

**Zukünftige Herausforderungen in der Langzeitpflege:
Wie sehen die Strategien aus? Wer steuert? Mit welchen Instrumenten
wird gesteuert?**

**Ein Vergleich der staatlichen Strategien und Steuerungsinstrumente in
Basel, Bern und Zürich**

Masterarbeit eingereicht der Universität Bern
im Rahmen des
Executive Master of Public Administration (MPA)

u^b

**UNIVERSITÄT
BERN**

Betreuender Dozent: **Prof. Fritz Sager**

Kompetenzzentrum für Public Management
Schanzeneckstrasse 1
CH-3001 Bern

von:

Michael Allgäuer
aus Vuisternens-en-Ogoz (FR)

michael.allgaeuer@gmail.com

Bern, 15. Oktober 2009

Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen des Executive Master of Public Administration der Universität Bern verfasst.

Die inhaltliche Verantwortung für die eingereichten Arbeiten liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Vorwort

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Frage, wie den zukünftigen Herausforderungen in der Langzeitpflege begegnet werden kann und welche Möglichkeiten dem Staat für die Steuerung zur Verfügung stehen. Dies sind Fragen, die mich auch beruflich beschäftigen, weshalb ich diese Arbeit nicht nur aus wissenschaftlichem Antrieb, sondern auch aus beruflichem Interesse geschrieben habe.

Ein besonderer Dank geht an die Interviewpartner und -partnerinnen in den Kantonen Basel-Stadt, Bern und Zürich sowie in den Städten Bern und Zürich, die für ein längeres Gespräch und auch für verschiedene Nachfragen zur Verfügung standen und mir mit ihren Ausführungen die Konzeption der Langzeitpflege in ihren Gemeinwesen anschaulich darstellen konnten. Ich danke auch meiner Assistentin Marie-Theres Roth für die exakte Durchsicht des Manuskripts und vor allem meiner Familie für ihre moralische Unterstützung bei der Entstehung dieser Arbeit.

Bern, im Oktober 2009

Michael Allgäuer

Zusammenfassung

Die Langzeitpflege steht zweifellos vor grossen Herausforderungen. Bis ins Jahr 2030 werden die Kosten der Langzeitpflege rund 17.8 Milliarden Franken betragen, während es 2005 noch 7.3 Milliarden waren. Die Zahl der über 80-Jährigen dürfte sich bis dahin mehr als verdoppeln. In der Folge erhöht sich die Anzahl chronisch-kranker und pflegebedürftiger Personen und somit der Bedarf an Langzeitpflege. Gleichzeitig zeichnet sich ab, dass bis 2030 zwischen 120 000 und 190 000 Fachpersonen für das Gesundheitswesen rekrutiert werden müssen, wovon der überwiegende Teil für die Langzeitpflege benötigt wird.

Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, mit welchen Strategien diesen Herausforderungen begegnet wird, welche staatlichen Akteure die Steuerung übernehmen und welche Steuerungsinstrumente ihnen zur Verfügung stehen. Ergänzend wird versucht, die vorgefundenen Steuerungsinstrumente in Anlehnung an die Kategorisierung von Policy-Instrumenten durch Vedung zu typisieren. Diese Fragestellungen werden anhand von Fallstudien mit den drei grössten Deutschschweizern Städten Basel, Bern und Zürich untersucht.

Aus der Analyse der konzeptionellen Rahmenbedingungen und den Ergebnissen der Fallstudien ergibt sich, dass der Bund über das KVG verschiedene wichtige Eckpunkte der Langzeitversorgung bestimmt hat. Den Kantonen verbleibt dennoch ein erheblicher Spielraum zur Gestaltung der Langzeitpflege. In den Kantonen Bern und Zürich sind sowohl der Kanton als auch die Gemeinden steuernde *Akteure*, allerdings mit unterschiedlich gewichteten Aufgaben. In beiden Kantonen ist die Gestaltung der Langzeitpflege ein Zusammenspiel von Kanton und Gemeinden. Im Kanton Basel-Stadt ist der Kanton der alleinige Akteur, da die Stadt Basel keine eigene Verwaltung hat.

