Grindel, Erschwil und Himmelried (vgl. Kapitel 2) die Versorgungspflicht ausgeschrieben. So musste einerseits der Umfang der Versorgungspflicht genau beschrieben werden, und andererseits konnte so ein lokaler Marktpreis für diese Leistung ermittelt werden.

Eingeschränkter Wettbewerb durch Finanzierungsregeln

«Gleicher Lohn für gleiche Arbeit» gilt in der Alterspflege bei weitem nicht immer. Besonders im ambulanten Bereich ist die gleiche Pflegeleistung je nach Leistungserbringer unterschiedlich viel «wert», zumindest was die Restfinanzierung der öffentlichen Hand betrifft. Die Mehrheit der Kantone (17) kennt je nach Rechtsform, Einzugsgebiet oder Gewinnorientierung der Leistungserbringer unterschiedliche Restfinanzierungsbeiträge (vgl. Tabelle 17). Zwölf Kantone wenden zwei, drei Kantone drei, die Kantone AG und SZ sogar vier Tarife an.

In vielen Fällen sind die verschiedenen Tarife auf die Abgeltung der Versorgungspflicht zurückzuführen. Wenn die unterschiedlichen Tarife diese Pflicht wirklich abgelden, sind sie auch gerechtfertigt, weil eine zusätzliche Leistung honoriert wird. Allerdings wäre eine separate Abgeltung der Versorgungsleistungen, wie erläutert, transparenter.

Oft spiegeln die verschiedenen Tarife jedoch unterschiedliche Kostenstrukturen der Leistungserbringer. Im Kanton AG wird zum Beispiel die Grösse des Einzugsgebiets und damit der Reiseaufwand berücksichtigt, während im Kanton NE die Einhaltung von GAV-Vorgaben eine Rolle spielt. In unseren Interviews wurde oft darauf hingewiesen, dass die selbständigen Pflegefachpersonen weniger Overhead- und Infrastrukturkosten und deshalb auch weniger Anrecht auf eine Restfinanzierung hätten. In vier Kantonen ist deshalb die Restfinanzierung – wenn man sie noch Finanzierung nennen kann – für selbständige Pflegefachpersonen auf null Franken gesetzt.

Eine solche kostenbasierte Argumentation ist marktfremd und nicht mehr zeitgemäss. Sie hatte vielleicht noch ihre Berechtigung, solange der lokale Spitex-Anbieter eine Monopolstellung einnahm und seine Finanzierung allein durch öffentliche Gelder sichergestellt wurde. Doch heute bieten auch private Spitex-Organisationen und selbständige Pflegefachpersonen ihre Dienstleistungen an, und die Pflegekosten werden neben der öffentlichen Hand auch durch Krankenkassen und Pflegebedürftige getragen. In einem solchen – wenn auch immer noch stark regulierten – Markt sollte sich der Preis am Wert der Leistung orientieren und nicht an unterschiedlichen Kostenstrukturen der Anbieter.

Aus Sicht der Gepflegten spielt es keine Rolle, ob eine Pflegefachperson eine schlanke oder eine schwerfällige Administration im Rücken hat, marktkonforme oder überhöhte Löhne erhält und ob die Erträge einen allfälligen Gewinn ermöglichen. Massgebend ist die Qualität der erbrachten Leistung. Diese, und nur diese, sollte marktgerecht abgegolten werden. Nach diesem Prinzip sind die TARMED-Tarife konzipiert, die für ambulante ärztliche Leistungen angewandt werden. Ob ein Hausarzt oder ein Herzchirurg eine vornimmt, die Leistung wird überall mit gleich vielen Taxpunkten vergütet, auch wenn mancher Arzt deutlich weniger verdient als der andere. Warum sollte ein vielfach akzeptiertes Konzept für Arztpraxen also nicht auch für Spitex-Organisationen gelten?

Oft spiegeln die verschiedenen Tarife unterschiedliche Kostenstrukturen der Leistungserbringer. Eine solche kostenbasierte Argumentation ist marktfremd und nicht mehr zeitgemäss.

Tabelle 17

Gleicher Lohn für gleiche Leistung gilt im ambulanten Bereich nicht

Die Kantone kennen bis zu vier Tarife für die gleichen Pflegeleistungen (Restfinanzierungsbeiträge für die erste Stunde Pflege, nach Abzug der maximalen Patientenbeteiligung, wenn nur eine Pflegeleistungsart erbracht wird; die Kantone BE, BS und BL – BL ab 2016 – differenzieren ihre Tarife ab der zweiten Stunde Pflege). Manche Unterschiede sind auf die Entschädigung der Versorgungspflicht zurückzuführen, manche spiegeln aber den Wunsch, Kosten und nicht Leistungen zu vergüten.

Restfinanzierung im ambulanten Bereich in Fr.

(2015, nach Abzug der Beiträge der Krankenkasse und der Patientenbeteiligung, für die erste Pflegestunde)

Leistungsart nach Art. 7 KLV					Patientenbeteiligung in % der Krankenversicherungs- prämien und / oder Fr.
	Abklärung, Beratung, Koordination	Unter- suchung, Behandlung	Grundpflege		
AG	gde. spez.	gde. spez.	gde. spez.	Organisationen mit Leistungsvereinbarung	20 % (15.95)
AG	15.70	21.50	21.40	Organisationen ohne Leistungsvereinbarung mit Gemeinde, mit dezentraler Leistungserbringung	20 % (15.95)
AG	0.00	0.00	0.00	Organisationen ohne Leistungsvereinbarung mit Gemeinde, mit räumlich begrenzter Leistungserbringung	20 % (15.95)
AG	12.10	18.20	18.60	Selbständige Pflegefachpersonen	20 % (15.95)
AI	36.20	50.20	28.50	Spitex-Organisationen mit Leistungsvereinbarung	10 % (8.00)
AI	0.00	0.00	0.00	Selbständige Pflegefachpersonen	10 % (8.00)
AR	leist. spez.	leist. spez.	leist. spez.	Für Spitex-Organisationen (ab voraus. 2017: gleiche Restfinanzierungsregeln für alle)	8.00
AR	0.00	0.00	0.00	Selbständige Pflegefachpersonen	8.00
BE	0.00 – 15.95	0.00 – 15.95	0.00 – 15.95	Die Patientenbeteiligung (max. Fr. 15.95) hängt vom Einkommen des Patienten ab. Der Kanton gleicht die Differenz aus. Zudem gilt ein Stundenzuschlag und eine Pauschale pro Einwohner für Anbieter mit Versorgungspflicht	Einkommens- abhängig (max. 15.95)
BL	0.00	0.00	0.00	Jedoch Defizitgarantie für gemeinnützige Organisationen	10 % (8.00)
BS	8.20	16.60	17.40	Beträge tiefer ab der zweiten Pflegestunde	10 % (8.00)
FR	0.00	0.00	0.00	Spitex-Organisationen	0.00
FR	9.35	7.70	6.40	Selbständige Pflegefachpersonen	0.00
GE	n.a.	n.a.	n.a.	Spitex-Organisationen	8.00
GE	0.00	0.00	0.00	Selbständige Pflegefachpersonen	8.00
GL	gde. spez.	gde. spez.	gde. spez.	Spitex-Organisationen	gde. spez.
GL	0.00	0.00	0.00	Selbständige Pflegefachpersonen	gde. spez.
GR	33.70	33.70	33.70	Organisationen mit kommunalem Leistungsauftrag	8.00
GR	18.90	18.90	18.90	Organisationen ohne kommunalen Leistungsauftrag, selbständige Pflegefachpersonen	8.00
JU	23.40	21.80	16.20	Für alle Leistungserbringer	0.00
LU	gde. spez.	gde. spez.	gde. spez.	Spitex-Organisationen	20 % (15.95)
LU	24.25	18.65	19.45	Selbständige Pflegefachpersonen	
NE	27.60	27.70	23.30	Organisationen mit GAV (CCT Santé 21) und selbständige Pflegefachpersonen	0.00
NE	0.00	0.00	0.00	Organisationen ohne GAV (CCT Santé 21)	
NW	30.25	17.65	17.45	Für alle Leistungserbringer	20 % (15.95)
OW	gde. spez.	gde. spez.	gde. spez.	Spitex-Organisationen	20 % (15.95)
OW	13.60	13.60	13.60	Selbständige Pflegefachpersonen	20 % (15.95)
SG	gde. spez.	gde. spez.	gde. spez.	Spitex-Organisationen mit Leistungsauftrag der Gemeinde	
SG	5.35	4.35	6.65	Private Spitex-Organisationen ohne Leistungsauftrag der Gemeinde	20 % (15.95)
SG	9.00 – 24.95	9.00 – 24.95	9.00 – 24.95	Selbständige Pflegefachpersonen, je nach Patientenbeteiligung (20 % des Versichereranteils)	20 % (15.95)
SH	gde. spez.	gde. spez.	gde. spez.	Spitex-Organisationen mit Leistungsauftrag der Gemeinde	15.95
SH	9.60	9.60	9.60	Übrige Organisationen, selbständige Pflegefachpersonen	15.95
SO	gde. spez.	gde. spez.	gde. spez.	Organisationen mit Leistungsauftrag	
SO	0.00	0.00	0.00	Organisationen ohne Leistungsauftrag, selbständige Pflegefachpersonen	20 % (15.95)

Restfinanzierung im ambulanten Bereich in Fr.

(2015, nach Abzug der Beiträge der Krankenkasse und der Patientenbeteiligung, für die erste Pflegestunde)

Leistungsart nach Art. 7 KLV

	Abklärung, Beratung, Koordination	Unter- suchung, Behandlung	Grundpflege		Patientenbeteiligung in % der Krankenversicherungs- prämien und / oder Fr.
SZ	keine Obergrenze	keine Obergrenze	keine Obergrenze	Organisationen mit Leistungsauftrag	10 % (8.00)
SZ	0.00	11.05	15.95	Organisationen ohne Leistungsauftrag, mit Leistungsangebot im ganzen Kanton	10 % (8.00)
SZ	0.00	2.05	13.95	Organisationen ohne Leistungsauftrag, mit eingeschränktem Leistungsangebot	10 % (8.00)
SZ	8.20	20.05	27.95	Selbständige Pflegefachpersonen	10 % (8.00)
TG	gde. spez.	gde. spez.	gde. spez.	Grundsätzlich gemeindespezifisch, Empfehlung des Verbands Thurgauer Gemeinden Fr.6.60/13.30/17.40	10 % (15.95)
TI	53.50	56.75	21.80	Gemeinnützige Organisationen (Durchschnittswerte, effektive Werte leistungserbringerspezifisch)	0.00
TI	0.00	11.70	3.65	Private Organisationen (Durchschnittswerte, effektive Werte leistungserbringerspezifisch)	0.00
TI	0.70	15.10	16.75	Selbständige Pflegefachpersonen (Durchschnittswerte, effektive Werte leistungserbringerspezifisch)	0.00
UR	7.25	12.65	7.45	Für alle Leistungserbringer	20 % (15.95)
VD	35.90	29.45	24.60	Für alle Leistungserbringer	0.00
VS	30.20	29.60	15.40	Sozialmedizinische Zentren	0.00
VS	7.20	13.60	15.40	Selbständige Pflegefachpersonen und Diabetes-Vereinigung	0.00
ZG	33.00	23.00	26.00	Öffentlich-rechtliche Spitex-Organisationen	10 % (15.95)
ZH	50.00	47.25	54.75	Organisationen mit kommunalem Auftrag	8.00
ZH	0.00	23.70	33.95	Organisationen ohne kommunalen Auftrag	8.00
ZH	29.60	34.65	37.45	Selbständige Pflegefachpersonen	8.00

gde. spez. = gemeindespezifisch, leistung. spez. = leistungserbringerspezifisch

Quelle: SBK 2015, eigene Erhebungen bei den Kantonen 2015

Im Gegensatz zum ambulanten Bereich ist die Restfinanzierung im stationären Bereich in den meisten Kantonen unabhängig vom Leistungserbringer geregelt. Allerdings gibt es Ausnahmen: Im Kanton GE werden die Restfinanzierungsbeiträge pro Pflegeheim definiert und konsolidiert über alle Pflegestufen hinweg für ein gegebenes Jahr bestimmt. Im Kanton NE hängt die Höhe der Restfinanzierung vom Anschluss an einen GAV ab. Unterstellt sich ein Pflegeheim dem GAV des staatlichen Personals (CCT Santé 21), ist der Restfinanzierungsbeitrag am höchsten. Unterschreibt das Pflegeheim einen anderen GAV, der tiefere Löhne als diejenigen des Staatspersonals vorsieht, sinkt die Restfinanzierung. Sie ist dann am tiefsten, wenn kein GAV vorliegt. Der Unterschied zwischen dem tiefsten und höchsten Beitrag ist signifikant (vgl. Tabelle 12, S. 86) und beträgt bei der höchsten Pflegestufe über 100 % (Fr. 73.80 pro Tag ohne GAV, Fr. 154.30 pro Tag mit CCT Santé 21). Im Kanton TI wird neben den Restfinanzierungsbeiträgen pro Pflegestufe noch eine heimspezifische Subvention gewährt. Die Subvention orientiert sich an den zu erwartenden Personalkosten, die unter Einhaltung des GAV der öffentlichen Hand anfallen würden. Die Subvention ist asymmetrisch konzipiert. Zahlt ein Heim höhere Löhne als im GAV vorgesehen, bleibt die Subven-

tion identisch. Somit bestehen keine Anreize, die Personalkosten auszuweiten. Zahlt ein Heim hingegen tiefere Löhne als im GAV vorgeschrieben, wird die Subvention gekürzt. Sparanstrengungen werden somit zunichtegemacht. In den Kantonen FR, UR und SZ sind die Restfinanzierungsbeiträge ebenfalls heimspezifisch und von der Kostenstruktur des jeweiligen Heims abhängig. Der Kanton GE gewährt nur gemeinnützigen Institutionen Restfinanzierungsbeiträge und schliessen damit de facto gewinnorientierte Pflegeheime aus dem Markt aus.

Die unterschiedliche Restfinanzierung je nach Lohnkosten wird oft mit der Qualität der Pflege begründet. Doch der Lohn alleine ist keine Garantie für gute Pflege. Wie der Grade-Mix ist auch das Lohnniveau lediglich eine Input-Grösse, die einen Einfluss auf die Qualität haben kann. Die effektive Qualität hingegen misst sich am Output. Zudem müssen alle Heime Mindestqualitätsvorgaben erfüllen, sonst wird ihnen die Betriebsbewilligung entzogen bzw. gar nicht erteilt. Ist in allen Heimen dieselbe Qualität gegeben, ist eine Differenzierung der Restfinanzierung je nach Kostenstruktur, GAV-Gestaltung oder Gewinnorientierung auf der Basis des Qualitätsarguments nicht gerechtfertigt.

Wie im ambulanten Bereich hemmen also Restfinanzierungsbeiträge, die pro Leistungserbringer definiert sind, den Wettbewerb unter den Pflegeheimen. Sie schalten Anreize für einen sparsamen Umgang mit Ressourcen aus und behindern den Markteintritt von Anbietern, die sich durch ein besseres Preis-Leistungs-Verhältnis differenzieren wollen.

Gedeckeltes Angebot im nicht-pflegerischen Bereich

Die nicht-pflegerischen Leistungen (z.B. Hauswirtschaftsdienst der Spitex-Organisationen, Betreuung und Hotellerie in Pflegeheimen) werden durch die Patienten selbst finanziert. Wenn Patienten Leistungen selber zahlen, könnte man vermuten, dass sich die Angebote und die dazugehörigen Preise an den Bedürfnissen der Klienten orientieren. Doch auch im nicht-pflegerischen Bereich greifen viele Kantone in die freie Angebots- und Preisgestaltung der Leistungserbringer ein. 2015 schränkten neun Kantone und das FL das Angebot im Hauswirtschaftsdienst durch Tarifvorgaben ein. Ähnlich verfahren dreizehn Kantone und das FL im Bereich Betreuung und Hotellerie bei Alters- und Pflegeheimen. ³⁶

Sehr häufig werden für den ganzen Kanton einheitliche Tarife verlangt. Im stationären Bereich ist dies der Fall in den Kantonen BS, FR, GR, JU, VD und ZG. Eine solche Regelung gewährt den Patienten zwar insofern volle Mobilität innerhalb eines Kantons, als die Klienten ihre Leistungserbringer unabhängig vom Preis wählen können. Sie lässt den Leistungserbringern aber kaum Spielraum, um sich über unterschiedliche Ange-

Die unterschiedliche Restfinanzierung je nach Lohnkosten wird oft mit der Qualität der Pflege begründet. Doch der Lohn alleine, wie Grade-Mix-Vorgaben, ist keine Garantie für gute Pflege.

³⁶ Kantone mit Tarifvorgaben im Bereich Hauswirtschaftsdienst: GL, GE, GR, JU, NE, NW, VS, ZG und ZH. Kantone mit Tarifvorgaben im Bereich Betreuung und Hotellerie: AG, AR, BS, FR, GE, GR, JU, NE, SH, VD, VS, ZG und ZH.

bote zu differenzieren. Attraktive Gruppenaktivitäten für die Heimbewohner, innovative Betreuungskonzepte, ein Zimmer mit Balkon oder eine attraktive Lage im Stadtzentrum, all diese Leistungen müssen mittels vorgegebener und einheitlicher Betreuungs- und Hotellerietaxen finanziert werden. Angesichts objektiv unterschiedlicher Kostenstrukturen – ein Pflegeheim an bevorzugter Lage wird höhere Immobilienkosten haben als ein Pflegeheim in der Peripherie – gehen somit Vorteile entlang einer Leistungsdimension fast immer auf Kosten von anderen Attraktionen, etwa von Betreuungsaktivitäten.

Der am zweithäufigsten genannte Grund für Tarifeinschränkungen im nicht-pflegerischen Bereich ist der Schutz vor der Quasi-Monopolsituation mancher Leistungserbringer. Alle Kantone gestatten den Pflegebedürftigen zwar volle Mobilität innerhalb des Kantons (vgl. Kapitel 2). Sind sie mit dem Preis-Leistungs-Verhältnis eines Anbieters unzufrieden, können sie einen anderen Leistungserbringer in einer anderen Gemeinde aussuchen. Doch einerseits sind ältere Personen meist ihrem Wohnort sehr verbunden und kaum bereit, sich weit entfernt von ihrem Wohnsitz niederzulassen. Und andererseits bilden die hohen Investitionskosten im stationären Bereich eine hohe finanzielle Eintrittsbarriere für potenzielle neue Pflegeheimanbieter. Dazu kommt noch eine gesetzliche Eintrittsbarriere dadurch, dass die Bettenzahl in vielen Kantonen plafoniert ist. Beides zusammen bietet bestehenden Anbietern grossen Schutz vor Konkurrenz und stärkt ihre potenziell marktdominante Position.

Manche Kantone, wie etwa GE, haben deshalb maximale Taxen festgelegt. Im Kanton AR dürfen die Betreuungskosten maximal 20 % der Pflegekosten ausmachen.³⁷ Der Kanton AG hat in seinem Pflegegesetz (Art. 14 b) eine Regelung für ausserordentlich hohe Taxen definiert: «Bei stationären Pflegeeinrichtungen, deren Taxen für die übrigen Kosten deutlich vom branchen- und ortsüblichen Niveau abweichen, ohne dass dafür eine plausible Begründung besteht, kann das zuständige Departement nach Anhörung der betroffenen stationären Pflegeeinrichtung geeignete Massnahmen anordnen.» Solche Massnahmen wurden sogar rückwirkend für Rechnungen des Jahres 2011 angeordnet.

Andere Kantone machen keine Vorgaben für die Höhe der Taxen per se, sondern beschränken die Gewinnmöglichkeiten der Institutionen. Im Kanton ZH dürfen Leistungserbringer mit Versorgungspflicht höchstens Taxen verlangen, die den effektiven Kosten entsprechen (Gewinnverbot). In eine ähnliche Richtung gehen die Kantone NE und VS mit den Pflegeheimvorgaben für nicht-pflegerische Leistungen, die für jedes Heim spezifisch formuliert werden. Die Vorgaben orientieren sich an den reinen effektiven Kosten und schalten damit alle Sparanreize aus. Jede Senkung der Betriebskosten wird mit einer Senkung der Taxen «bestraft».

Hohe Investitionskosten
und plafonierte
Bettenzahlen bieten
bestehenden
Anbietern grossen
Schutz vor Konkurrenz.

³⁷ Diese Regelung wurde 2016 abgeschafft.

Die Taxen in den Kantonen BL und SO sind im nicht-pflegerischen Bereich offen, solange die Preise oberhalb der maximalen EL-Obergrenzen auch Leistungen entsprechen, die nur von Patienten ohne Ergänzungsleistungen bezogen werden. Somit kann eine Quersubventionierung von EL-Bezügern durch selbstzahlende Patienten vermieden werden.

4.6 _Fazit und Subranking «Finanzierung»

Fünf Beurteilungskriterien der kantonalen Finanzierungsstruktur

Das Ranking der Finanzierung der Alterspflege gliedert sich entlang dreier Dimensionen. Erstens sollten die Beiträge der öffentlichen Hand einer ökonomischen und nicht einer politischen Logik folgen. Die Finanzierungsbeiträge sollten also von der Art der Leistungserbringer (ambulant, semistationär und stationär) unabhängig sein. Zweitens sollte die fiskalische Äquivalenz, auch unter Berücksichtigung der Ergänzungsleistungen, eingehalten werden. Wer zahlt, befiehlt. Drittens sollte die Eigenverantwortung gestärkt und die Solidarität gezielt gelebt werden, statt nach dem Giesskannenprinzip. Wir messen diese Dimensionen anhand von fünf Kriterien, die gleich gewichtet werden und Werte zwischen 0 und 1 einnehmen können, wobei 1 die bestmögliche und 0 die schlechteste Punktzahl ist (vgl. Tabellen 29 bis 33 im Anhang):

- *Leistungserbringerneutrale Patientenbeiträge:* Gemäss dem Grundsatz «Ambulant *mit* stationär» sollte der Ort der Pflege aufgrund des Pflegebedürfnisses (leichte Pflege sollte ambulant, schwere Pflege stationär behandelt werden) und nicht aufgrund politischer Erwägungen gewählt werden können. Die Patientenbeteiligung bei Pflegeleistungen sollte deshalb für ambulante und stationäre Leistungserbringer möglichst identisch sein. 0,5 Punkte gibt es für die kleinste Differenz (Fr. 0.– pro Tag), null Punkte für die höchste (Fr. 21.60 pro Tag). Dazwischen erfolgt die Punktevergabe linear. Zudem subventionieren manche Kantone die Betreuungs- und Pensionsausgaben in Tagesstrukturen, während die gleichen Ausgaben durch den Patienten allein getragen werden müssen, wenn die Betreuung zu Hause oder im Pflegeheim erfolgt. Dadurch wird die Nachfrage verzerrt. Besteht eine solche Subvention, gibt es keinen Punkt, sonst 0,5 Punkte.
- *Leistungserbringerneutrale Finanzierungsbeiträge:* Gleiche Leistung, gleiche Finanzierung: Nach diesem Grundsatz sollten alle Leistungserbringer unabhängig von ihrer Rechtsform, Gewinnorientierung oder Kostenstruktur entschädigt werden. Folgt ein Kanton dieser Logik bei der Restfinanzierung von Pflegeleistungen gegenüber allen Leistungserbringern, gibt es für den ambulanten und den stationären Bereich je 0,5 Punkte, sonst keinen Punkt.
- *Fiskalische Äquivalenz:* Die fiskalische Äquivalenz ist der beste Garant für einen schonenden Umgang mit Ressourcen. Wenn die gleiche Ebene nicht nur das Angebot bestimmt, sondern auch dafür zahlt, kann die

Versorgung eher der preisadjustierten Nachfrage entsprechen. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Kanton oder die Gemeinde diese Gesamtverantwortung trägt. Dementsprechend gibt es im ambulanten Bereich 0,2 Punkte, wenn die gleiche institutionelle Stufe (Kanton, Gemeinde) die Tarife festlegt und die Restfinanzierung trägt. Wenn sich Gemeinde und Kantone die Finanzierung teilen, gibt es 0,1 Punkte, sonst keinen. Im stationären Bereich gibt es maximal 0,8 Punkte, wenn die gleiche Instanz (Kanton oder Gemeinde) die Pflēgetarife festlegt und die Restfinanzierung sowie die EL-Kosten trägt. Wird die Restfinanzierung oder die Finanzierung der Ergänzungsleistungen zwischen dem Kanton und den Gemeinden aufgeteilt, gibt es je 0,2 Punkte Abzug. Ist die Zuständigkeit für die Tarife von derjenigen für die Restfinanzierung bzw. für die EL-Kosten unterschieden, gibt es je 0,4 Punkte Abzug. Das stärkere Gewicht des stationären Bereichs entspricht etwa dem Anteil der Pflegeheimkosten an den gesamten Kosten der Alterspflege.

- *Höhe der Patientenbeteiligung:* Die Finanzierung der Alterspflege ist primär kollektiv organisiert. 84 % der Einnahmen der Pflegeheime für medizinische Pflegeleistungen gingen 2014 in der Schweiz zulasten der Krankenkassen und der öffentlichen Hand. Die restlichen 16 % stammten aus den Beiträgen der Patientenbeteiligungen. Diese Beiträge sind nach oben plafoniert, hingegen können sie die Kantone tiefer ansetzen. Höhere Patientenbeteiligungen stärken die Eigenverantwortung und dämpfen die Nachfrage nach Pflegeleistungen. Niedrigere Beiträge für alle kommen dagegen einer Subvention nach dem Giesskannenprinzip gleich. Gezielter könnte man Bürger aus einfachen Verhältnissen mit Ergänzungsleistungen unterstützen. Bei diesem Kriterium gibt es deshalb für den ambulanten Bereich 0,5 Punkte, wenn die Patientenbeteiligung das gesetzliche Maximum von Fr. 15.95 pro Tag, und 0,25 Punkte, wenn sie ein Maximum von Fr. 8.– pro Tag erreicht. Sonst gibt es keine Punkte. Für 0,5 Punkte muss die Patientenbeteiligung im stationären Bereich auf allen Pflegestufen bei Fr. 21.60 (dem gesetzlichen Maximum) liegen. Ist sie für gewisse Stufen tiefer, gibt es noch 0,25 Punkte. Erreicht sie auf keiner Stufe Fr. 21.60, gibt es keine Punkte.
- *Gezielte EL-Zugangsregelungen:* Jeder zweite Bewohner von Alters- und Pflegeheimen kann für den Heimaufenthalt mit den eigenen finanziellen Mitteln nicht aufkommen und erhält Ergänzungsleistungen. Die heimbedingten Mehrkosten der EL sind etwa gleich hoch wie die Beteiligung des Staates an der Restfinanzierung der Pflege. Statt vielen (der Hälfte der Bewohner) etwas zu geben und dafür Steuern zu erheben, sollten die EL gezielter eingesetzt werden. Damit würde eine ineffiziente Umverteilung reduziert. Die Kantone können den Zugang zu EL über zwei Stellschrauben steuern, den vorgeschriebenen Vermögensverzehr und die anrechenbaren persönlichen Auslagen. Kantone, die erst Ergänzungsleistungen zahlen, wenn auch mit einem Vermögensverzehr von 20 % die Kosten nicht gedeckt werden können, erhal-

ten 0,5 Punkte. Kantone, die grundsätzlich 20 % anrechnen, jedoch Sonderregelungen zum Beispiel für verheiratete Paare kennen, erhalten 0,33 Punkte. Kantone, die einen Vermögensverzehr von 10 % verlangen, bekommen 0,17 Punkte, die andern bekommen null Punkte. Weitere 0,5 Punkte erhalten jene Kantone, die für die Ausrichtung der EL bei den persönlichen Ausgaben den kleinsten Wert vorsehen, 0 Punkte jene mit dem grössten Wert. Dazwischen erfolgt die Punktevergabe linear.

Kanton NW an der Spitze, Kanton TI als Schlusslicht

Der Kanton NW führt das Finanzierungsranking mit 0,93 Punkten deutlich an (vgl. Tabelle 18). Er erreicht bei fast allen Kriterien Bestwerte. Nur die Differenz zwischen der Patientenbeteiligung im stationären und im ambulanten Bereich sowie die persönlichen Auslagen bei den Ergänzungsleistungen sollten etwas tiefer sein. Der zweitplatzierte Kanton BE liegt mit 0,71 Punkten schon deutlich zurück. Am Schluss der Rangliste stehen die Kantone FR und TI mit 0,37 bzw. 0,31 Punkten. Beide Kantone erreichen bei den ersten beiden Kriterien der leistungserbringerneutralen Finanzierung keinen Punkt.

Tabelle 18

Die Reihung der Kantone gemäss dem Subranking «Finanzierung»

Die Detailbewertung der einzelnen Rankingkriterien findet sich im Anhang.

Punktzahl						
	Leistungs- erbringer- neutraler Patienten- beitrag	Leistungs- erbringer- neutrale Finanzie- rungsregel	Fiskalische Äquivalenz	Höhe der Patienten- beteiligung	Gezielte EL-Zugangs- regelungen	Total (Mittelwert)
NW	0,87	1,00	1,00	1,00	0,76	0,93
BE	0,00	1,00	0,80	1,00	0,74	0,71
UR	0,37	0,50	0,80	1,00	0,81	0,70
LU	0,87	0,00	0,80	1,00	0,79	0,69
ZG	0,88	1,00	0,50	0,50	0,50	0,68
SG	0,87	0,50	0,50	1,00	0,50	0,67
AI	0,19	0,50	1,00	0,75	0,90	0,67
AG	0,87	0,50	0,50	1,00	0,41	0,66
AR	0,69	0,50	0,40	0,75	0,90	0,65
SO	0,87	0,50	0,40	0,75	0,66	0,64
TG	0,37	0,50	0,60	0,75	0,92	0,63
GR	0,69	0,50	0,70	0,75	0,48	0,62
JU	0,00	1,00	0,80	0,50	0,76	0,61
OW	0,87	0,00	0,60	1,00	0,55	0,60
BS	0,19	1,00	0,50	0,75	0,55	0,60
VD	0,00	1,00	0,40	0,50	0,88	0,56
ZH	0,69	0,00	0,70	0,75	0,50	0,53
GE	0,50	0,00	1,00	0,25	0,84	0,52
BL	0,19	1,00	0,20	0,75	0,42	0,51
NE	0,00	0,00	1,00	0,50	0,88	0,48
SH	0,87	0,00	0,20	0,75	0,53	0,47
SZ	0,69	0,00	0,20	0,75	0,65	0,46
VS	0,00	0,50	0,40	0,25	0,79	0,39
GL	0,50	0,00	0,60	0,50	0,29	0,38
FR	0,00	0,00	0,70	0,50	0,65	0,37
TI	0,00	0,00	0,40	0,50	0,67	0,31
FL	n.a.	0,50	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

n.a. = nicht anwendbar

Quelle: eigene Berechnungen

05 Gesamtranking und Ausblick

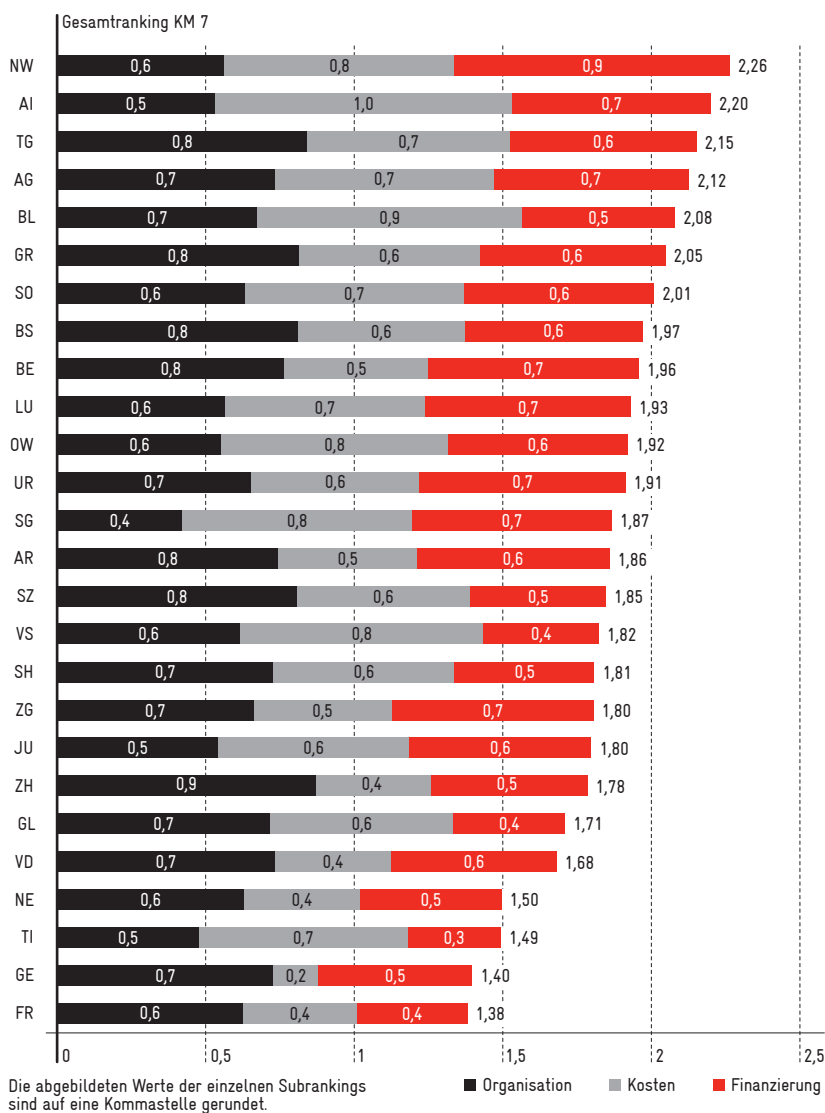
5.1 _	Ein differenziertes Bild der Alterspflege	_ 122
5.2 _	Bisherige Herausforderungen nur ein Vorgeschmack	_ 123
	Ein grauer Tsunami	_ 123
	Immer knappere Personalressourcen	_ 124
	Pflegekosten von 18 Milliarden Franken im Jahr 2030	_ 126
5.3 _	Drei Erfolgsfaktoren für die Alterspflege der Zukunft	_ 127
	Flexibilität und Anpassungsfähigkeit	_ 127
	Durchlässigkeit zwischen Leistungserbringern	_ 128
	Kosteneffizienz dank Wettbewerb	_ 130
5.4 _	Langfristige Finanzierung mit vererbbarem Pflegekapital	_ 131
5.5 _	Fazit	_ 134

5.1_Ein differenziertes Bild der Alterspflege

Die bisherigen Kapitel zu Organisations-, Kosten- und Finanzierungsthemen sind drei Facetten der Alterspflege in den Kantonen und im Fürstentum Liechtenstein. Diese Facetten sind nicht nur komplementär, sondern beeinflussen sich gegenseitig. Ein grosszügig ausgebautes Pflegeangebot führt zu hohen Kosten, die – bei plafonierten Patienten- und Krankenkassenbeiträgen – zu höheren Finanzierungsanteilen der öffentlichen Hand führen. Umgekehrt können hohe Taxen der öffentlichen Hand zu einem ineffizienten, sprich teuren Einsatz personeller Ressourcen oder zu einer Fehlsteuerung des Angebots und der Nachfrage führen. Unser Gesamtranking (vgl. Abbildung 16) will diese drei Facetten unter einen Hut bringen. Es besteht aus der Summe der Subrankings der

Abbildung 16

Gesamtranking: Der Kanton NW an der Spitze, der Kanton FR als Schlusslicht



Quelle: eigene Berechnungen

Kapitel 2, 3 und 4. Alle drei Subkriterien sind dabei gleich – mit maximal einem Punkt – gewichtet.

Das Gesamtranking fördert grosse Unterschiede zu Tage. Die zwei Extreme bilden der Kanton NW mit 2,26 Punkten (von maximal 3,0 Punkten) einerseits und der Kanton FR mit 1,38 Punkten anderseits. Vier Kantone (NW, AI, TG und AG) weisen Werte oberhalb von 2,1 Punkten auf (mehr als 70 % der maximalen Punktzahl). Vier Kantone (NE, TI, GE und FR) erhalten weniger als 50 % der möglichen Punkte (Werte unterhalb von 1,5 Punkten).

Die Analyse der einzelnen Subrankings zeigt ein differenziertes Bild. Der Kanton GE ist vor allem aufgrund des tiefen Kosten-Rankings auf dem vorletzten Platz. Die hohen Kosten lassen sich allerdings nicht nur mit den hohen Lebenshaltungskosten erklären (vgl. Abbildung 8, S. 52), wie der Vergleich mit den Kantonen ZH und BS unterstreicht. Im Bereich Organisation platziert sich der Kanton GE im mittleren Feld (Rang 10), im Bereich Finanzierung hingegen ebenfalls im hinteren Feld. Der letzte Kanton, FR, weist zwar tiefere Kosten pro Pflegebedürftigen von 65 Jahren und mehr aus als der Kanton GE, und er erhält dadurch mehr Punkte für die Kostendimension. Er schneidet aber bei der Organisations- und der Finanzierungsdimension schlechter ab. Dies liegt unter anderem an dem leistungserbringerabhängigen Patientenbeitrag und an der nicht vollständigen fiskalischen Äquivalenz im Kanton FR. Umgekehrt ermöglicht die konsolidierte Betrachtung aller drei Dimensionen das Hervorheben von Kantonen mit schwachen einzelnen Subrankings. So erreichen die Kantone SG und AI trotz schlechter Klassierung in der Organisationsdimension (Rang 26 bzw. 24) immer noch das Mittelfeld bzw. den zweiten Platz des Gesamtrankings.