Der Bund hat eine *Strategie* für eine schweizerische Alterspolitik formuliert. Im Bereich der Langzeitpflege ist seine Strategie allgemein gehalten und präsentiert lediglich Handlungsoptionen, jedoch keine konkreten Ziele. Die Kantone Basel-Stadt, Bern und Zürich sowie die Städte Bern und Zürich haben zum Teil sehr umfangreiche Konzepte und Strategien zur Langzeitpflege entwickelt. In der Grundausrichtung stimmen alle darin überein, dass die Selbstständigkeit des älteren Menschen gefördert und dass es den älteren Menschen ermöglicht werden soll, möglichst lange zu Hause zu leben.

Bei der Ausrichtung der *stationären* Langzeitpflege ergibt sich ein differenzierteres Bild. Es bestehen überall Wartelisten für den Eintritt in ein Pflegeheim. Einen Ausbau der Pflegeplätze plant jedoch nur der Kanton Basel-Stadt. Im Kanton Bern besteht eine Kontingentierung, die zur Folge hat, dass der Anteil an Pflegeplätzen für die über 80-Jährigen mittelfristig deutlich sinken wird. Der Kanton Zürich verlangt für die Aufnahme einer Einrichtung auf die Pflegeheimliste keinen Bedarfsnachweis und verzichtet somit auf eine Steuerung des Gesamtangebots an Pflegeheimplätzen.

Der Kanton Bern will die stationäre Langzeitpflege aktiv steuern und hat sich für eine Politik im Sinne des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ entschieden. Generell soll es möglichst wenige Heimeintritte geben und die zur Verfügung stehenden Heimplätze sollen möglichst für schwer Pflegebedürftige zur Verfügung stehen. Um die Versorgung der Pflegebedürftigen trotz sinkendem Anteil an Heimplätzen zu gewährleisten, sollen das Spitex-Angebot quantitativ und qualitativ ausgebaut und Projekte zur Prävention und zur Entlastung pflegender Angehöriger gefördert werden. Die Stadt Bern verfolgt eine ähnliche Politik wie der Kanton Bern.

Auch in der *ambulanten* Langzeitpflege zeigen sich Unterschiede in der strategischen Ausrichtung. Der Kanton Zürich strebt ein hochstehendes Standardangebot für die Bevölkerung an und will damit stationäre Aufenthalte vermeiden, hinauszögern oder verkürzen. Die Stadt Zürich postuliert einen qualitativen und quantitativen Ausbau der Spitex. Beide Gemeinwesen sprechen sich nicht explizit für eine Vorrangstellung der Spitex aus. Anders sieht die Situation in den Kantonen Basel-Stadt und Bern aus. Der Kanton Basel-Stadt setzt eine Priorität zugunsten der Spitex im Sinne von „ambulant vor stationär“. Auch der Kanton Bern setzt hohe Erwartungen in die Spitex. Er strebt einen qualitativen und quantitativen Ausbau an und will damit den sinkenden Anteil an Pflegeheimplätzen für die über 80-jährige Bevölkerung kompensieren.

Die im Kapitel 4.2.4 dargestellte Typisierung der *Steuerungsinstrumente* in der Langzeitpflege zeigt, dass im *stationären* Bereich oft nur das subventionierte Angebot und nur die Nachfrage nach subventionierten Leistungen gesteuert werden können. Die Ausrichtung von Subventionen ist damit der Hebel, mit dem Angebot und Nachfrage beeinflusst werden können. Gegenüber allen Anbietern wirksam ist hingegen die Pflegeheimliste. Mit ihr kann das Angebot an Pflegeplätzen, falls dies politisch gewünscht ist, beschränkt werden. Die Nachfrageseite kann mit Anreizen beeinflusst werden. Ergänzt wird das Instrumentarium mit einem persuasiven Instrument im stationären Bereich. Eine spezielle Stellung nimmt das Instrument der staatlichen Leistungserbringung ein. Damit kann das Angebot regulativ sowohl in Bezug auf den Preis als auch auf die Anzahl der angebotenen Pflegeplätze gesteuert werden.