5.2_Bisherige Herausforderungen nur ein Vorgeschmack

Ein grauer Tsunami

Die Herausforderungen der Alterspflege, die in diesem Kantonsmonitoring dargelegt werden, stellen lediglich eine Momentaufnahme dar. Doch die Alterung der Gesellschaft ist ein Prozess, der bereits voll im Gange ist und dessen Dynamik sich in den kommenden zwanzig Jahren signifikant beschleunigen wird. Die Lebenserwartung steigt gemäss neuesten Erkenntnissen (BFS 2015k, Aon und Libera 2015) weiter. Das ist zwar nicht wirklich neu, neu ist aber die Ankunft der geburtenstarken Babyboomer-Jahrgänge im Rentenalter. Durch ihre Pensionierung setzt ein Turbo in der Alterung unserer Gesellschaft ein, weil einerseits deutlich mehr Einwohner das Erwerbsleben verlassen und anderseits weniger Personen im Erwerbsprozess nachrücken.

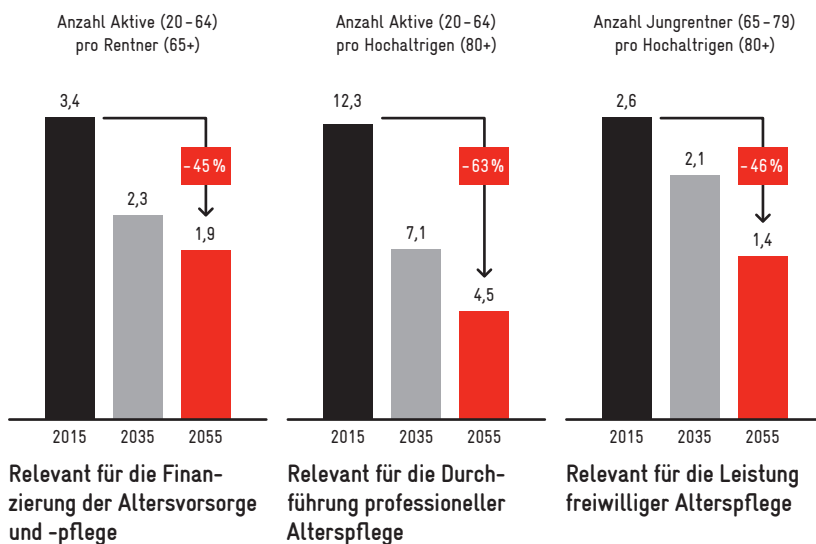
Gemäss den neusten Referenzszenarien des Bundesamts für Statistik wird die Zahl der 65-jährigen und Älteren von 2014 bis 2035 um 61%

Durch die Pensionierung der Babyboomer setzt ein Turbo in der Alterung unserer Gesellschaft ein, weil deutlich mehr Einwohner das Erwerbsleben verlassen und weniger Personen im Erwerbsprozess nachrücken.

Abbildung 17

Die Alterung der Gesellschaft mit finanziellen, aber auch personellen Konsequenzen

Nicht nur für die Finanzierung der Altersvorsorge und -pflege, die eine starke Umverteilung von Jung zu Alt voraussetzt, werden die demografischen Änderungen Konsequenzen haben. Auch bedeutet der Rückgang der Anzahl Aktiven pro Hochaltrigen eine Herausforderung, will man genügend Personal für die Alterspflege rekrutieren können.



Quelle: BFS 2015k, eigene Berechnungen

und diejenige der 80-Jährigen und Älteren sogar um 86 % steigen. Im gleichen Zeitraum wird die Bevölkerungsgruppe der 20- bis 65-Jährigen lediglich um 7 % zunehmen (BFS 2015k). Stehen heute etwa zwölf Personen im Erwerbsalter jedem 80-Jährigen und Älteren gegenüber, werden es 2035 nur noch sieben sein (vgl. Abbildung 17).

Das Jahr 2035 mag einem zwar noch fern scheinen, es ist jedoch nur 19 Jahre entfernt. Die Rentner von morgen sind nicht nur bereits geboren, sondern stehen in der Blüte ihrer beruflichen Karriere. Die Nettoimmigration dürfte diese demografische Tendenz kaum umkehren können. Und die Babyboomer-Generation und ihr Einfluss auf die Alterspyramide sind kein vorübergehendes Problem, das sich von selbst löst. Das Verhältnis der 20- bis 64-Jährigen zu den 65-Jährigen und Älteren bzw. zu den 80-Jährigen und Älteren wird auch bis 2055 gemäss den neusten Projektionen des BFS weiter sinken (vgl. Abbildung 17).

Immer knappere Personalressourcen

Die Alterung der Gesellschaft bedeutet eine Zunahme der Anzahl Senioren, die Pflege – und damit das dafür erforderliche Fachpersonal – benötigen. Gemäss einer Credit-Suisse-Studie (Christen et al. 2015) braucht es bis 2040 allein in Pflegeheimen zusätzliche 48 000 bis 71 000 Pflegevollzeitstellen. 2014 waren es 89 000 Vollzeitstellen (BFS 2015b). Dieser Bedarf ergibt sich zusätzlich zum Bedarf für den Ersatz pensionierter Mitarbeiter.

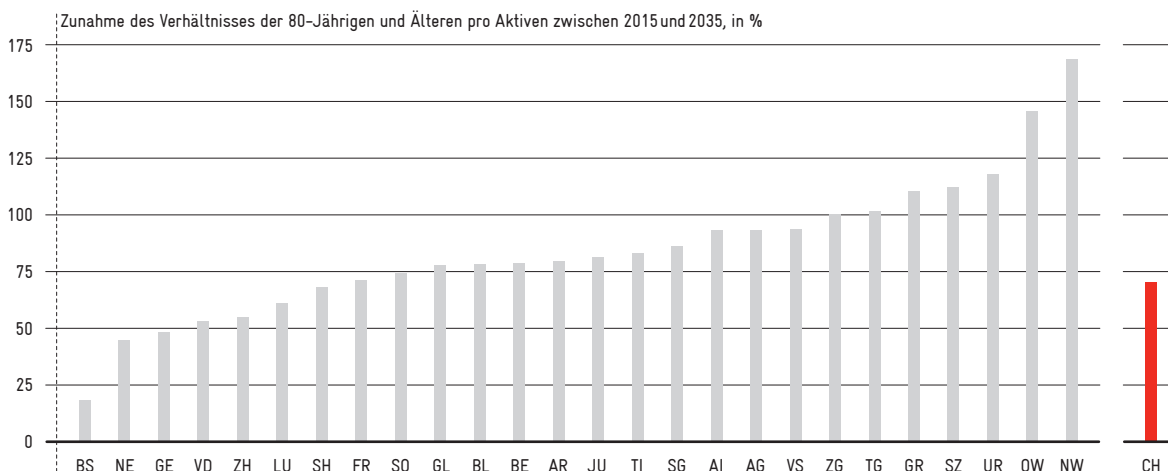
Die Rekrutierung von Pflegefachpersonen wird in einer alternden Gesellschaft zunehmend schwieriger. Nimmt man die Zahl der 80-Jährigen und Älteren als Indikator für den Pflegebedarf und setzt sie ins Verhältnis zur Bevölkerung im Erwerbsalter (vgl. Abbildung 18), wird klar, dass der Anteil pflegender Fachpersonen an der Erwerbsbevölkerung massiv – nämlich um gut 70 % – zunehmen müsste, falls die gleiche Pflegeleistung pro Person erbracht werden sollte.

Diese Zuspitzung des Fachkräftemangels in der Alterspflege bis 2035 gilt zwar für die gesamte Schweiz, aber mit je nach Kanton sehr unterschiedlichen Ausprägungen (BFS 2016d). Im Kanton BS wird das Verhältnis der 80-Jährigen und Älteren zur Zahl der Personen im Erwerbsalter «nur» um 18 % zunehmen, weil die Zunahme der Anzahl Hochbetagter weitgehend durch eine Zunahme jüngerer Einwohner kompensiert werden wird. In den Kantonen NE, GE, VD und ZH wird sich das genannte Verhältnis bis 2035 um 45 % bis 55 % erhöhen, was immer noch deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt liegt. Am stärksten wird die verhältnismässige Zunahme der Hochbetagten in der Zentralschweiz sein, zum Beispiel in den Kantonen UR (+118 %), OW (+146 %) und NW (+169 %).

Die Ausbildung neuer und der Erhalt bestehender Pflegefachpersonen werden also von grosser Wichtigkeit sein. Auch die Nutzung brachliegender Potenziale (zum Beispiel Frauen oder Senioren, die nicht oder nur Teilzeit arbeiten) ist ein wichtiger Ansatz. Allerdings sind die Reserven bescheiden. Gemäss einer Schätzung von Schürch und Winkler (2014) liegt das schlummernde Potenzial von Personen mit der nötigen Ausbildung im Gesundheitssektor lediglich bei 1500 bis 3000 Vollzeitstellen.

Abbildung 18
Hochbetagte auf dem Vormarsch

Die Anzahl 80-Jähriger und Älterer wird im Vergleich zur aktiven Bevölkerung in den kommenden 20 Jahren signifikant steigen. Das Verhältnis der ersten zur zweiten Gruppe wird in der Schweiz im Durchschnitt um 70 % zunehmen.



Quelle: : BFS 2016f, eigene Berechnungen

Der Immigration von qualifiziertem Personal sind Grenzen gesetzt. 2013 waren bereits 32 % der Angestellten in Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen ausländischer Herkunft (Schürch und Winkler 2014). Auch in den Nachbarländern altert die Gesellschaft, und damit steigt der eigene Bedarf an Pflegekräften. Wenn sich die Arbeitsbedingungen für qualifiziertes Personal dort verbessern, sinkt die relative Attraktivität der Schweiz. Auch die Umsetzung der «Masseneinwanderungsinitiative» dürfte die Immigration in die Schweiz limitieren.

Das macht es zwingend notwendig, die in den Kapiteln 2 und 3 identifizierten Synergiepotenziale zu realisieren. Da derzeit 97 % der Bevölkerung ein Alters- und Pflegeheim innert 10 Fahrminuten erreichen können (Credit Suisse 2015), könnte eine massvolle Konzentration der Alters- und Pflegeheime Personalressourcen schonen, ohne dass der Komfort der Angehörigen gross darunter leidet. Auch die Qualität würde sich verbessern, wenn die Fallzahlen pro Pflgetyp und Institution steigen würden. Im ambulanten Bereich wird die Bedeutung intermediärer Strukturen zunehmen müssen. Polikliniken, betreutes Wohnen mit «Spitin» (hausinterne Spitex), Demenz-Wohngemeinschaften usw. sind mögliche Stichworte.

Pflegekosten von 18 Milliarden Franken im Jahr 2030

Neben der Personalrekrutierung wird die Finanzierung der Alterspflege zunehmend zur Herausforderung. Betrug 2014 die Gesamtkosten für Spitex sowie Alters- und Pflegeheime 11,1 Mrd. Fr. (BSV 2015a, BSV 2015b), werden sie 2030 gemäss einer Schätzung des Gesundheitsobservatoriums Obsan 17,8 Mrd. Fr. oder 2,8 % des BIP betragen (Weaver et al. 2008).

Der potenzielle Einfluss des medizinischen Fortschritts wurde bei diesen Projektionen berücksichtigt und mit zwei Szenarien geschätzt. Im ersten Szenario wurde angenommen, die Zunahme der Lebenserwartung bis 2030 gehe mit einer Zunahme der gesunden Lebensjahre einher (Kompression der Morbidität). Im zweiten Szenario wurde angenommen, die gewonnenen Lebensjahre seien mit einer Ausdehnung der Jahre bei schlechter Gesundheit verbunden (Expansion der Morbidität). Gemäss diesen Szenarien würden die Ausgaben für die Langzeitpflege 2030 zwischen 16,2 und 20,0 Mrd. Fr. bzw. 2,5 % und 3,1 % des BIP variieren (Weaver et al. 2008). Welches Szenario für die Schweiz wahrscheinlicher ist, ist schwer abzuschätzen. So hat sich in der Vergangenheit für die USA die Kompressionstheorie bestätigt, für Japan hingegen nicht (Harper 2014).

Genauso bedeutend wie der medizinische Fortschritt ist der Einfluss der Alterspflegeorganisation. In einer Untersuchung über die Konsequenzen der Substitution der freiwilligen Arbeit von Pflegeangehörigen durch die Spitex sowie der Leistungen in Alters- und Pflegeheimen durch die Spitex ist die Spannbreite der Schätzungen ähnlich gross wie bei jenen zu den Folgen des medizinischen Fortschritts. Die Ausgaben würden 2030 zwischen 15,7 Mrd. Fr. und 19,1 Mrd. Fr. betragen (Weaver et al. 2008).

Der Immigration von qualifiziertem Personal sind Grenzen gesetzt. 2013 waren bereits 32% der Angestellten in Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen ausländischer Herkunft.

Die von Obsan verwendeten Szenarien stützen sich auf Bevölkerungsprojektionen von 2005 (Szenario A-00-2005). Die Eidgenössische Finanzverwaltung hat 2016 aufgrund aktuellerer Bevölkerungsszenarien (A-00-2015) ähnliche Projektionen gewagt und die Kosten der Langzeitpflege bis 2045 geschätzt (Brändle et al. 2016). Die Kosten der Langzeitpflege in Prozent vom Bruttoinlandprodukt (BIP) wachsen von 1,6 % 2013 auf 2,3 % 2030 bzw. 3,4 % 2045. Neben dem Referenzszenario wurden Szenarien untersucht, die neben der Kompression der Morbidität auch den Einfluss der Migration sowie den Lohndruck im Gesundheitssektor aufgrund der knappen Personalressourcen berücksichtigen. Je nach Szenario bewegen sich die Kosten der Langzeitpflege 2045 für die öffentliche Hand zwischen 1,5 % und 1,9 % des BIP, davon beinahe 90 % auf Kosten der Kantone und Gemeinden. Verglichen mit den 0,8 % des BIP 2013 ist selbst im optimistischsten Szenario somit bis 2045 mit einer Verdoppelung der staatlichen Ausgaben im Verhältnis zum BIP zu rechnen.

Selbst im optimistischsten Szenario ist bis 2045 mit einer Verdoppelung der staatlichen Ausgaben für die Alterspflege im Verhältnis zum BIP zu rechnen.

5.3_Drei Erfolgsfaktoren für die Alterspflege der Zukunft

Die kantonal sehr unterschiedliche Nachfrage nach ambulanten und stationären Dienstleistungen sowie nach diversen Formen und Ausprägungen intermediärer Entlastungsangebote zeigt, wie schwer es ist, eine Versorgung sicherzustellen, die der lokalen Topografie und Demografie sowie den Präferenzen und finanziellen Ressourcen der Bevölkerung Rechnung trägt.

Zu den Nachfragefaktoren kommen Herausforderungen auf der Angebotsseite. In einer alternden Gesellschaft wird der Bedarf an Pflegefachpersonen stark steigen. Je nach künftigem medizinischem Fortschritt und der künftigen Aufgabenteilung zwischen Angehörigen, Spitex-Organisationen und Pflegeheimen wird sich der Fachkräftemangel mehr oder weniger zuspitzen. Qualifiziertes Fachpersonal zu finden, wird für alle anspruchsvoll werden, besonders für Peripherieregionen und wirtschaftsschwache Kantone. Der Bau von Infrastrukturen (Pflegeheime, geschütztes Wohnen, Tagesstätten) benötigt zudem hohe Investitionen und lange Vorlaufzeiten. Um diese Herausforderungen zu meistern, empfiehlt es sich für die Kantone, in ihrer Alters- und Langzeitpflegepolitik auf drei Erfolgsfaktoren zu achten.

Flexibilität und Anpassungsfähigkeit

Die Entwicklung der Nachfrage nach Alterspflegeleistungen ist selbst mittelfristig ungewiss, wie die Projektionen von Obsan und der Eidgenössischen Finanzverwaltung gezeigt haben. Umso wichtiger ist es, Flexibilität in die Versorgungskette einzubauen, damit sich Angebot und Nachfrage bei veränderten Verhältnissen möglichst einfach und schnell angleichen können. Eine stark dirigistische Haltung in einem sich lau-

fend verändernden Umfeld ist zum Scheitern verurteilt. Die langen politischen Entscheidungswege sind zu träge und können lokale Besonderheiten nur ungenügend berücksichtigen. Wie in einem Interview zu Recht gesagt wurde, variieren selbst im kleinen Kanton Uri die Bedürfnisse der Einwohner im hinteren Schächental stark von denjenigen im 16 Kilometer entfernten Flüelen am Vierwaldstättersee.

Eine dezentrale, möglichst marktnahe Lösung wäre am besten geeignet, die individuellen und regionalen Bedürfnisse abzudecken. Gleichzeitig birgt eine zu grosse Dezentralisierung die Gefahr, zu kleinräumig zu handeln und Skaleneffekte und Synergien ausser Acht zu lassen. Es braucht eine Art «goldene Mitte». Zahlreiche Kantone (GR, SH, TI und VS) haben deshalb Versorgungs- oder Planungsregionen innerhalb des Kantons definiert, die für die Bettenplanung oder die Organisation von ambulanten Dienstleistungen mit Versorgungspflicht zuständig sind. Im Kanton VD, wo Spitex-Angebote grundsätzlich zentral vom Kanton gesteuert werden, werden neu regionale Zentren gebildet (wie der Balcon du Jura, vgl. s. 32), die ambulante und stationäre Leistungen aus einer Hand anbieten. In anderen Kantonen (wie ZG und SG) haben sich auch «von der Basis» her Gemeindeverbände gebildet, die einzelne Pflegeleistungen gemeinsam organisieren.

Flexibilität ist nicht nur Sache der physischen Nähe, sondern auch des regulatorischen Umfelds. In den Kantonen GE und NE sind die Aufgaben und die Organisation der öffentlich-rechtlichen Spitex-Dienste detailliert in eigenen Gesetzen geregelt. So sind die Zusammensetzung des Verwaltungsrats, Bestimmungen zur Einberufung von dessen Sitzungen und zu den nötigen Quoten sowie die Zusammensetzung der Geschäftsleitung im Gesetz definiert. Ein solcher Detaillierungsgrad auf gesetzlicher Stufe versteift die Organisation der Alterspflege, weil jede Änderung den Durchlauf des ganzen parlamentarischen Prozesses (von der Botschaft bis zur Schlussabstimmung) bedingt. Regelungen auf Verordnungs- oder Beschlussstufe sind flexibler und daher vorzuziehen. Am idealsten sind Regelungen im Rahmen von Leistungsvereinbarungen zwischen der öffentlichen Hand und den Leistungserbringern, die regelmässig überprüft werden können. Im Kanton ZG werden Leistungsvereinbarungen vermehrt zeitlich befristet. Diese Frist gibt dem Leistungserbringer Planungssicherheit (Kündigungsschutz während der Vertragsdauer) und dem Staat die Möglichkeit und auch den Auftrag, den Leistungskatalog und die Leistungspreise regelmässig zu prüfen und allenfalls neu zu verhandeln.