In der *ambulanten* Langzeitpflege stehen nur wenige Steuerungsinstrumente zur Verfügung. Zudem wirken sie fast ausnahmslos nur auf das subventionierte Angebot und die Nachfrage nach subventionierten Leistungen ein. Auch im ambulanten Bereich ist somit die Ausrichtung von Subventionen der Hebel für die Beeinflussung von Angebot und Nachfrage.

In Zukunft wird die Herausforderung nicht darin bestehen, den Ausbau von Pflegeheimplätzen zu begrenzen, sondern die wachsende Anzahl an Pflegebedürftigen adäquat betreuen zu können. Dazu müssen konsequent Alternativen zu einem Heimeintritt entwickelt und gefördert werden.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Zusammenfassung	2
Inhaltsverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	10
Tabellenverzeichnis	11
Abkürzungsverzeichnis	12
Anhangverzeichnis	13
Rechtsgrundlagenverzeichnis	14
1 Einleitung	16
1.1 Problemstellung und Relevanz des Themas	16
1.2 Fragestellung, Zielsetzung und Vorgehen	16
1.3 Abgrenzungen	17
1.4 Aufbau	17
1.5 Methodik	18
1.5.1 Angewandte Methoden	18
1.5.2 Auswahl der Fallstudien	18
2 Konzeptionelle Rahmenbedingungen	19
2.1 Überblick Langzeitpflege	19
2.1.1 Stationäre Langzeitpflege	19
2.1.2 Ambulante Langzeitpflege	20
2.2 System der Gesundheitsversorgung	21
2.2.1 Begriffsdefinitionen	21
2.2.1.1 Langzeitpflege	21
2.2.1.2 Pflegeheim, Altersheim, Krankenhaus, Alterspflegeheim	21
2.2.1.3 Spitex	22
2.2.2 Kompetenzverteilung Bund - Kantone	23
2.2.2.1 Bundeskompetenzen	23
2.2.2.2 Kantonale Kompetenzen	23
2.2.3 Bundesgesetz über die Krankenversicherung	24
2.2.3.1 Grundzüge	24
2.2.3.2 Regulierung der stationären Langzeitpflege	25
2.2.3.2.1 Zulassung als Leistungserbringer (Pflegeheimliste)	25
2.2.3.2.2 Kassenpflichtige Leistungen, Tarife	25

2.2.3.2.3	Bedarfsabklärung.....	27
2.2.3.2.4	Ärztliche Anordnung.....	27
2.2.3.3	Regulierung der ambulanten Langzeitpflege.....	27
2.2.3.3.1	Zulassung als Leistungserbringer.....	27
2.2.3.3.2	Kassenpflichtigen Leistungen, Tarife.....	28
2.2.3.3.3	Bedarfsabklärung.....	29
2.2.3.3.4	Ärztliche Anordnung.....	29
2.2.3.4	Vergütungspflicht der Versicherer: Spitex versus Pflegeheim.....	29
2.2.3.4.1	Fragestellung.....	29
2.2.3.4.2	Rechtsprechung des Bundesgerichts.....	30
2.2.3.4.3	Berücksichtigung der Grundrechte bei strittiger Kostenübernahme.....	32
2.2.3.4.4	Kritik an der Rechtsprechung.....	32
2.2.3.4.5	Beurteilung.....	33
2.2.3.5	Neuordnung Pflegefinanzierung.....	34
2.3	Entwicklungen in der Langzeitpflege.....	36
2.3.1	Kostenentwicklung und demografische Entwicklung.....	36
2.3.2	Bedarf an Personal.....	37
2.4	Strategie des Bundesrats für eine schweizerische Alterspolitik.....	37
3	Fallstudien: staatliche Strategien und Steuerungsinstrumente.....	40
3.1	Aufbau der Fallstudien.....	40
3.2	Stadt Basel.....	40
3.2.1	Einführung.....	40
3.2.1.1	Allgemeine Daten zur Stadt Basel.....	40
3.2.1.2	Kompetenzverteilung Kanton - Gemeinden in der Langzeitpflege.....	40
3.2.1.2.1	Stationäre Langzeitpflege.....	40
3.2.1.2.2	Ambulante Langzeitpflege.....	41
3.2.1.3	Anzahl Betriebe, Subventionsstatus.....	41
3.2.1.3.1	Stationäre Langzeitpflege.....	41
3.2.1.3.2	Ambulante Langzeitpflege.....	42
3.2.1.4	Kennzahlen zur Entwicklung 2003 - 2007.....	43
3.2.1.4.1	Stationäre Langzeitpflege.....	43
3.2.1.4.2	Ambulante Langzeitpflege.....	44
3.2.1.5	Finanzierung, Tarife.....	45
3.2.1.5.1	Stationäre Langzeitpflege.....	45
3.2.1.5.2	Ambulante Langzeitpflege.....	46
3.2.2	Strategie.....	46
3.2.2.1	Einführung.....	46
3.2.2.2	Leitlinien für eine umfassende Alterspolitik.....	46
3.2.2.3	Bericht des Regierungsrates an den Grossen Rat zum Anzug Benz.....	47

3.2.3	Steuerungsinstrumente	48
3.2.3.1	Steuerungsinstrumente im stationären Bereich.....	48
3.2.3.1.1	Bedarfsplanung	48
3.2.3.1.2	Pflegeheimliste	48
3.2.3.1.3	Beratungsstelle, Pflegebedarfsnachweis.....	48
3.2.3.1.4	Zentrale Bettenvermittlung.....	49
3.2.3.1.5	Ausrichtung von Bausubventionen und Liegenschaftenbeiträgen	50
3.2.3.1.6	Teilstationäre Angebote und Entlastungsangebote.....	50
3.2.3.2	Steuerungsinstrumente im ambulanten Bereich.....	50
3.2.3.2.1	Abklärungs- und Kontrollstelle Spitex	50
3.2.3.2.2	Beiträge an die Pflege zu Hause	51
3.2.3.3	Zusammenfassung Steuerungsinstrumente	52
3.2.3.3.1	Stationäre Langzeitpflege	52
3.2.3.3.2	Ambulante Langzeitpflege	52
3.2.3.4	Steuerungsinstrumente: Lücken und Bedürfnisse.....	53
3.3	Stadt Bern	53
3.3.1	Einführung.....	53
3.3.1.1	Allgemeine Daten zur Stadt Bern	53
3.3.1.2	Kompetenzverteilung Kanton - Gemeinden in der Langzeitpflege	53
3.3.1.2.1	Stationäre Langzeitpflege	53
3.3.1.2.2	Ambulante Langzeitpflege	54
3.3.1.3	Anzahl Betriebe, Subventionsstatus.....	54
3.3.1.3.1	Stationäre Langzeitpflege	54
3.3.1.3.2	Ambulante Langzeitpflege	55
3.3.1.4	Kennzahlen zur Entwicklung 2003 - 2007.....	56
3.3.1.4.1	Stationäre Langzeitpflege	56
3.3.1.4.2	Ambulante Langzeitpflege	56
3.3.1.5	Finanzierung, Tarife.....	57
3.3.1.5.1	Stationäre Langzeitpflege	57
3.3.1.5.2	Ambulante Langzeitpflege	59
3.3.2	Strategie.....	59
3.3.2.1	Kanton Bern	59
3.3.2.1.1	Einführung	59
3.3.2.1.2	Alterspolitik im Kanton Bern	59
3.3.2.2	Stadt Bern.....	60
3.3.2.2.1	Einführung	60
3.3.2.2.2	Alterspolitik der Stadt Bern	61
3.3.3	Steuerungsinstrumente	62
3.3.3.1	Steuerungsinstrumente im stationären Bereich.....	62
3.3.3.1.1	Bedarfsplanung	62
3.3.3.1.2	Pflegeheimliste	63