Flexibilität ist nicht nur Sache der physischen Nähe, sondern auch des regulatorischen Umfelds. Am idealsten sind Regelungen im Rahmen von Leistungsvereinbarungen zwischen der öffentlichen Hand und den Leistungserbringern, die regelmässig überprüft werden können.

Durchlässigkeit zwischen Leistungserbringern

Die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen sind sehr unterschiedlich und werden sich zudem mit der Zeit ändern. Umso wichtiger wird es sein, Organisations- und Finanzierungsformen zuzulassen, die

komplementäre und innovative Angebote ermöglichen und die Durchlässigkeit zwischen den Leistungserbringern fördern.

Nach dem Grundsatz «Ambulant *mit* stationär» sollte die Art des Leistungserbringers einzig durch die Pflegebedürftigkeit der Betagten und nicht durch finanzielle Anreize bestimmt werden. Leichtpflegebedürftige sollten daheim, in Tagesstrukturen oder in betreuten Wohnungen gepflegt werden, Schwerpflegebedürftige im Heim. Finanzierungsregeln, die ambulante Dienstleister oder Tagesstrukturen grundsätzlich besserstellen als stationäre Pflegeinstitutionen, sind deshalb zu vermeiden. Die Kantone FR, JU, NE, TI, VD und VS verlangen überhaupt keine Patientenbeteiligung für Spitex-Dienstleistungen (vgl. Tabelle 17, S. 112). In anderen Kantonen beträgt der Unterschied zwischen der Patientenbeteiligung im ambulanten und im stationären Bereich Fr. 5.65 bis Fr. 21.60 pro Tag. Nur der Kanton GE verlangt die gleiche Patientenbeteiligung von Fr. 8.– pro Tag für beide Bereiche. Darüber hinaus unterstützen zwölf Kantone Tagesstrukturen mit Subventionen für Betreuungs- und Hotellerieleistungen. Dadurch sind Spitex-Organisationen und Alters- und Pflegeheime im Nachteil, weil dort die Patienten die Kosten solcher Leistungen selber tragen müssen.

Betreutes Wohnen wird immer wichtiger und stellt ein wichtiges Angebot zwischen dem Verbleiben zu Hause und einer Heimpflege dar. Diese intermediären Strukturen bleiben jedoch EL-Bezügern verwehrt, weil die Miete für solche Wohnungen nicht mit Ergänzungsleistungen finanziert wird. Für Personen mit niedrigen Einkommen ist der Eintritt ins Pflegeheim somit die einzige finanzierbare Lösung, wenn das Verbleiben zu Hause mit Hilfe der Spitex nicht mehr möglich ist. Im Gegensatz zur Miete beim betreuten Wohnen werden nämlich die Heimtaxen mit Ergänzungsleistungen bezahlt, obwohl aus volkswirtschaftlicher Sicht die Pflege in einer betreuten Wohnung oft günstiger wäre (vgl. S. 95ff). Der Kanton GR hat deshalb 2015 entschieden, zusätzliche EL-Beiträge für den Aufenthalt in betreuten Wohnungen auszurichten, und im Kanton JU wurde Ende 2015 eine solche Finanzierungsform in die Vernehmlassung geschickt.

Schliesslich sind Subjektfinanzierungen – also direkte Zahlungen an die Pflegebedürftigen – den Sachleistungen für eine bestimmte Institution vorzuziehen, weil sie dem Betroffenen die Entscheidungskompetenz für die Wahl des Leistungserbringers übertragen. Subjektfinanzierungen fördern die Autonomie und das Selbstbestimmungsrecht der Pflegebedürftigen (Gächter und Filippo 2016) und beleben gleichzeitig den Wettbewerb. Das Angebot richtet sich schneller und besser auf die Bedürfnisse der Betroffenen aus. Das Betreuungs- und Pflegegeld in Liechtenstein (vgl. S. 107) ist ein Schritt in die richtige Richtung – allerdings ist die finanzielle Unterstützung auf Leistungen zu Hause beschränkt; sie sollte auf solche in Tagesstrukturen erweitert werden. Ausserdem müsste man die Höhe der Beiträge überprüfen. In der Schweiz wurde mit der Einführung

Nach dem Grundsatz «Ambulant *mit* stationär» sollte die Art des Leistungserbringers einzig durch die Pflegebedürftigkeit der Betagten und nicht durch finanzielle Anreize bestimmt werden.

des Assistenzbeitrags in der IV ein ähnliches Instrument geschaffen (Gächter und Filippo 2016). Ein Konzept, Betreuungsgutscheine für die Langzeitpflege anzubieten, wie es die Stadt Luzern analog zur Kinderbetreuung ausarbeitet, ist ebenfalls zu begrüßen.

Kosteneffizienz dank Wettbewerb

Das in dieser Studie abgeschätzte jährliche Sparpotenzial von mindestens 1,9 Mrd. Fr. und die demografiebedingt erwartete starke Zunahme von Pflegebedürftigen machen es deutlich: Die Alterspflege muss pro geleistete Stunde günstiger werden. Die beschriebenen Massnahmen zur Flexibilisierung des Angebots und zur erhöhten Durchlässigkeit zwischen den Leistungserbringern werden die Optimierung der gesamten Versorgungskette unterstützen. Die Effizienzsteigerung der einzelnen Leistungserbringer ist dabei ebenfalls wichtig.

Im ambulanten Bereich ist vor allem die Abgeltung der Versorgungspflicht zu überprüfen. Im Kanton SO haben mehrere Gemeinden Leistungsaufträge mit Versorgungspflicht ausgeschrieben und neuen Anbietern zugeteilt. Eine Ausschreibung zwingt die öffentliche Hand, den Umfang der Versorgungspflicht genau zu beschreiben, und ermöglicht es, einen lokalen, marktgerechten Preis dafür zu bestimmen. Ist eine Ausschreibung nicht möglich, sollte zumindest die finanzielle Abgeltung der Versorgungspflicht transparent und separat geregelt werden, Defizitgarantien sind zu vermeiden. Die Finanzierung der Versorgungspflicht im Kanton BE mit einer Jahrespauschale pro Einwohner und einem Zuschlag pro Pflegestunde ist ein interessanter Ansatz.

Im ambulanten Bereich sollten Leistungsaufträge mit Versorgungspflicht ausgeschrieben und allenfalls neuen Anbietern zugeteilt werden.

Im ambulanten wie im stationären Bereich der Alterspflege muss sich die Restfinanzierung der öffentlichen Hand allein an den erbrachten Leistungen orientieren. So entsteht in einem regulierten Markt am ehesten Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern und wird die Entwicklung neuer, preiswerter Angebote gefördert. In Arztpraxen (TARMED) ist das heute schon der Fall. Anders in der Alterspflege: Viele Kantone leisten unterschiedliche Beiträge für Spitex-Organisationen und selbständige Pflegefachpersonen (z.B. AI, AR, GE, GL). Im stationären Bereich werden im Kanton NE unterschiedliche Restfinanzierungsbeiträge je nach Einhaltung eines Gesamtarbeitsvertrags ausgerichtet. Der Kanton GE gewährt Restfinanzierungsbeiträge nur gemeinnützigen Institutionen. In den Kantonen FR, SZ, TI und UR hängt die Höhe der Unterstützung von der Kostenstruktur der einzelnen Heime ab. Solche kostenbasierten Regelungen eliminieren jegliche Anreize für eine effiziente Leistungserbringung: Reduziert der Leistungserbringer seine Kosten, sinkt die finanzielle Unterstützung durch die öffentliche Hand.

Eine leistungs- statt kostenbasierte Finanzierung setzt allerdings die Definition von klar messbaren Qualitätsvorgaben voraus. Die Kantone haben zwar eigene Kriterien für die Bewertung der Leistungserbringer definiert, doch deren Auswertung wird in keinem Kanton veröffentlicht.

Der Wettbewerb zwischen den Anbietern kann aber nur funktionieren, wenn die «Kunden» die Qualität der Leistungserbringer beurteilen können. Dabei wäre es wichtig, Qualität anhand von «Output»-Grössen zu bewerten. Die heutigen Qualitätskriterien der Kantone beziehen sich hingegen primär auf «Input»-Grössen wie die Einhaltung von Lohnskalen, Gesamtarbeitsverträgen oder Grade-Mix-Vorgaben. Allein die Tatsache, dass die «Input»-Vorgaben zwischen den Kantonen stark variieren – alle im Namen der Qualität –, beweist, dass solche Vorgaben für die Qualitätssicherung kaum geeignet sind. Grade-Mix-Anforderungen haben zudem nur einen geringen Einfluss auf den effektiven Grade-Mix des Personals (vgl. Abbildung 11, S. 65). So machen die Kantone AI, LU, OW, SH und ZG keine Vorgabe, zählen jedoch trotzdem zu den Kantonen mit dem höchsten Anteil an Personal mit Tertiärausbildung.

5.4 – Langfristige Finanzierung mit vererbbarem Pflegekapital

Mindestens 86 % der Ausgaben für die medizinische Pflege im engeren Sinne bzw. 55 % der Ausgaben für die Alterspflege inkl. Betreuung und Hotellerie wurden 2014 kollektiv mit Beiträgen der Krankenkassen oder mit Steuermitteln finanziert (vgl. Tabelle 14, S. 90). Diese kollektiven Finanzierungen ruhen primär auf den Schultern jüngerer Generationen, und sie werden aufgrund der Alterung der Gesellschaft arg unter Druck geraten.

Die Krankenkassenprämien sind im Wesentlichen als Kopfprämien konzipiert. Auf den ersten Blick findet kein Transfer zwischen Aktiven und Rentnern statt, sondern nur zwischen Gesunden und Kranken. Da jedoch der grösste Teil der Gesundheitskosten in den letzten zwei Jahren vor dem Tod und somit meist im hohen Alter anfällt, führt das Kopfprämiensystem de facto zu einer Quersubventionierung der Betagten durch die Jungen. Gemäss einer Studie der Universität St. Gallen (Eling 2013) flossen 2010 in der Krankenversicherung 6 Mrd. Fr. von Jung zu Alt. 2030 wird dieser Zahlungstransfer bereits 20,3 Mrd. Fr. betragen; das ist eine Zunahme um 240 %. Auch bei den Steuermitteln (für die Restfinanzierung der Pflege und für die Finanzierung der Ergänzungsleistungen) fliesst ein beträchtlicher Teil von Jung zu Alt. Eine Analyse des Steueramts des Kantons Zürich zeigt, dass 73 % der kantonalen Einkommens- und Vermögenssteuern von Steuerzahlern unter 65 Jahren geleistet werden. Berücksichtigt man alle Bürger bis 80 Jahre steigt der Wert sogar auf 92 % (Perrez 2012, eigene Berechnungen). Die oben beschriebene Alterung der Gesellschaft und die damit verbundenen Kostenzunahmen in der Alterspflege werden ceteris paribus zu einer signifikanten Zusatzbelastung der aktiven Generation führen, via erhöhte Krankenkassenprämien und erhöhte Steuern. Neue Finanzierungsmodelle drängen sich daher auf.

Die kollektiven Finanzierungen der Alterspflege ruhen primär auf den Schultern jüngerer Generationen, und sie werden aufgrund der Alterung der Gesellschaft arg unter Druck geraten.

Oft wird in diesem Zusammenhang die Bildung einer neuen Sozialversicherung vorgeschlagen. Eine solche neue Sozialversicherung wäre im Umlageverfahren finanziert, das heisst, die Pflegeausgaben eines bestimmten Jahres würden durch die Versicherungsbeiträge des gleichen Jahres finanziert (analog zur AHV). Der Vorteil einer solchen Lösung wäre, dass Pflegeleistungen neu nur noch von einer Finanzierungsinstitution bezahlt würden. Dies würde die Anzahl Schnittstellen für die Patienten und die Leistungserbringer reduzieren. Der Nachteil ist allerdings, dass diese neue Finanzierungsform keine Anreize für einen schonenden Umgang mit den Ressourcen setzen würde. Im Gegenteil bestünde eher die Gefahr, «dass *privates Sparen für die Langzeitpflege explizit nicht mehr notwendig wäre und wohl weiter reduziert würde*» (Trottmann et al. 2016). Mit einer Finanzierung im Umlageverfahren würde sich somit die Problematik des Transfers zwischen den Generationen verschärfen.

Mit einer Finanzierung im Umlageverfahren würde sich die Problematik des Transfers zwischen den Generationen verschärfen.

Box 2

Eckwerte eines Pflegekapitals

Finanzierung: Jeder Versicherte kumuliert seine einbezahlten Prämien, die er im Pflegefall verwenden kann, auf einem individuellen Konto. Es findet keine Umverteilung statt. Im Todesfall können die nicht verwendeten Ersparnisse vererbt werden. Damit wird indirekt das Engagement der Familienmitglieder, die durch ihre Pflegetätigkeit die Pflegekosten niedrig halten, honoriert. Die Prämienhöhe müsste so ausgelegt werden, dass sie die Finanzierung eines durchschnittlichen Heimaufenthaltes sichern kann.

Leistungsberechtigte: Die angesparten Gelder können nur bezogen werden, wenn die Senioren einen hohen, ärztlich festgelegten Pflegebedarf, zum Beispiel mindestens 60 Minuten Pflege pro Tag, nachweisen können. Leistungen können ambulant (Spitex), semistationär (z.B. Tagesstrukturen) oder stationär in Pflegeheimen erbracht werden.

Versicherungspflicht: Die Versicherung ist als Obligatorium konzipiert. Die Versicherungspflicht beginnt erst im fortgeschrittenen Alter, zum Beispiel mit 55 Jahren und dauert bis zum durchschnittlichen Alter des Heimeintritts (84,6 Jahre im Jahr 2013). Damit werden junge Personen und Familien gezielt entlastet.

Leistungsumfang: Die Versicherung deckt sowohl Pflege- als auch Betreuungsleistungen, die mittels Pauschale pro Pflegestufe abgegolten werden. Dank der Kombination von Pflege- und Betreuungsleistungen entfällt der Bedarf einer akribischen Leistungserfassung für die Krankenkassen. Damit wird qualifiziertes Pflegepersonal von administrativen Tätigkeiten entlastet und kann mehr Zeit mit den Patienten verbringen. Die Kosten für die Hotellerie werden bewusst nicht eingerechnet, um keine Anreize für Essensdienste oder Heimeintritte zu schaffen.

Organisation: Die Verwaltung sollte dezentral erfolgen, damit einerseits Wettbewerb entsteht und Innovation und Effizienz gefördert werden und andererseits die Anlagerisiken auf verschiedene Institutionen verteilt werden. Bestehende Organisationen wie Krankenkassen oder Pensionskassen könnten dafür in Frage kommen. Sie besitzen die nötige Infrastruktur und das Know-how für das Prämieninkasso, die Leistungsabrechnung und die Vermögensverwaltung. Denkbar wäre aber auch die Schaffung neuer Gesellschaften, die sich im Rahmen einer Lizenzvergabe für diese Aufgabe bewerben müssten.

Quelle: Cosandey 2014, Dutoit et al. 2016

Avenir Suisse schlägt deshalb seit einiger Zeit die Bildung eines obligatorischen, individuellen Pflegekapitals vor (Cosandey 2014). Die angesparten Mittel sind im Pflegefall für alle Leistungen einsetzbar, ob Pflege oder Betreuung, ob zu Hause oder im Heim, je nach Präferenz. Es handelt sich um eine Geldleistung, die dem Patienten die Autonomie über seine Ausgaben gewährt.

Mit dem Pflegekapital wäre wie mit einer neuen Pflegeversicherung im Umlageverfahren alles aus einer Hand finanziert. Gerade angesichts der zunehmenden Bedeutung von Demenzkrankheiten ist die Abschaffung der unterschiedlichen Finanzierung für Betreuung und Pflege wichtig. Das Pflegepersonal müsste nicht mehr akribisch notieren, was von wem bezahlt wird, und könnte sich vermehrt den Patienten widmen. Im Gegensatz zu einer neuen Sozialversicherung im Umlageverfahren handelt es sich hier hingegen nicht um eine zentrale, anonyme Umverteilungsmaschine, nein, hier spart jeder auf seinem Konto Gelder an, die er für die eigene Alterspflege brauchen kann. Die nicht verwendeten Ersparnisse werden im Todesfall vererbt. So wird die Unterstützung der Angehörigen honoriert, ein Ansporn zum schonenden Umgang mit Ressourcen gesetzt und die Eigenverantwortung gestärkt.

Das angestrebte Pflegekapital sollte die durchschnittlichen Pflege- und Betreuungskosten (ohne Hotellerie und ohne Patientenbeteiligung) in einem Pflegeheim decken können. 2014 waren das ca. 135 000 Fr. Beginnt die Sparpflicht im Alter von 55 Jahren und dauert sie bis zum durchschnittlichen Eintrittsalter ins Pflegeheim, resultiert eine monatliche Prämie von 235 bis 255 Fr., je nach Zinsannahmen (2,5 % oder 3,0 %). Dies mag auf den ersten Blick hoch erscheinen. Allerdings darf diese Zahl nicht mit dem Status quo verglichen werden, sondern muss den zu erwartenden Erhöhungen der Krankenkassenprämien und der Steuern gegenübergestellt werden. Eine zusätzliche Zwangsfinanzierung wird also so oder so erfolgen: im Falle des Durchwurstelns oder mit der Schaffung einer neuen Sozialversicherung über intransparente Umverteilungen, beim Pflegekapital über die Pflicht zur Eigenvorsorge.

Heute werden etwa 70 % der vorgeschlagenen Monatsprämien des Pflegekapitals über andere Kanäle finanziert, die entsprechend angepasst werden müssen. Die öffentliche Hand übernimmt heute die Restfinanzierung der Pflegekosten sowie die Patientenbeteiligung und die Betreuungskosten der EL-Bezüger. Diese Kosten würden nun durch die Personen ab dem Alter 55 direkt getragen – es sind nach unseren Schätzungen 45 Fr. vor bzw. 70 Fr. pro Monat nach Berücksichtigung der EL-Ausgaben. Entsprechend müssten die Steuern für diese natürlichen Personen sinken – am besten durch eine Reduktion des Steuerfusses. Da es der Politik oft schwerfällt, hinfällige Ausgaben in Form einer nachhaltigen Steuerreduktion zu kompensieren, wäre eine Abziehbarkeit der Altersvorsorgeprämie als Zweitbestlösung denkbar.