3.3.3.1.3	Beiträge des Kantons und der Stadt an Investitionen	63
3.3.3.1.4	Präventive Hausbesuche	63
3.3.3.1.5	Förderung unterschiedlicher Wohnformen im Alter	63
3.3.3.1.6	Entlastungsangebote	64
3.3.3.1.7	Einsatz im Vorstand des Vereins Domicil	64
3.3.3.2	Steuerungsinstrumente im ambulanten Bereich.....	64
3.3.3.2.1	Vorgaben zum Umfang des Angebots.....	64
3.3.3.2.2	Vorgabe der maximalen Leistungsmenge (Anzahl Stunden).....	65
3.3.3.2.3	Vorgabe einer Kostenobergrenze pro Leistungsstunde	65
3.3.3.2.4	Einsatz im Vorstand von Spitex Bern	66
3.3.3.3	Zusammenfassung Steuerungsinstrumente	66
3.3.3.3.1	Stationäre Langzeitpflege	66
3.3.3.3.2	Ambulante Langzeitpflege	66
3.3.3.4	Steuerungsinstrumente: Lücken und Bedürfnisse.....	67
3.4	Stadt Zürich	68
3.4.1	Einführung.....	68
3.4.1.1	Allgemeine Daten zur Stadt Zürich	68
3.4.1.2	Kompetenzverteilung Kanton - Gemeinden in der Langzeitpflege	68
3.4.1.2.1	Stationäre Langzeitpflege	68
3.4.1.2.2	Ambulante Langzeitpflege	68
3.4.1.3	Anzahl Betriebe, Subventionsstatus.....	69
3.4.1.3.1	Stationäre Langzeitpflege	69
3.4.1.3.2	Ambulante Langzeitpflege	70
3.4.1.4	Kennzahlen zur Entwicklung 2003 - 2007.....	70
3.4.1.4.1	Stationäre Langzeitpflege	70
3.4.1.4.2	Ambulante Langzeitpflege	71
3.4.1.5	Finanzierung, Tarife.....	72
3.4.1.5.1	Stationäre Langzeitpflege	72
3.4.1.5.2	Ambulante Langzeitpflege	74
3.4.2	Strategie.....	74
3.4.2.1	Kanton Zürich	74
3.4.2.1.1	Einführung	74
3.4.2.1.2	Bericht zur Alterspolitik im Kanton Zürich	74
3.4.2.1.3	Richtlinien über das Leistungsangebot und die Qualität der Spitex.....	76
3.4.2.2	Stadt Zürich.....	76
3.4.2.2.1	Einführung	76
3.4.2.2.2	Alterskonzept des Gesundheits- und Umweltdepartements	77
3.4.2.2.3	Strategische Leitsätze Gesundheits- und Umweltdepartement.....	77
3.4.2.2.4	Strategische Grundsätze und Haltungen der Pflegezentren.....	77
3.4.2.2.5	Leitsätze zur Ausrichtung der Altersheime	78
3.4.2.2.6	Spitex-Strategie 2014	78

3.4.3	Steuerungsinstrumente	78
3.4.3.1	Steuerungsinstrumente im stationären Bereich.....	78
3.4.3.1.1	Pflegeheimliste	78
3.4.3.1.2	Beiträge des Kantons an Investitionen	79
3.4.3.1.3	Beiträge des Kantons und der Stadt an Betriebskosten	79
3.4.3.1.4	Staatliche Leistungserbringung	80
3.4.3.1.5	Zentrale Bettenvermittlung.....	81
3.4.3.1.6	Entlastungsangebote	81
3.4.3.2	Steuerungsinstrumente im ambulanten Bereich.....	82
3.4.3.2.1	Vorgaben zu Umfang und Qualität des Dienstleistungsangebots.....	82
3.4.3.3	Zusammenfassung Steuerungsinstrumente	82
3.4.3.3.1	Stationäre Langzeitpflege	82
3.4.3.3.2	Ambulante Langzeitpflege	83
3.4.3.4	Steuerungsinstrumente: Lücken und Bedürfnisse.....	83
4	Vergleich	84
4.1	Vergleich der Strategien.....	84
4.1.1	Einführung.....	84
4.1.2	Politische Verankerung	84
4.1.3	Konsistenz	86
4.1.4	Elemente.....	88
4.1.4.1	Übersicht	88
4.1.4.2	Rolle des Staates	89
4.1.4.3	Allgemeine personenbezogene und angebotsbezogene Grundsätze.....	89
4.1.4.4	Grundsätze zur stationären Versorgung.....	90
4.1.4.5	Grundsätze zur ambulanten Versorgung.....	90
4.1.4.6	Übergreifende Themen	91
4.2	Vergleich der angewandten Steuerungsinstrumente	91
4.2.1	Einführung.....	91
4.2.2	Steuerungsinstrumente in der stationären Langzeitpflege.....	92
4.2.3	Steuerungsinstrumente in der ambulanten Langzeitpflege	95
4.2.4	Typisierung von Policy-Instrumenten	97
4.2.4.1	Theoretische Grundlage	97
4.2.4.2	Typisierung der Instrumente in der Langzeitpflege.....	98
5	Synthese und Schlussfolgerungen.....	101
5.1	Synthese	101
5.1.1	Einführung.....	101
5.1.2	Steuernde Akteure	101
5.1.3	Strategien.....	102