Mit dem Pflegekapital wäre alles aus einer Hand finanziert. Gerade angesichts der zunehmenden Bedeutung von Demenzkrankheiten ist die Abschaffung der unterschiedlichen Finanzierung für Betreuung und Pflege wichtig.

Ferner sind heute auch ca. 30 Fr. der monatlichen Krankenkassenprämien der Erwachsenen durch Kosten der Alterspflege bedingt. Im Umfang dieses Betrags wäre die Einführung des Vorsparens jedenfalls kostenneutral, weil die Krankenkassenprämien im gleichen Umfang gesenkt werden müssten. Diese Reduktion der Krankenkassenprämien käme vor allem jüngeren Personen und Familien zugute. Heute sind vier von fünf Personen, die auf eine staatliche individuelle Prämienverbilligung angewiesen sind, jünger als 55 Jahre.

2014 betrugen die gesamten Ausgaben für Betreuungsleistungen (bei der Spitex und in Pflegeheimen) für die 55-Jährigen und Älteren ca. 55 Fr. pro Monat. Diese Leistungen werden heute dem einzelnen Patienten verrechnet. Neu würden auch sie durch das Pflegekapital abgedeckt.

Das Modell sieht auch solidarische Elemente vor: Kann eine Person die Prämie nicht zahlen, soll der Staat, analog zur heutigen Regelung für Krankenkassenprämien, den Bürger entlasten. Reicht das angesparte Pflegekapital nicht aus, müssten die Ausgaben wie heute durch private Mittel oder Ergänzungsleistungen gedeckt werden. Damit bleibt ein soziales Auffangnetz bestehen. Der Staat kommt jedoch nur subsidiär statt mit der Giesskanne zum Zug.

5.5_Fazit

Das Kantonsmonitoring von Avenir Suisse zeigt die grossen kantonalen Unterschiede in der Organisation, den Kosten und der Finanzierung der Alterspflege in der Schweiz und im benachbarten Fürstentum Liechtenstein auf. Durch diese Auslegeordnung werden alte «Binsenweisheiten» zum Teil bestätigt, andere über Bord geworfen oder zumindest in einem neuen Licht dargestellt.

So spiegelt der Ansatz «Ambulant *vor* stationär» zwar den Geist der Stunde und entspricht dem Wunsch vieler Bürger. Als Orientierungshilfe für die Versorgungsplanung greift dieses Leitmotiv jedoch deutlich zu kurz. Die Versorgung in Kantonen mit mehr Personal in der ambulanten Pflege ist weder besser (gemessen am Personal pro Pflegebedürftigen insgesamt) noch notwendigerweise günstiger als in den anderen Kantonen.

Bei der Analyse der Kostentreiber sind die Lohnkosten in einer personalintensiven Branche wie der Pflege massgebend. Die Höhe der Lohnkosten liegt aber primär in der Hand der Sozialpartner und kann kaum durch externe Faktoren wie die Lebenshaltungskosten erklärt werden. Neben den Lohnkosten spielen die Betreuungsverhältnisse eine wichtige Rolle. Tiefe Löhne helfen wenig, wenn das Personal nicht effizient eingesetzt wird. Auch hier sind die kantonalen Unterschiede gross. Die Kantone haben als Regulierer und als Arbeitgeber ebenso wie die privaten Leistungserbringer wichtige Hebel in der Hand, um ihre Kosten zu beeinflussen.

«Ambulant *vor* stationär» greift als Orientierungshilfe für die Versorgungsplanung deutlich zu kurz.

Das Einsparpotenzial bei Personal- und Sachkosten ist beträchtlich. Es beträgt jährlich fast zwei Milliarden Franken, «nur schon» wenn alle Kantone auf das Niveau des Schweizer Durchschnitts gehoben würden. Die Realisierung dieser Einsparungen ist wichtig, einerseits für die Betagten, weil die Pflegekosten rasch die gesamten Ersparnisse der privaten Haushalte verzehren können, und anderseits für die öffentliche Hand, weil die steigenden Pflegekosten andere wichtige Budgetpositionen wie Bildung, Infrastrukturen oder andere Sozialausgaben verdrängen.

Bei diesen Anstrengungen darf die Qualität der Dienstleistungen nicht ausser Acht gelassen werden. Bedauerlicherweise findet eine Messung der Qualität des Outputs nur selten und deren Veröffentlichung so gut wie nie statt. Will man die Alterspflege in finanzieller und qualitativer Hinsicht auf Basis einer sachlichen Diskussion optimieren, sind hier Verbesserungen in allen Kantonen nötig.

Die kantonal unterschiedlichen Finanzierungsregeln bedeuten nicht nur unterschiedliche Kostenverteilungsmechanismen zwischen den Patienten, den Krankenkassen und dem Staat. Sie beeinflussen auch die Entwicklung des Pflegeangebots. Finanzierungsbeiträge der öffentlichen Hand, die Leistungen aller Leistungserbringer einheitlich honorieren, beleben den Wettbewerb. Damit fördern sie die Entstehung von Angeboten, die sich den laufend verändernden Bedürfnissen der Bevölkerung schneller anpassen. Umgekehrt festigen Finanzierungsbeiträge, die sich an den Kostenstrukturen der Leistungserbringer orientieren, überholte und ineffiziente Strukturen.

Kostenbasierte
Finanzierungsbeiträge
festigen ineffiziente
Strukturen.

In einer alternden Gesellschaft sind alle Akteure, Individuen, Sozialpartner, Verbände, die Politik, Pflegebedürftige, Angehörige und professionelle Leistungserbringer, aber vor allem die Kantone und Gemeinden gefordert, die richtigen Rahmenbedingungen zu setzen, um einen möglichst effizienten Einsatz personeller und finanzieller Ressourcen in der Alterspflege zu sichern. Die Orientierung an den hier dargestellten kantonalen Massstäben, in organisatorischer und finanzieller Hinsicht, ist nicht nur eine Kür. Im Hinblick auf die künftigen demografischen Herausforderungen ist sie eine Pflicht.

Anhang	– 138
Beträchtliches Sparpotenzial in der Alterspflege	– 138
Detailbewertung der Rankingkriterien	– 141
Lohnkosten im interkantonalen Vergleich	– 154
Abkürzungsverzeichnis	– 155
Index	– 157
Literatur	– 159

Beträchtliches Sparpotenzial in der Alterspflege

Das Sparpotenzial in der Alterspflege wurde anhand von zwei Benchmarks ermittelt: dem Durchschnitt aller 26 Kantone (vgl. Tabelle 19) und dem Durchschnitt der Top-10-Kantone pro Kostentreiber (vgl. Tabelle 20). Es wurden innerhalb eines Szenarios individuelle Benchmarks für die drei Kostentreiber «Gesamtkosten pro Vollzeitstelle», «Betreuungsverhältnis» und «Quote der Inanspruchnahme» sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ermittelt. Es wurde der Ansatz «Von den Besten lernen» verfolgt. Das heisst: Es wurden für jeden Kanton die Kostentreiber auf das Niveau des Benchmarks gesetzt, es sei denn, der Kanton weist bereits bessere Werte als der Benchmark aus.

In einem ersten Schritt wird die Anzahl der effektiv zu pflegenden Personen aufgrund der Quote der Inanspruchnahme, je für den ambulanten und für den stationären Bereich, gemäss Benchmark ermittelt. Im ambulanten Bereich bezieht sich der Benchmark auf die Anzahl der Patienten in Langzeitpflege. Um die Gesamtkosten der Spitex-Organisationen abzuschätzen, ist jedoch die Gesamtanzahl Patienten inklusive Akut- und Übergangspflege, Hauswirtschafts- und Mahlzeitendiensten nötig. Diese Gesamtzahl wird mit Hilfe des durchschnittlichen Schweizer Verhältnisses aller Spitex-Patienten zu Langzeitpatienten geschätzt.

In einem zweiten Schritt wird der Pflegeaufwand für die ermittelten gepflegten Personen geschätzt. Dabei wird der durchschnittliche Pflegeaufwand pro Stunde in der Schweiz – je im ambulanten und stationären Bereich – verwendet und mit der Anzahl gepflegter Personen multipliziert. Verwendet wird der durchschnittliche Schweizer Pflegeaufwand und nicht der Pflegeaufwand gemäss Benchmark. Damit soll vermieden werden, dass der Pflegeaufwand von Kantonen, die viele leichtpflegebedürftige Patienten im stationären Bereich haben, als Benchmark für Kantone gilt, die wenige, aber dafür schwerpflegebedürftige Patienten haben.

In einem dritten Schritt wird aufgrund des Pflegeaufwands das nötige Pflegepersonal in Vollzeitäquivalenten errechnet. Dafür wird je für den ambulanten und den stationären Bereich das Betreuungsverhältnis (VZÄ/Stunde) des Benchmarks angewandt.

Im vierten und letzten Schritt werden die Kosten der Alterspflege ermittelt, indem die Anzahl Vollzeitäquivalente im ambulanten wie im stationären Bereich mit den entsprechenden Gesamtkosten pro Vollzeitäquivalent des Benchmarks multipliziert wird. Die Summe beider Grössen bildet die Gesamtkosten der Alterspflege gemäss Benchmark.

Das Sparpotenzial pro Kanton wird als Differenz zwischen den Kosten der Alterspflege 2014 und denjenigen gemäss Benchmark definiert. Das Sparpotenzial für die ganze Schweiz wird als Summe der kantonalen Sparpotenziale berechnet. Trotz Angleichung an den Benchmark kann es vorkommen, dass das kantonale Einsparungspotenzial negativ ist. Dies ist darauf zurückzuführen, dass der durchschnittliche Schweizer Pflegeaufwand für alle Kantone angewendet wird, auch dort, wo der Aufwand pro Patient 2014 sonst geringer war.

Tabelle 19

Sparpotenzial gemäss Benchmark «Durchschnitt aller 26 Kantone»

	<i>Gesamtkosten gemäss Benchmark in Mio. Fr.</i>	<i>Gesamtkosten ohne Benchmark in Mio. Fr.</i>	<i>Einsparung absolut in Mio. Fr.</i>	<i>Einsparungen pro 65+ in Fr.</i>	<i>Einsparungen pro 65+ in %</i>
AG	695	651	-44	-405	-7
AI	17	15	-2	-678	-13
AR	70	96	26	2 628	27
BE	1 473	1 607	134	668	8
BL	311	387	76	1 292	20
BS	329	366	37	946	10
FR	304	351	47	1 041	13
GE	296	744	449	5 696	60
GL	50	52	3	386	6
GR	253	271	18	457	6
JU	55	96	41	2 890	43
LU	447	529	82	1 236	16
NE	199	306	107	3 281	35
NW	40	45	5	656	11
OW	36	44	8	1 209	17
SG	581	566	-14	-169	-3
SH	113	142	30	1 857	21
SO	283	305	22	445	7
SZ	157	179	21	854	12
TG	281	284	3	72	1
TI	397	473	77	1 016	16
UR	45	54	9	1 292	16
VD	696	931	234	1 895	25
VS	253	335	81	1 330	24
ZG	129	139	9	486	7
ZH	1 743	2 166	423	1 740	20
CH	9 251	11 134	1 883	1285	17

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 20

Sparpotenzial gemäss Benchmark «Durchschnitt der Top-10-Kantone»

	<i>Gesamtkosten gemäss Benchmark in Mio. Fr.</i>	<i>Gesamtkosten ohne Benchmark in Mio. Fr.</i>	<i>Einsparung absolut in Mio. Fr.</i>	<i>Einsparungen pro 65+ in Fr.</i>	<i>Einsparungen pro 65+ in %</i>
AG	453	651	199	1 849	30
AI	13	15	2	604	12
AR	47	96	50	4 927	51
BE	946	1 607	661	3 284	41
BL	238	387	149	2 526	38
BS	216	366	151	3 873	41
FR	192	351	159	3 541	45
GE	236	744	508	6 447	68
GL	35	52	18	2 384	34
GR	171	271	99	2 585	37
JU	46	96	50	3 482	52
LU	306	529	223	3 366	42
NE	140	306	166	5 098	54
NW	32	45	13	1 725	30
OW	26	44	18	2 818	41
SG	382	566	184	2 163	33
SH	76	142	67	4 161	47
SO	223	305	83	1 668	27
SZ	106	179	73	2 897	41
TG	190	284	94	2 173	33
TI	338	473	135	1 787	29
UR	31	54	23	3 365	43
VD	531	931	400	3 233	43
VS	222	335	112	1 835	34
ZG	81	139	58	2 994	42
ZH	1 103	2 166	1 063	4 370	49
CH	6 377	11 134	4 757	32 46	43

Quelle: eigene Berechnungen

Detailbewertung der Rankingkriterien

Organisationsranking

Tabelle 21

Ranking-Kriterium: Pflegepersonal pro pflegebedürftigen Einwohner

Punktevergabe: Die Spannbreite zwischen dem Maximalwert von 1,04 VZÄ pro pflegebedürftigen Einwohner (AR) und dem Minimalwert von 0,56 VZÄ pro pflegebedürftigen Einwohner (AI) wurde in vier gleich grosse Abschnitte unterteilt. Kantone im untersten Abschnitt erhalten keinen Punkt, diejenigen im zweiten und im obersten Abschnitt 0,5 Punkte. Einen ganzen Punkt gibt es für Kantone mit einer leicht überdurchschnittlichen Personaldotation (dritter Abschnitt).

	Vollzeitstellen pro pflegebedürftigen Einwohner	Punkte
AR	1,04	0,50
SH	0,97	0,50
FR	0,94	0,50
LU	0,93	0,50
OW	0,93	0,50
NE	0,91	1,00
UR	0,90	1,00
VD	0,88	1,00
ZH	0,88	1,00
BE	0,88	1,00
SZ	0,87	1,00
ZG	0,86	1,00
GR	0,84	1,00
GL	0,81	1,00
TG	0,81	1,00
BS	0,79	0,50
TI	0,77	0,50
GE	0,77	0,50
SG	0,77	0,50
NW	0,77	0,50
JU	0,75	0,50
AG	0,75	0,50
SO	0,72	0,50
BL	0,70	0,50
VS	0,69	0,50
AI	0,56	0,00
FL	0,87	1,00

Quelle: eigene Berechnung basierend auf BFS (2015a), BFS (2015b) und Höpffinger et al. (2011)

Tabelle 22

Ranking-Kriterium: Durchschnittliche zeitliche Erreichbarkeit des nächsten Alters- und Pflegeheims

Punktevergabe: Kantone, in denen 100 % der Bevölkerung innerhalb von zehn Minuten das nächste Alters- und Pflegeheim erreichen (höchster Wert), bekommen einen Punkt. Der Kanton, bei dem dies nur für 80 % der Fall ist (tiefster Wert), bekommt keinen Punkt. Dazwischen erfolgt die Punktevergabe linear.

	% der Bevölkerung innerhalb 10 Auto-Fahrminuten	Punkte
BS	100	1,0
GE	100	1,0
ZH	100	1,0
AR	100	1,0
ZG	100	1,0
BL	99	0,9
NE	99	0,9
SG	99	0,9
AG	99	0,9
LU	99	0,9
SH	98	0,9
BE	98	0,9
AI	98	0,9
OW	98	0,9
TG	97	0,9
GL	97	0,9
SO	97	0,9
FR	97	0,8
SZ	96	0,8
VD	95	0,8
TI	95	0,7
NW	93	0,7
UR	89	0,4
VS	86	0,3
GR	85	0,3
JU	80	0,0
FL	100	1,0

Quelle: Credit Suisse (2015)

Tabelle 23

Ranking-Kriterium: Marktzugang für alle Leistungserbringer

Punktevergabe: Es wird geprüft, ob für alle Leistungserbringer die gleichen Personalvorgaben, Rechnungslegungsvorschriften und Leistungskataloge für das Erhalten einer Betriebsbewilligung gelten, im stationären wie im ambulanten Bereich. Für ein «Ja» gibt es je 0,33 Punkte, für ein «Nein» 0 Punkte. Dazu werden 0,33 Punkte hinzugezählt, wenn alle Spitex-Organisationen in einem Kanton einen Leistungsauftrag mit Versorgungspflicht abschliessen dürfen.

	Gelten die gleichen Anforderungen für die Betriebsbewilligung (Personalvorgabe, Rechnungslegungsvorschriften, Leistungskatalog) für alle Leistungserbringer?		Können alle Spitex-Organisationen einen Leistungsauftrag mit Versorgungspflicht abschliessen?	Punkte
	ambulant	stationär		
AG	ja	ja	ja	1,00
AI	ja	ja	ja	1,00
AR	ja	ja	ja	1,00
BL	ja	ja	ja	1,00
BS	ja	ja	ja	1,00
GL	ja	ja	ja	1,00
GR	ja	ja	ja	1,00
SH	ja	ja	ja	1,00
TG	ja	ja	ja	1,00
ZH	ja	ja	ja	1,00
BE	ja	ja	nein	0,67
FR	ja	ja	nein	0,67
GE	ja	ja	nein	0,67
TI	ja	ja	nein	0,67
UR	ja	ja	nein	0,67
VS	ja	ja	nein	0,67
JU	ja	ja	nein ¹	0,67
VD	ja	nein ²	ja	0,67
SO	nein	ja	ja	0,67
SZ	nein	ja	ja	0,67
ZG	nein	ja	ja	0,67
NE	nein	ja	nein	0,33
NW	nein	ja	nein	0,33
OW	nein	ja	nein	0,33
LU	nein	nein ³	ja	0,33
SG	nein	nein	nein	0,00
FL	ja	ja	ja	n.a.

n.a. = nicht anwendbar

¹ nur eine Organisation für den ganzen Kanton

² LPFES betrifft nur gemeinnützige Heime.

³ Kommunale Heime benötigen keine Betriebsbewilligung. Private Heime und Stiftungen hingegen schon.

Quelle: eigene Erhebung bei den Kantonen (2015)

Tabelle 24

Ranking-Kriterium: Transparenz über alle Angebote

Punktevergabe: Es wird bewertet, ob eine zentrale Plattform oder Anlaufstelle eine Übersicht über alle Leistungserbringer, im stationären wie im ambulanten Bereich und unabhängig ihrer Rechtsform, bietet. Ein «Ja» gibt je 0,25 Punkte, ein «Nein» keinen Punkt. Analog wurde die Übersicht über die Tarife der Leistungserbringer bewertet und zur Punktzahl der Angebotsübersicht addiert.

	Gibt es eine Plattform oder Anlaufstelle, die den Überblick über alle Angebote und Leistungserbringer (Spitex-Organisationen, Heime usw.) des Kantons bietet?		Sind die Tarife aller Leistungsanbieter an einem zentralen Ort vergleichbar (Broschüre, Internet)?		Punkte
	ambulant	stationär	ambulant	stationär	
GR	ja	ja	ja	ja	1,00
JU	ja	ja	ja	ja	1,00
VS	ja	ja	ja	ja	1,00
BS	nein	ja	ja	ja	0,75
GE	ja	ja	nein	ja	0,75
NW	nein	ja	ja	ja	0,75
SZ	ja	ja	ja	nein	0,75
AG	nein	ja	nein	ja	0,50
AR	ja	ja	nein	nein	0,50
BE	nein	ja	nein	ja	0,50
FR	nein	ja	nein	ja	0,50
LU	nein	ja	nein	ja	0,50
OW	nein	ja	nein	ja	0,50
SH	ja	ja	nein	nein	0,50
SO	nein	ja	nein	ja	0,50
TG	ja	ja	nein	nein	0,50
UR	ja	ja	nein	nein	0,50
VD	nein	ja	nein	ja	0,50
ZH	ja	ja	nein	nein	0,50
AI	nein	ja	nein	nein	0,25
BL	nein	ja	nein	nein	0,25
NE	nein	nein	nein	ja	0,25
SG	nein	ja	nein	nein	0,25
GL	nein	nein	nein	nein	0,00
TI	nein	nein	nein	nein	0,00
ZG	nein	nein	nein	nein	0,00
FL	nein	nein	nein	nein	0,00

Quelle: eigene Erhebung bei den Kantonen (2015)

Kostenranking

Tabelle 25

Ranking-Kriterium: Kosten der Alterspflege pro pflegebedürftigen 65-Jährigen und Älteren (breite Definition der Pflege)

Punktevergabe: Einen Punkt erhält der Kanton mit den tiefsten, null Punkte derjenige mit den höchsten Kosten pro pflegebedürftigen 65-Jährigen und Älteren. Dazwischen werden die Punkte linear in Abhängigkeit der Kostenhöhe verteilt. Für die Kosten nach breiter Definition werden nebst den Kosten für medizinische Leistungen auch die Kosten für Betreuung und Hotellerie, Hauswirtschafts- und Mahlzeitendienste berücksichtigt.

	Kosten pro pflegebedürftigen 65-Jährigen und Älteren in Fr.	Kosten pro pflegebedürftigen 65-Jährigen und Älteren (CH=100)	Punkte
AI	57 739	67	1,00
VS	66 464	78	0,81
TI	68 391	80	0,77
SO	69 171	81	0,76
NW	73 176	85	0,67
JU	73 339	86	0,67
AG	73 713	86	0,66
BL	76 136	89	0,61
SG	76 885	90	0,59
TG	77 115	90	0,59
GL	77 683	91	0,58
OW	81 453	95	0,50
GR	82 308	96	0,48
VD	82 471	96	0,47
CH	85 671	100	0,41
SZ	87 434	102	0,37
BS	87 611	102	0,37
BE	87 638	102	0,36
UR	87 741	102	0,36
ZG	89 429	104	0,33
LU	90 132	105	0,31
FR	95 063	111	0,21
SH	95 982	112	0,19
NE	98 465	115	0,13
ZH	100 411	117	0,09
GE	101 958	119	0,06
AR	104 790	122	0,00
FL	83 919	98	0,44

Quelle: BFS (2015a), BFS (2015b), eigene Berechnungen

Tabelle 26

Ranking-Kriterium: Kosten der Alterspflege pro pflegebedürftigen 65-Jährigen und Älteren (enge Definition der Pflege)

Punktevergabe: Einen Punkt erhält der Kanton mit den tiefsten, null Punkte derjenige mit den höchsten Kosten pro pflegebedürftigen 65-Jährigen und Älteren. Dazwischen werden die Punkte linear in Abhängigkeit der Kostenhöhe verteilt. Für die Kosten nach enger Definition werden nur die medizinischen Pflegeleistungen nach KLV Art. 7 berücksichtigt.

	Kosten pro pflegebedürftigen 65-Jährigen und Älteren in Fr.	Kosten pro pflegebedürftigen 65-Jährigen und Älteren (CH=100)	Punkte
AI	29 654	75	1,00
BL	30 509	78	0,96
AG	30 754	78	0,95
GL	31 922	81	0,89
SO	32 587	83	0,86
SG	33 351	85	0,83
TG	33 904	86	0,80
VS	33 968	86	0,80
NW	34 712	88	0,77
TI	36 258	92	0,69
SZ	37 554	95	0,63
GR	37 734	96	0,63
JU	38 849	99	0,57
BE	38 913	99	0,57
UR	39 185	100	0,56
OW	39 213	100	0,56
CH	39 327	100	0,55
ZG	39 611	101	0,54
BS	39 616	101	0,54
ZH	41 602	106	0,45
VD	42 060	107	0,43
LU	43 051	109	0,38
SH	45 627	116	0,26
AR	47 099	120	0,19
NE	49 229	125	0,09
GE	50 478	128	0,04
FR	51 237	130	0,00
FL	n.a.	n.a.	n.a.

n.a. = nicht anwendbar

Quelle: BFS (2015a), BFS (2015b), eigene Berechnungen

Tabelle 27

Ranking-Kriterium: Grade-Mix-Vorgaben

Punktevergabe: Bestehen gar keine Grade-Mix-Vorgaben, gibt es einen Punkt. Werden für eine bestimmte Bildungsstufe (zum Beispiel Sekundärbildung, Tertiärbildung, Sekundär- und Tertiärbildung zusammen) Vorgaben formuliert, dann gibt es 0,67 Punkte, falls die höchste Vorgabe unter 35%, bzw. 0,33 Punkte, falls sie unter 40% liegt. Ist sie höher, gibt es keinen Punkt.

Welche Grade-Mix-Vorgaben werden für das pflegende Personal in Alters- und Pflegeheimen gemacht?

	geforderter Anteil an Tertiärbildung in %	geforderter Anteil an Sekundärbildung in %	geforderter Anteil an Sekundär- und Tertiärbildung kombiniert in %	Punkte
AI	keine	keine	keine	1,00
BL	keine	keine	keine	1,00
LU	keine	keine	keine	1,00
OW	keine	keine	keine	1,00
SH	keine	keine	keine	1,00
NE	20	keine	20	0,67
VD	15	10	25	0,67
JU	15	15	30	0,67
SG	keine	keine	30	0,67
NW	17	keine	33	0,67
AR	17	keine	34	0,67
VS	20	15 – 20	35	0,67
AG	20	20	40	0,33
BS	keine	keine	40	0,33
FR	15 – 25	10 – 20	40	0,33
GR	20	keine	40	0,33
SO	keine	keine	40	0,33
SZ	5	35	40	0,33
TG	20	keine	40	0,33
TI	28	keine	40	0,33
UR	20	keine	40	0,33
BE	20	30	50	0,00
GL	20	30	50	0,00
ZG	keine	keine	50	0,00
ZH	25	keine	50	0,00
GE	20	40	60	0,00
FL	ja	ja	ja	n.a.

n.a. = nicht anwendbar

Quelle: eigene Erhebung bei den Kantonen (2015)

Tabelle 28

Ranking-Kriterium: GAV-Pflicht

Punktevergabe: Besteht für keine Kategorie der Leistungserbringer eine Pflicht zu einem Gesamtarbeitsvertrag (GAV), wird die höchste Punktzahl von 1 erreicht. Besteht für eine Kategorie, im ambulanten oder im stationären Bereich, eine GAV-Pflicht, so werden jeweils 0,17 Punkte abgezogen.

Schreibt der Staat (Kanton/Gemeinde) Gesamtarbeitsverträge für das Personal aller Leistungserbringer vor?

	öffentliche Leistungserbringer		private, nicht-gewinn- orientierte Leistungserbringer		private, erwerbs- wirtschaftliche Leistungserbringer		Punkte
	ambulant	stationär	ambulant	stationär	ambulant	stationär	
AG	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1,00
AI	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1,00
AR	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1,00
BE	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1,00
BL	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1,00
BS	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1,00
FR	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1,00
GL	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1,00
GR	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1,00
LU	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1,00
NW	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1,00
OW	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1,00
SG	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1,00
SH	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1,00
SO	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1,00
SZ	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1,00
TG	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1,00
TI	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1,00
UR	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1,00
VS	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1,00
ZG	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1,00
ZH	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1,00
JU	ja	ja	nein	nein	nein	nein	0,67
NE	ja	ja	nein	nein	nein	nein	0,67
GE	ja	ja	nein	ja	nein	nein	0,53
VD	ja	ja	ja	ja	ja	ja	0,00
FL	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1,00

Quelle: eigene Erhebung bei den Kantonen (2015)

Finanzierungsranking

Tabelle 29

Ranking-Kriterium: Leistungserbringerneutraler Patientenbeitrag

Punktevergabe: Die Patientenbeteiligung bei Pflegeleistungen sollte für ambulante und stationäre Leistungserbringer möglichst identisch sein. 0,5 Punkte gibt es für die kleinste vorkommende Differenz (Fr. 0.00 pro Tag), null Punkte für die höchste (Fr. 21.60 pro Tag). Dazwischen erfolgt die Punktevergabe linear. Zudem subventionieren manche Kantone die Betreuungs- und Pensionsausgaben in Tagesstrukturen, während die gleichen Ausgaben durch den Patienten allein getragen werden müssen, wenn die Betreuung zu Hause oder im Pflegeheim erfolgt. Dadurch wird die Nachfrage verzerrt. Besteht eine solche Subvention, gibt es keinen Punkt, sonst 0,5 Punkte.

	Differenz zwischen den Patientenbeteiligungen im ambulanten und stationären Bereich in Fr.	Punkte	Subventioniert der Staat Tages- und Nacht- strukturen über die Rest- finanzierung hinweg?	Punkte	Punkte total
ZG	5,15	0,38	nein	0,50	0,88
AG	5,65	0,37	nein	0,50	0,87
LU	5,65	0,37	nein	0,50	0,87
NW	5,65	0,37	nein	0,50	0,87
OW	5,65	0,37	nein	0,50	0,87
SG	5,65	0,37	nein	0,50	0,87
SH	5,65	0,37	nein	0,50	0,87
SO	5,65	0,37	nein	0,50	0,87
AR	13,60	0,19	nein	0,50	0,69
GR	13,60	0,19	nein	0,50	0,69
SZ	13,60	0,19	nein	0,50	0,69
ZH	13,60	0,19	nein	0,50	0,69
GE	0,00	0,50	ja	0,00	0,50
GL	21,60	0,00	nein	0,50	0,50
TG	5,65	0,37	ja	0,00	0,37
UR	5,65	0,37	ja	0,00	0,37
AI	13,60	0,19	ja	0,00	0,19
BL	13,60	0,19	gde. spez.	0,00	0,19
BS	13,60	0,19	ja	0,00	0,19
BE	21,60	0,00	ja	0,00	0,00
FR	21,60	0,00	ja	0,00	0,00
JU	21,60	0,00	ja	0,00	0,00
NE	21,60	0,00	ja	0,00	0,00
TI	21,60	0,00	ja	0,00	0,00
VD	21,60	0,00	ja	0,00	0,00
VS	21,60	0,00	ja	0,00	0,00
FL	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

gde. spez. = gemeindespezifisch

n.a. = nicht anwendbar

Quelle: eigene Erhebung bei den Kantonen (2015)

Tabelle 30

Ranking-Kriterium: Leistungserbringerneutrale Finanzierungsbeiträge

Punktevergabe: Gleiche Leistung, gleiche Finanzierung: Folgt ein Kanton dieser Logik bei der Restfinanzierung von Pflegeleistungen gegenüber allen Leistungserbringern, gibt es für den ambulanten und den stationären Bereich je 0,5 Punkte, sonst keinen Punkt.

Gelten für alle Leistungserbringer, unabhängig ihrer Rechtsform, ihrer Trägerschaft, ihrer Gewinnorientierung, ihres Standorts, die gleichen Restfinanzierungsbeiträge?

	ambulant	stationär	Punkte
BE	ja	ja	1,00
BL	ja	ja	1,00
BS	ja	ja	1,00
JU	ja	ja	1,00
NW	ja	ja	1,00
VD	ja	ja	1,00
ZG	ja	ja	1,00
AG	nein	ja	0,50
AI	nein	ja	0,50
AR	nein	ja	0,50
GR	nein	ja	0,50
SG	nein	ja	0,50
SO	nein	ja	0,50
TG	nein	ja	0,50
UR	ja	nein	0,50
VS	nein	ja	0,50
FR	nein	nein	0,00
GE	nein	nein	0,00
GL	nein	nein	0,00
LU	nein	nein	0,00
NE	nein	nein	0,00
OW	nein	nein	0,00
SH	nein	nein	0,00
SZ	nein	nein	0,00
TI	nein	nein	0,00
ZH	nein	nein	0,00
FL	nein	ja	0,50

Quelle: eigene Erhebung bei den Kantonen (2015)

Tabelle 31

Ranking-Kriterium: Fiskalische Äquivalenz

Punktevergabe: Im ambulanten Bereich wurde geprüft, ob die gleiche institutionelle Stufe (Kanton, Gemeinde) die Tarife festlegt und die Restfinanzierung auch trägt. Wenn ja, gibt es 0,2 Punkte. Wenn sich Gemeinde und Kanton die Finanzierung teilen, 0,1 Punkte und sonst keinen. Im stationären Bereich gibt es maximal 0,8 Punkte, wenn die gleiche Instanz (Kanton oder Gemeinde) die Pflegetarife festlegt, die Restfinanzierung und die EL-Kosten trägt. Wird die Restfinanzierung oder die Finanzierung der Ergänzungsleistungen zwischen dem Kanton und den Gemeinden aufgeteilt, gibt es je 0,2 Punkte Abzug. Ist die Zuständigkeit für die Tarife von derjenigen für die Restfinanzierung bzw. für die EL-Kosten unterschiedlich, gibt es je 0,4 Punkte Abzug.

	Ambulante Leistungen			Stationäre Leistungen		EL	Punkte stationär	Punkte total
	Wer legt die Pflegetarife fest?	Wer finanziert die Pflegerestkosten?	Punkte ambulant	Wer legt die Pflegetarife fest?	Wer finanziert die Pflegerestkosten?	Wer trägt die EL-Kosten?		
AI	○	○	0,20	○	○	○	0,80	1,00
GE	○	○	0,20	○	○	○	0,80	1,00
NE	○	○	0,20	○	○	○	0,80	1,00
NW	○	○	0,20	○	○	○	0,80	1,00
BE	○	○	0,20	○	○	⊙	0,60	0,80
JU	○	○	0,20	○	○	⊙	0,60	0,80
LU	●	●	0,20	○	●	⊙	0,60	0,80
UR	○	○	0,20	●	⊙	○	0,60	0,80
FR	○	⊙	0,10	○	⊙	○	0,60	0,70
GR	○	⊙	0,10	○	⊙	○	0,60	0,70
ZH	●	●	0,10	●	●	⊙	0,60	0,70
GL	●	●	0,20	●	●	○	0,40	0,60
OW	●	●	0,20	●	●	○	0,40	0,60
TG	●	●	0,20	○	⊙	○	0,40	0,60
AG	○	●	0,10	○	●	○	0,40	0,50
BS	○	●	0,10	○	●	○	0,40	0,50
SG	○	●	0,10	○	●	○	0,40	0,50
ZG	●	●	0,10	●	●	○	0,40	0,50
AR	○	●	0,00	○	●	⊙	0,40	0,40
SO	○	⊙	0,20	○	⊙	⊙	0,20	0,40
TI	○	⊙	0,20	○	⊙	⊙	0,20	0,40
VD	○	⊙	0,00	○	⊙	⊙	0,40	0,40
VS	○	⊙	0,00	○	⊙	⊙	0,40	0,40
BL	○	●	0,00	○	●	⊙ ²	0,20	0,20
SH	●	⊙	0,00	○	⊙	○	0,20	0,20
SZ	○	●	0,00	○	● ¹	⊙	0,20	0,20
FL	A	⊙	n.a.	A	⊙	⊙	n.a.	n.a.

¹ SZ: Kosten werden unter den Gemeinden aufgrund der Einwohnerzahl verteilt.

² BL: Ab 2016 werden die heimbedingten Mehrkosten der EL vollständig durch die Gemeinden getragen.

- Kanton
- Gemeinden
- ⊙ Kanton und Gemeinden
- A Andere Entität
- n.a. nicht anwendbar

Quelle: eigene Erhebung bei den Kantonen (2015)

Tabelle 32

Ranking-Kriterium: Höhe der Patientenbeteiligung

Punktevergabe: Bei diesem Kriterium gibt es für den ambulanten Bereich 0,5 Punkte, wenn die Patientenbeteiligung das gesetzliche Maximum von Fr. 15.95 pro Tag, bzw. 0,25 Punkte, wenn sie ein Maximum von Fr. 8.00 pro Tag erreicht, und sonst keine Punkte. Für 0,5 Punkte muss die Patientenbeteiligung im stationären Bereich auf allen Pflegestufen bei Fr. 21.60 (dem gesetzlichen Maximum) liegen. Ist sie für gewisse Stufen tiefer, gibt es noch 0,25 Punkte. Erreicht sie auf keiner Stufe Fr. 21.60, gibt es keine Punkte.

	Maximale Patienten- beteiligung im ambulanten Bereich		Maximale Patienten- beteiligung im stationären Bereich		Punkte total
	in Fr.	Punkte	in Fr.	Punkte	
AG	15.95	0,50	21.60	0,50	1,00
BE	15.95	0,50	21.60	0,50	1,00
LU	15.95	0,50	21.60	0,50	1,00
NW	15.95	0,50	21.60	0,50	1,00
OW	15.95	0,50	21.60	0,50	1,00
SG	15.95	0,50	21.60	0,50	1,00
UR	15.95	0,50	21.60	0,50	1,00
AI	8.00	0,25	21.60	0,50	0,75
AR	8.00	0,25	21.60	0,50	0,75
BL	8.00	0,25	21.60	0,50	0,75
BS	8.00	0,25	21.60	0,50	0,75
GR	8.00	0,25	21.60	0,50	0,75
SH	15.95	0,50	PS 1: 2.00 PS 2: 15.00 danach 21.60	0,25	0,75
SO	15.95	0,50	PS 1: 2.50 PS 2: 14.70 danach 21.60	0,25	0,75
SZ	8.00	0,25	21.60	0,50	0,75
TG	15.95	0,50	PS 1: 6.70 danach 21.60	0,25	0,75
ZH	8.00	0,25	21.60	0,50	0,75
FR	0.00	0,00	21.60	0,50	0,50
GL	gde. spez.	0,25	PS 1: 4.00 PS 2: 15.00 danach 21.60	0,25	0,50
JU	0.00	0,00	21.60	0,50	0,50
NE	0.00	0,00	21.60	0,50	0,50
TI	0.00	0,00	21.60	0,50	0,50
VD	0.00	0,00	21.60	0,50	0,50
ZG	15.95	0,50	10.80	0,00	0,50
GE	8.00	0,25	8.00	0,00	0,25
VS	0.00	0,00	Je nach Vermögen bis zu 21.60	0,25	0,25
FL	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

gde. spez. = gemeindespezifisch

n.a. = nicht anwendbar

PS = Pflegestufe

Quelle: eigene Erhebung bei den Kantonen (2015)

Tabelle 33

Ranking-Kriterium: Gezielte EL-Zugangsregelungen

Punktevergabe: Kantone mit einem Vermögensverzehr von 20 % erhalten 0,5 Punkte. Kantone, die grundsätzlich 20 % anrechnen, jedoch Sonderregelungen zum Beispiel für verheiratete Paare kennen, erhalten 0,33 Punkte. Kantone mit einem Vermögensverzehr von 10 % bekommen noch 0,17 Punkte, sonst keine Punkte. Für die persönlichen Auslagen bei den EL gibt es weitere 0,5 Punkte für den Kanton mit der kleinsten und 0 Punkte für denjenigen mit dem grössten Wert. Dazwischen erfolgt die Punktevergabe linear.

Angerechneter jährlicher Vermögensverzehr für die Bestimmung der EL-Ansprüche einer Person im Heim in %		Punkte	Betrag für persönliche Auslagen in Fr.		Punkte	Punkte total
TG	20	0,50	242	0,42	0,92	
AI	20	0,50	258	0,40	0,90	
AR	20	0,50	258	0,40	0,90	
NE	20	0,50	275	0,38	0,88	
VD	20	0,50	275	0,38	0,88	
GE	20	0,50	300	0,34	0,84	
UR	20	0,50	322	0,31	0,81	
VS	20	0,50	337	0,29	0,79	
LU	20	0,50	338	0,29	0,79	
NW	20	0,50	354	0,26	0,76	
JU	20	0,33	240	0,43	0,76	
BE	20	0,50	367	0,24	0,74	
TI	10	0,17	190	0,50	0,67	
SO	20	0,50	423	0,16	0,66	
SZ	20	0,50	435	0,15	0,65	
FR	20	0,33	320	0,31	0,65	
BS	20	0,33	385	0,22	0,55	
OW	10	0,17	273	0,38	0,55	
SH	20	0,50	512	0,03	0,53	
ZH	20	0,50	536	0,00	0,50	
SG	20	0,50	536	0,00	0,50	
ZG	20	0,50	536	0,00	0,50	
GR	20	0,33	435	0,15	0,48	
BL	10	0,17	360	0,25	0,42	
AG	10	0,17	370	0,24	0,41	
GL	10	0,17	454	0,12	0,29	
FL	10	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	

n.a. = nicht anwendbar

Quelle: BSV 2015c, eigene Erhebung bei den Kantonen (2015)

Lohnkosten im interkantonalen Vergleich

Tabelle 34

Die Lohnkosten pro Vollzeitstelle sind bei Spitex-Organisationen 16% höher als bei Pflegeheimen

<i>Durchschnittliche Lohnkosten pro VZÄ in Fr. pro Jahr</i>		
	<i>Pflegeheime</i>	<i>Spitex</i>
AG	74 121	87 736
AI	84 603	102 549
AR	72 226	86 603
BE	73 274	87 816
BL	84 372	87 286
BS	82 716	80 061
FR	83 681	95 696
GE	111 824	117 120
GL	71 314	77 251
GR	71 528	86 708
JU	81 112	84 995
LU	74 798	83 038
NE	85 807	100 469
NW	69 271	91 590
OW	71 310	80 248
SG	76 788	82 370
SH	76 572	91 262
SO	72 889	89 265
SZ	77 880	81 922
TG	71 760	84 632
TI	75 715	79 042
UR	73 042	77 517
VD	76 807	93 690
VS	81 630	96 157
ZG	83 843	88 886
ZH	85 809	96 542
CH	79 720	92 242

Quelle: BFS 2015a, BFS 2015b, BAG 2015b, eigene Berechnungen

Abkürzungsverzeichnis

AG	=	Kanton Aargau
AbPV/SH	=	Verordnung zum Altersbetreuungs- und Pflegegesetz des Kantons SH
AHVG	=	Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
APH	=	Alters- und Pflegeheim(e)
AI	=	Kanton Appenzell Innerrhoden
AR	=	Kanton Appenzell Ausserrhoden
AV	=	Altersversicherung
BE	=	Kanton Bern
BESA	=	Bewohner/-innen-Einstufungs- und -Abrechnungssystem
BL	=	Kanton Basel-Landschaft
BS	=	Kanton Basel-Stadt
BV	=	Bundesverfassung
CIVESS	=	Coordination interservices de visites en établissements sanitaires et sociaux
EL	=	Ergänzungsleistungen
ELG	=	Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung
ELG/FL	=	Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung des Fürstentums Liechtenstein
EV ELG/BE	=	Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung des Kantons BE
FL	=	Fürstentum Liechtenstein
FR	=	Kanton Freiburg
GAV	=	Gesamtarbeitsvertrag
GDK	=	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GE	=	Kanton Genf
GesG/BS	=	Gesundheitsgesetz des Kantons BS
GL	=	Kanton Glarus
GR	=	Kanton Graubünden
HV	=	Hinterlassenenversicherung
JU	=	Kanton Jura
KLV	=	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVG	=	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV/TG	=	Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung des Kantons TG
LIMAD/GE	=	Loi sur l'Institution de Maintien d'Aide et de soins à Domicile des Kantons GE
LPFES	=	Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public
LSE	=	Lohnstrukturhebung
LSLD/VS	=	Loi sur les Soins de Longue Durée des Kantons VS
LU	=	Kanton Luzern
NE	=	Kanton Neuenburg

NOMAD/NE	=	Loi portant constitution d'un établissement de droit public pour le maintien à domicile des Kantons NE (NOMAD – Neuchâtel organise le maintien à domicile)
NW	=	Kanton Nidwalden
OECD	=	Organisation for Economic Co-operation and Development
OW	=	Kanton Obwalden
PfG/AG	=	Pflegegesetz des Kantons AG
PfghR/FR	=	Reglement über die Pflegeheime für Betagte des Kantons FR
PLAISIR	=	PLAnification Informatisée des Soins Infirmiers Requis
RAI/RUG	=	Resident Assessment Instrument/Resource Utilisation Groups
SG	=	Kanton St. Gallen
SH	=	Kanton Schaffhausen
SHV/BE	=	Sozialhilfeverordnung des Kantons BE
SKOS	=	Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe
SO	=	Kanton Solothurn
SpitexV/GL	=	Verordnung über die ambulante Langzeit- und Gesundheitspflege des Kantons GL
SZ	=	Kanton Schwyz
SOMED	=	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
TG	=	Kanton Thurgau
TI	=	Kanton Tessin
UR	=	Kanton Uri
VD	=	Kanton Waadt
VS	=	Kanton Wallis
VZÄ	=	Vollzeitäquivalent
ZG	=	Kanton Zug
ZH	=	Kanton Zürich

Nur Erwähnungen im Lauftext, ohne Abbildungen und Tabellen

AG

22, 34, 37, 47, 51, 53, 56, 61, 63, 66, 85, 91, 92,
100, 111, 115, 123,

AI

22, 23, 25, 28, 33, 34, 40, 41, 45, 47, 50, 53, 56,
59, 63, 66, 68, 70, 72, 79, 80, 93, 97, 100, 103,
123, 130, 131

AR

23, 27, 28, 33, 34, 37, 40, 47, 56, 59, 61, 63, 70,
72, 85, 88, 91, 93, 95, 97, 100, 110, 115, 130

BE

28, 38, 54, 55, 59, 63, 64, 68, 80, 93, 96, 101,
102, 103, 110, 118, 130

BL

23, 29, 34, 47, 50, 51, 63, 68, 72, 80, 88, 91, 92,
93, 95, 100, 116

BS

22, 27, 47, 48, 51, 56, 63, 64, 66, 68, 56, 77, 80,
91, 92, 93, 100, 103, 105, 106, 114, 123, 125

FR

34, 53, 63, 64, 70, 73, 85, 88, 92, 100, 103, 114,
118, 123, 129, 130

GE

22, 23, 24, 27, 36, 45, 47, 48, 50, 51, 53, 56, 61,
62, 63, 68, 72, 77, 79, 87, 89, 91, 92, 93, 95, 96,
100, 101, 103, 104, 113, 114, 115, 123, 125, 128,
129, 130

GL

22, 23, 25, 27, 50, 63, 65, 91, 92, 95, 97, 99, 100,
101, 105, 130

GR

23, 32, 37, 41, 54, 55, 59, 63, 68, 80, 92, 93, 95,
100, 114, 128, 129

JU

22, 23, 24, 29, 34, 37, 38, 41, 50, 53, 56, 61, 62,
63, 68, 79, 85, 87, 89, 91, 92, 95, 96, 101, 103,
110, 114, 129

LU

34, 35, 38, 63, 65, 99, 100, 131

NE

34, 45, 47, 48, 50, 53, 56, 59, 61, 62, 63, 69, 85,
93, 95, 100, 103, 110, 111, 113, 115, 123, 125, 128,
129, 130

NW

22, 47, 50, 53, 63, 66, 68, 85, 87, 97, 100, 110,
118, 123, 125

OW

22, 34, 53, 59, 63, 65, 68, 79, 80, 92, 95, 97, 99,
100, 110, 125, 131

SG

23, 28, 32, 35, 41, 42, 47, 54, 55, 63, 68, 92, 100,
110, 123, 128

SH

23, 25, 27, 29, 34, 37, 47, 53, 61, 63, 64, 65, 77,
88, 89, 93, 99, 100, 110, 128, 131

SO

23, 25, 28, 29, 34, 36, 47, 50, 63, 80, 85, 91, 93,
100, 110, 116, 130

SZ

22, 27, 28, 39, 63, 85, 87, 100, 111, 114, 130

TG

23, 28, 41, 47, 54, 55, 63, 64, 85, 93, 99, 100, 101, 103, 110, 123

TI

22, 23, 40, 41, 53, 56, 61, 63, 64, 65, 77, 79, 80, 85, 87, 89, 91, 92, 95, 100, 113, 118, 123, 128, 129, 130

UR

28, 34, 37, 39, 53, 63, 64, 87, 88, 97, 99, 100, 114, 125, 130

VD

22, 23, 29, 32, 35, 38, 39, 50, 51, 53, 56, 59, 61, 62, 63, 69, 79, 80, 87, 91, 92, 93, 100, 103, 114, 125, 128, 129

VS

22, 23, 34, 36, 45, 47, 50, 51, 53, 56, 61, 63, 64, 77, 79, 80, 88, 95, 100, 101, 103, 110, 114, 115, 128, 129, 130

ZG

53, 63, 65, 87, 92, 93, 99, 100, 101, 114, 128, 131

ZH

28, 36, 41, 53, 54, 55, 56, 63, 79, 80, 87, 92, 95, 99, 100, 109, 110, 115, 123, 125

- Acura AG (2016): Leistungsaufträge Gemeinden. www.acura-spitex.ch/htm/leistungsauftrag.htm. Zugriff: 12.04.2016.
- AHV/IV/FAK Liechtenstein (2014a): Merkblatt über das Betreuungs- und Pflegegeld für häusliche Betreuung. Vaduz: Januar 2014.
- AHV/IV/FAK Liechtenstein (2014b): Geschäftsbericht 2014. Vaduz: April 2014.
- ALBA, Alters- und Behindertenamt (2014): Allgemeine Vertragsbestimmungen zum Leistungsvertrag 2015 betreffend Pflegeleistungen in der Hilfe und Pflege zu Hause. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Bern: Juli 2014.
- Amt für Gesundheit und Soziales des Kantons Schwyz (2014): Ambulante medizinische Versorgung. Fachbericht. Schwyz: Juli 2014.
- Anschwanden, Erich (2015): Neuartige Gutscheine für Spitex. In: Neue Zürcher Zeitung. 13.07.2015.
- Aon Schweiz AG und Libera AG (2015): Pensionskassen: Höhere Lebenserwartung, weniger Invaliditätsfälle. Medienmitteilung. www.bvg-grundlagen.ch/deutsch/embargodeut16122015.htm. Zugriff: 10.03.2016.
- ASO, Amt für soziale Sicherheit des Kantons Solothurn (2015): Merkblatt SPITEX/ambulante Pflege: Verrechnung von Wegkosten gegenüber Klientinnen und Klienten. Solothurn.
- Bachmann, Nicole; Burla, Laila und Kohler, Dimitri (2015): Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.). Bern: Hogrefe Verlag.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2010): Palliative Care Bevölkerungsbefragung – Resultate der Segmentierungsanalyse. Bern.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2013): Auswertung Sterbeort 2006–2011. www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13777/13793/?lang=de. Zugriff: 01.04.2016.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2014): Tabellen mit detaillierter Berechnung zur Bestimmung der zu viel bzw. zu wenig bezahlten Prämien 1996–2013. Bern.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2015a): Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler. www.bag.admin.ch/hospital/index.html?webgrab_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWluLmNoL2tldi9zcGl0YWxzZGF0aXN0aWsvG9ydGFsX2RlLnBocD9iYXNrZXQ9MjAwLTQ4fGc0LjEmYW1wO3llyXJzPWFsYjZhbXA7bmF2aWQ9cWlzcw%3D%3D&lang=de. Zugriff: 09.11.2015.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2015b): Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime 2014. Bern.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2015c): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2014. Bern.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit und GDK, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2013): Nationale Demenzstrategie 2014–2017. Bern.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2015a): Spitex-Statistik 2014. Synthese nach Leistungserbringertyp. Tabelle su-d-14.03.04.02-10.1. Neuchâtel.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2015b): Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) 2014 – Provisorische Standardtabellen su-d-14.03.03-sm-2014-01. Neuchâtel.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2015c): Ständige Wohnbevölkerung nach Alter und Altersmasszahlen nach Kanton, am 31.12.2014 (STATPOP). Neuchâtel.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2015d): Zweijährliche abgekürzte Sterbetafeln. www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/dos/la_mortalite_en_suisse/tabl03.html. Zugriff: 20.11.2015.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2015e): Spitex-Statistik 2014. Ausbildung und Anstellungsgrad des Personals nach Kanton. Tabelle su-d-14.03.04.02-11.2. Neuchâtel.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2015f): Lohnniveau – nach Grossregionen. Schweizerische Lohnstrukturerhebung. www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/04/blank/key/lohnstruktur/nach_grossregion.html. Zugriff: 14.12.2015.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2015g): Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabschnitten und Kantonen 2014. www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/02/blank/data/07.html. Zugriff: 11.08.2015.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2015h): Arbeitsstätten und Beschäftigte nach Kanton, Wirtschaftsabteilung und Grössenklasse (STATENT) 2014. www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/06/02/blank/data.html. Zugriff: 11.08.2015.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2015i): Durchschnittlicher Mietpreis von Mieter- und Genossenschaftswohnungen nach Zimmerzahl (in Franken). www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/09/03/blank/key/mietpreise/nach_zimmerzahl.html. Zugriff: 15.12.2015.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2015j): Indikatoren der Pflegeheime 2013. BFS aktuell. Neuchâtel. www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/22/publ.html?publicationID=6766. Zugriff: 03.05.2016.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2015k): Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz ab 2015 – Bevölkerung und Bewegungen nach Szenario-Variante, Staatsangehörigkeit, Altersklasse, Jahr und Variable. STAT-TAB. Neuchâtel.

- BFS, Bundesamt für Statistik (2015m): Krankenhausstatistik. Provisorische Standardtabellen 2014. Neuchâtel.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2015n): Bruttoinlandprodukt nach Verwendungsarten. Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung. Neuchâtel.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2016a): Bruttoinlandsprodukt (BIP) nach Grossregion und Kanton.
www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/04/02/05.html. Zugriff: 05.01.2016.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2016b): Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt.
www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/dos/la_mortalite_en_suisse/tab101.html. Zugriff: 10.03.2016.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2016c): Sterbetafeln für die Schweiz 1998/2003.
www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/dos/la_mortalite_en_suisse/tab101.html. Zugriff: 09.03.2016.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2016d): Satellitenkonto Haushaltsproduktion.
www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/06/blank/data.html. Zugriff: 03.03.2016.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2016e): Erwerbstätige nach Geschlecht, Nationalität und Altersgruppe. SAKE.
www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/02/blank/data/03.html. Zugriff: 03.03.2016.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2016f): Kantonale Bevölkerungsszenarien 2015–2045, Referenzszenario AR-00-2015 – Zukünftige Bevölkerungsentwicklung der Kantone nach Kanton, Staatsangehörigkeit, Geschlecht, Variable, Jahr und Alter.
www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/01/new/nip_detail.html?gnpID=2016-374. Zugriff: 12.05.2016.
- Brändle, Thomas; Colombier, Carsten; Philipona, Arabela und EFV (2016): Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen in der Schweiz 2016. Bern.
- BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen (2012): Wegleitung über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (WEL). Bern.
- BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen (2015a): Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2014 – Tabellenteil. Bern.
- BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen (2015b): EL-Ausgaben nach Versicherungszweig, Wohnsituation und Kanton, Schätzung. Sonderauswertung für Avenir Suisse. Bern.
- BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen (2015c): Kantonale Regelungen auf dem Gebiet der bundesrechtlichen Ergänzungsleistungen im Jahr 2015. Mitteilung an die AHV-Ausgleichskassen und die EL-Durchführungsstellen Nr. 360. Bern.
- BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen (2015d): Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2014. Bern.
- Bundesrat (2005): Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung. Bern: Februar 2005.
- Bundesrat (2014): Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige. Bericht des Bundesrates. Bern: Dezember 2014.
- Bundesverwaltungsgericht (2010): Urteil vom 8. September 2010. C-623/2009. Verein santésuisse gegen Regierungsrat des Kantons Zürich.
- Cassis, Ignazio (2013): Curaviva Schweiz und die Pflegebedarfsinstrumente. RAI-NH-Fachtagung vom 21. August 2013.
www.qsys.ch/dwl/ab_2013/Cassis%20Ignazio_Curaviva.pdf. Zugriff: 28.05.2015.
- Christen, Andreas; Hänggi, Philipp; Kraft, Christian; Künzi, Damian; Merki, Manuela und Ruffner, Jan (2013): Gesundheitswesen Schweiz 2013. Der Spitalmarkt im Wandel. In: Keating, Giles und Adler, Oliver (Hrsg.): Swiss Issues Branchen, August 2013. Zürich.
- Christen, Andreas; Hürzeler, Fabian; Jucker, Sascha und Roos, Emanuel (2015): Gesundheitswesen Schweiz 2015. Die Zukunft des Pflegeheimmarkts. In: Centola, Loris und Adler, Oliver (Hrsg.): Swiss Issues Branchen, Juni 2015. Zürich.
- Colombo, Francesca; Llana-Nozal, Ana; Mercier, Jérôme und Tjadens, Frits (2011): Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing. doi 10.1787/9789264097759-en. Zugriff: 04.05.2016.
- Comparis (2015a): Spitalvergleich Schweiz. www.comparis.ch/spitalvergleich/default.aspx. Zugriff: 09.11.2015.
- Comparis (2015b): Steuern vergleichen und sparen. www.comparis.ch/steuern/steuervergleich/default.aspx. Zugriff: 15.12.2015.
- Cosandey, Jérôme (2014): Generationenungerechtigkeit überwinden. Zürich: Avenir Suisse und Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- Cosandey, Jérôme und Kienast, Kevin (2016): Verschwenden wir Pflegeressourcen? www.avenir-suisse.ch/54915. Zugriff: 17.02.2016.
- Credit Suisse (2015): Separate Auswertung für Avenir Suisse. Zürich.
- Crivelli, Luca; Filippini, Massimo; Lunati, Diego (2001): Regulation, ownership and efficiency in the Swiss nursing home industry. Quaderno, 4. Lugano.
- Curaviva (2012a): Integrierte Versorgung. Bern.
- Curaviva (2015b): Medizinische Qualitätsindikatoren. www.curaviva.ch/Fachinformationen/Themendossiers/Neue-Pflegefinanzierung/%20oMEyggVH/PQBbv/. Zugriff: 20.11.2015.
- Curaviva (2015c): Herausforderungen und Erfolgsfaktoren für Altersinstitutionen in naher Zukunft. www.curaviva.ch/Verband/News/Herausforderungen-und-Erfolgsfaktoren-der-Schweizer-Altersinstitutionen/obazMt3B/PPhrB/. Zugriff: 20.11.2015.
- Curaviva des Kantons Zürich (2015d): Fusion der Verbände Curaviva Kanton Zürich und Spitex Verband Kanton Zürich. www.curaviva-zh.ch/Verband/Fusion/P4Z2Y/. Zugriff: 20.11.2015.
- Curaviva (2016e): Medizinische Qualitätsindikatoren. www.curaviva.ch/Fachinformationen/Qualitaet-Lebensqualitaet/Medizinische-Qualitaetsindikatoren/PiEWE/?lang=DE&redirect_lang. Zugriff: 05.04.2016.
- DSASC, Département de la Santé, des Affaires Sociales et de la Culture (2013): Directive du Département de la santé, des affaires sociales et de la culture concernant le financement des pouvoirs publics des structures de soins de jour. Sion.

- DSAS, Département de la Santé et de l'Action Sociale du Canton de Vaud (2009): Directive concernant le programme cantonal «Bureaux régionaux d'information et orientation». Lausanne.
- Departement des Innern des Kantons St. Gallen (2011): Planung des Platzangebots in Einrichtungen zur stationären Betreuung und Pflege von Betagten im Kanton St. Gallen. St. Gallen.
- Departement des Innern des Kantons Solothurn (2015): Richtlinien des Departements des Innern vom 1. Januar 2015 über die Umsetzung der Pflegeheimplanung 2020 – Verfahren über die Bettenvergabe. Solothurn.
- D-EDK, Deutschschweizer Erziehungsdirektoren-Konferenz (2014): Lohndatenerhebung der Lehrkräfte, Auswertung 2014. www.d-edk.ch/lohndatenerhebung. Zugriff: 11.08.2015.
- DGS, Direction Générale de la Santé (2011): Planification médico-sociale et sanitaire du canton de Genève 2012-2015. Genève.
- DocCheck (2016): Flexikon. <http://flexikon.doccheck.com/de/Pr%C3%A4valenz>. Zugriff: 16.05.2016.
- Dutoit, Laure; Füglistler-Dousse, Sylvie und Pellegrini, Sonia (2016): Soins de longue durée dans les cantons: un même défi, différentes solutions. Evolutions 2006–2013. Neuchâtel: Obsan.
- EC, European Commission (2014): Health status indicators. Heidi Data tools. ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/echi_40.html#main?KeepThis=true&TB_iframe=true&height=450&width=920. Zugriff: 22.04.2014.
- Ecoplan (2014): Analyse der Kostendifferenzen in der ambulanten Pflege im Kanton Zürich. Studie im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Bern: November 2014.
- Eling, Martin (2013): Generationensolidarität in der Krankenversicherung. In: IVW HSG Schriftenreihe; 52. St. Gallen: Verlag Institut für Versicherungswirtschaft der Universität St. Gallen.
- Eugster, Beatrix und Jeanneret, Lionel (2015): Zuhause altern – demografische Ausgangslage und Gesundheitskosten – eine Trendanalyse für 2030. Studie im Auftrag von Pro Senectute Schweiz. St. Gallen.
- Felder, Stefan (2015): Die Rolle der privaten Spitex in der ambulanten Pflege – heute und in 20 Jahren. Schlussbericht zuhanden der Association Spitex privée Suisse (ASPS). Basel: August 2015.
- Gächter, Thomas und Filippo, Martina (2016): Grundfragen zu einer schweizerischen Pflegeversicherung. In: Pflegerecht – Pflegewissenschaft, 1, 35–40.
- Gasser, Nadja; Knöpfel, Carlo und Seifert, Kurt (2015): Erst agil, dann fragil. Pro Senectute Schweiz. Zürich.
- GDK, Gesundheitsdirektorenkonferenz (2013): Jahresbericht 2012. Bern.
- Gehrig, Matthias; Oesch, Thomas und Stettler, Peter (2010): Pflegeausbildung und Pflegepersonalmangel im Kanton Graubünden. Schlussbericht im Auftrag des Kantons Graubünden. Büro BASS. Bern.
- Gesundheitsamt des Kantons Thurgau (2012): Alterskonzept Kanton Thurgau. Frauenfeld.
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt (2014): Gesundheitsversorgungsbericht des Jahres 2013. Basel.
- GETcare (2016): 24-Stunden-Betreuung in der Schweiz: Betreuung mit Herz ab 1.990 Franken im Monat! www.getcare.ch. Zugriff: 05.04.2016.
- Gfs.bern (2015): Gesundheitswesen konsolidiert – zwischen Kollektiv- und Eigenverantwortung. Studie im Auftrag von Interpharma. Bern.
- GKV-Spitzenverband (2014): Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege – Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) – vom 17. Dezember 2008 in der Fassung vom 10.06.2013. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/transparenzvereinbarungen/pvts_neu_ab_2014_01_01stationaer/Pflege_PTVS_2013-06-10.pdf. Zugriff: 09.11.2015.
- GKV-Spitzenverband (2015): Bewertungssystematik Pflegedienste. www.pflegenoten.de/bewertungssystematik/pflegedienste/bewertungssystematik_pflegedienste.jsp. Zugriff: 09.11.2015.
- Giger, Susanne (2011): Hauspflege als Geschäftsmodell. Rendez-vous. Radio DRS. www.srf.ch/sendungen/rendez-vous/noch-mehr-rechnungsfehler-im-finanzdepartement. Zugriff: 28.01.2014.
- Gouvernement de la République et du Canton du Jura (2015): Message relatif au projet de révision partielle de la loi portant introduction à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LiLPC). Delémont.
- Hänni, Karin und von Fellenberg, Theodor (2012): Integrierte medizinische Versorgung im Val Müstair – die Lösung für die Peripherie? In: Schweizerische Ärztezeitung, 93, 50, 1849–1850.
- Harper, Sarah (2014): Economic and social implications of aging societies. In: Science, 346 (6209), 587–591.
- Höpfinger, François; Bayer-Oglesby, Lucy und Zumburn, Andrea (2011): La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée. Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan). Zürich: Verlag Hans Huber.
- Höpfinger, François (2016): Fakten und Zahlen zur häuslichen Betreuung alter Menschen. In: Baumeister, Barbara (Hrsg.): Schutz in der häuslichen Betreuung alter Menschen – erkennen und intervenieren. In Vorbereitung.
- Hôpital du Pays-d'Enhaut (2014): Le Pôle santé du Pays-d'Enhaut – Un projet qui fédère les acteurs de la santé. www.hopital-pae.ch/documents/pole_sante.pdf?PHPSESSID=52c99a3c8d029c94d4878e9f1aa7af35. Zugriff: 09.11.2015.

- IMAD, Institution Genevoise de Maintien à Domicile (2015): Tarifs des prestations 2015. Genève.
- Jaccard Ruedin, Hélène; Marti, Michael; Sommer, Heini; Bertschy, Kathrin und Leoni, Christian (2010): Soins de longue durée – Comparaison des coûts par cas dans le canton du Tessin. Obsan Bericht, 36. Neuchâtel.
- Kanton Solothurn (2013): Pflegeheimplanung 2020 Kanton Solothurn. Botschaft und Entwurf des Regierungsrates an den Kantonsrat von Solothurn. Solothurn.
- Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (2015): Parlamentarische Initiative Nachbesserung der Pflegefinanzierung. Erläuternder Bericht. Bern.
- Köppel, Ruth (2015): Erfolgreiche Praktiken von Tagesstätten. Studie im Auftrag der Age-Stiftung.
- Krummenacher, Jürg; Wächter, Matthias (2013): Die Versorgung der Bevölkerung mit Spitexleistungen im Kanton Schwyz – Standortbestimmung und Ausblick. Schlussbericht, Hochschule Luzern. Luzern: August 2013.
- Kupferschmid, Urs (2013): Integrierte Versorgung im Lichte des Pflegenotstandes am Beispiel der Stiftung RaJoVita. Vortrag im Rahmen des Kongresses «Pflegenotstand Schweiz?» Luzern: 03.12.2013.
- Lalive d'Epinay, Christian und Cavalli, Stefano (2013): Le quatrième âge ou la dernière étape de la vie. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Movimento della Scuola (2012): Manifesto per la scuola. movimentoscuola.ch/wp-content/uploads/2012/11/Dati-MdS-per-il-29.11.2012.ppt. Zugriff: 11.08.2015.
- Nittnaus, Michael (2013): Betreuungs-GAV gegen die Missstände. In: Berner Zeitung. 28.05.2013.
- Obsan, Observatoire Suisse de la Santé (2015): Offre et recours aux structures intermédiaires pour personnes âgées en Suisse. Appel d'offre. Neuchâtel.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development (2016): OECD Stat: health status. stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_STAT&lang=en#. Zugriff: 04.03.2016.
- Perrez, Josef (2012): Altersstruktur und Steuerertrag. Statistisches Amt des Kantons Zürich. In: Statistik.info, 1. Zürich.
- Perrig-Chiello, Pasqualina (2012): Familiäre Hilfe und Pflege. In: Perrig-Chiello, Pasqualina und Höpflinger, François (Hrsg.): Pflegende Angehörige älterer Menschen. Bern: Huber.
- Perrig-Chiello, Pasqualina; Höpflinger, François und Schnegg, Brigitte (2010): Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz. SwissAgeCare-2010. Forschungsprojekt im Auftrag von Spitex-Schweiz, Bern.
- Perrig-Chiello, Pasqualina und Höpflinger, François (2012): Pflegende Angehörige älterer Menschen. Bern: Huber.
- Pflegehilfe (2016): Betreuung zu Hause – Persönlicher und kostengünstiger. www.pflegehilfe.ch/betreuung/preise-angebote. Zugriff: 05.04.2016.
- Pflegenoten (2015): Reaktionen auf die Pflegenoten. www.pflegenoten.info/reaktionen.php. Zugriff: 09.11.2015.
- Pro Senectute Kanton St. Gallen; Curaviva St. Gallen und Spitex Verband (2012): Ambulante und stationäre Hilfe und Pflege. Positionspapier. www.sg.pro-senectute.ch/media/files/ambulant_stationaer_8.2.13.pdf. Zugriff: 11.03.2016.
- RSBJ, Réseau de Santé Balcon du Jura.vd (2015): www.rsbj.ch. Zugriff: 09.11.2015.
- RTS, Radio Télévision Suisse (2012): Salaires des enseignants: comparaison romande. www.rts.ch/play/tv/19h30/video/salaires-des-enseignants-comparaison-romande?id=3984776. Zugriff: 11.08.2015.
- Rüfli, Christian; Duetz, Margreet; Jordi, Michael und Spycher, Stefan (2015): Gesundheitspolitik. In: Oggier, Willy (Hrsg.). Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017. Bern: Hogrefe Verlag.
- Rühli, Lukas (2012): Gemeindeautonomie zwischen Illusion und Realität. Kantonsmonitoring 4: Gemeindestrukturen und Gemeindestrukturpolitik der Kantone. Zürich: Avenir Suisse.
- SBK, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (2015): Pflegevollkosten nach Kanton. www.sbk.ch/fileadmin/sbk/service/freiberufliche_pfleger/docs/2015_10_01_en_Pflegevollkosten_nach_Kantonen_www_de.pdf. Zugriff: 01.03.2016.
- Schmid, Tina (2014): Generation, Geschlecht und Wohlfahrtsstaat. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schoch, Claudia (2014): Der Zentralismus im Gesundheitswesen wächst. In: Neue Zürcher Zeitung. 26.11.2014.
- Schürch, David und Winkler, Jürg (2014): Inländisches Fachkräftepotential in Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen. In: Schweizerische Ärztezeitung, 95, 49, 1865–1867.
- Schweizerische Alzheimervereinigung (2007): Die verfügbaren Plätze decken 12% des Bedarfs. In: Info, 47, 16–17.
- SECO, Staatssekretariat für Wirtschaft (2015): Rechtliche Rahmenbedingungen für Pendelmigration zur Alterspflege. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats Schmid-Federer 12.3266 vom 16. März 2012. Bern: April 2015.
- Seifert, Elisabeth (2015): Spitex-Monopol beginnt zu wanken. In: Aargauer Zeitung. 17.10.2015.
- Sekimoto, Miho und Li, Masako (2015): Supplier-Induced Demand for Chronic Disease Care in Japan: Multilevel Analysis of the Association between Physician Density and Physician-Patient Encounter Frequency. In: Value in Health Regional Issues, 6, 103–110.
- Senesuisse (2016): Vernehmlassung zur Änderung des ELG, des BVG und des FZG. Vernehmlassungsantwort von senesuisse. Bern.

- SGK SR, Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (2015): *Parlamentarische Initiative Nachbesserung der Pflegefinanzierung. Erläuternder Bericht*. Bern.
- SKOS, Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (2014): *Monitoring Sozialhilfe*. Bern.
- SKOS, Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (2015): *SKOS-Richtlinien*. skos.ch/uploads/media/2015_SKOS-Richtlinien-komplett-d.pdf. Zugriff: 01.02.2016.
- Slembeck, Tilman (2006): *Kostentreiber im Schweizer Gesundheitswesen – Eine Auslegeordnung*. Studie im Auftrag von santésuisse. Solothurn.
- Sozialvorsorgeamt des Staats Freiburg (2016): *Tagesstätten für betagte Personen: Finanzierung*. www.fr.ch/sps/de/pub/aelteremenschen/tagesstaetten/finanzierung.htm. Zugriff: 15.04.2016.
- SRF, Schweizer Radio und Fernsehen (2015): *Das Spitex-Monopol wankt*. Sendung 10vor10. www.srf.ch/sendungen/10vor10/spitex-monopol-umstrittene-body-cams-wurst-alarm. Zugriff: 28.10.2015.
- Sugawara, Shinya; Nakamura, Jiro (2015): *Gatekeeper incentives and demand inducement: An empirical analysis of care managers in the Japanese Long-Term Care Insurance program*. papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2578867. Zugriff: 07.01.2016.
- Thurvita (2015): www.thurvita.ch/home.htm. Zugriff: 09.11.2015.
- Trottmann, Maria; Vaterlaus, Stephan; Telser, Harry und Übelhart, Tobias (2016): *Finanzierung der Langzeitpflege aus ökonomischer Sicht*. In: *Pflegerecht – Pflegewissenschaft*, 1, 29–32.
- Von Bergen, Matthias (2015): *Versorgungskonzept Gesundheit und Alter der Gemeinde Kriens: Chancen und Auswirkungen*. 3. Tagung Alter – Dienstleistungen und Pflege. Liestal: 30. September 2015.
- Von Gunten, Armin (2011): *Behavioural and psychological symptoms of dementia in Swiss nursing homes: an analysis of existing RAI-data*. Working Report. Lausanne: Service universitaire de psychiatrie de l'âge.
- Von Holten, Karin; Jähne, Anke und Bischofberger, Iren (2013): *Care-Migration – transnationale Sorgearrangements im Privathaushalt*. In: Obsan, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.): *Obsan Bericht*, 57. Neuchâtel.
- Wächter, Matthias; Künzi, Killian (2011): *Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive*. Kurzstudie im Auftrag des Spitex Verbands Schweiz, Büro Bass. Bern.
- Weaver, France; Jaccard Ruedin, Hélène; Pellegrini, Sonia und Jeanrenaud, Claude (2008): *Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan, Neuchâtel.
- Wettstein, Gérard (2001): *Die Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen – eine Auslegeordnung*. In: *Die Volkswirtschaft* (12), 8–13.
- Zúñiga, Franziska (2015): *Rationierung in Schweizer Pflegeheimen – Hintergründe und Zusammenhänge aus der SHURP-Studie*. Präsentation am Curaviva Fachkongress. Basel: 15. Januar 2015.
- Zúñiga, Franziska; Ausserhofer, Dietmar; Hamers, Jan; Engberg, Sandra; Simon, Michael und Schwendimann, René (2015): *Are Staffing, Work Environment, Work Stressors, and Rationing of Care Related to Care Workers' Perception of Quality of Care? A Cross-Sectional Study*. In: *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(10), 860–866.

Das vorliegende Kantonsmonitoring beruht im Kern auf Primärdaten, die Avenir Suisse in den 26 Kantonen und im Fürstentum Liechtenstein mittels standardisierter Fragebögen erhoben und in Einzelgesprächen mit den zuständigen Amtsvorstehern im Sommer 2015 validiert hat. Die so gesammelten Informationen wurden in umfangreichem «Desk Research» verifiziert und mit der Analyse von national erhältlichen Statistiken (zum Beispiel Spitex-Statistik und SOMED-Statistik) ergänzt.

Der Text wurde von Jérôme Cosandey verfasst, der die Gesamtprojektleitung innehatte und auch für die Recherchearbeit verantwortlich war. Bei den umfangreichen Datenaufbereitungen wurde er von Kevin Kienast unterstützt.

Die Lektoren Marius Brülhart (Universität Lausanne), Reto Föllmi (Universität St. Gallen), François Höpflinger (Universität Zürich), Thomas Lorenz (Stiftung Zukunft.li) und Christian Streit (senesuisse) lieferten wichtige Anregungen und Verbesserungsvorschläge.

Jérôme Cosandey (* 1970) promovierte an der ETH Zürich und erwarb einen Master der Universität Genf in internationaler Wirtschaftsgeschichte. Er setzt sich seit 2011 als Senior Fellow von Avenir Suisse mit dem Reformbedarf in der Altersvorsorge, der Organisation und Finanzierung der Alterspflege und Fragen der Altersarbeit auseinander.

Kevin Kienast (* 1986) hat Master-Abschlüsse der Universität St. Gallen in internationalen Beziehungen sowie der Yonsei Universität Seoul in Global Economy and Strategy. Er arbeitet seit April 2015 als Researcher bei Avenir Suisse.