5.1.4	Steuerungsinstrumente	103
5.2	Schlussfolgerungen	104
5.2.1	Einfluss der konzeptionellen Rahmenbedingungen	104
5.2.2	Handlungsspielräume in der strategischen Ausrichtung und Steuerung	105
6	Literaturverzeichnis	106
7	Anhang	108
8	Selbstständigkeitserklärung	117
9	Über den Autor	118

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Steuerungsinstrumente stationäre Langzeitpflege.....	95
Abbildung 2: Steuerungsinstrumente ambulante Langzeitpflege	97
Abbildung 3: Policy-Instrumente nach Vedung	98

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Strategie Alterspolitik: Handlungsoptionen für die Gesundheitsversorgung.....	38
Tabelle 2: Kanton Basel-Stadt: Pflegeheimplätze und Bevölkerung 2003 - 2007.....	43
Tabelle 3: Spitex Basel: Anzahl KlientInnen nach Altersstruktur 2003 - 2007.....	44
Tabelle 4: Spitex Basel: Anzahl Stunden KLV / Hauswirtschaft 2003 - 2007.....	44
Tabelle 5: Kanton Basel-Stadt: Beiträge der Krankenversicherer an die Pflegekosten.....	45
Tabelle 6: Kanton Basel-Stadt: Beiträge der Krankenversicherer an die Spitexkosten.....	46
Tabelle 7: Stadt Bern: Pflegeheimplätze und Bevölkerung 2003 - 2007.....	56
Tabelle 8: Spitex Bern: Anzahl KlientInnen nach Altersstruktur 2003 - 2007.....	57
Tabelle 9: Spitex Bern: Anzahl Stunden KLV / Hauswirtschaft 2003 - 2007.....	57
Tabelle 10: Kanton Bern: Beiträge der Krankenversicherer an die Pflegekosten.....	58
Tabelle 11: Kanton Bern: Beiträge der Krankenversicherer an die Spitexkosten.....	59
Tabelle 12: Stadt Zürich: Pflegeheimplätze und Bevölkerung 2003 - 2007.....	71
Tabelle 13: Spitex Stadt Zürich: Anzahl KlientInnen nach Altersstruktur 2003 - 2007.....	72
Tabelle 14: Spitex Stadt Zürich: Anzahl Stunden KLV / Hauswirtschaft 2003 - 2007.....	72
Tabelle 15: Kanton Zürich: Beiträge der Krankenversicherer an die Pflegekosten (RAI/RUG).....	73
Tabelle 16: Kanton Zürich: Beiträge der Krankenversicherer an die Pflegekosten (BESA)...	73
Tabelle 17: Kanton Zürich: Beiträge der Krankenversicherer an die Spitexkosten.....	74
Tabelle 18: Politische Verankerung der Strategiedokumente.....	85
Tabelle 19: Übersicht der wichtigsten strategischen Grundsätze.....	88
Tabelle 20: Typisierung der Steuerungsinstrumente in der stationären Langzeitpflege.....	99
Tabelle 21: Typisierung der Steuerungsinstrumente in der ambulanten Langzeitpflege.....	100

Abkürzungsverzeichnis

AS	Amtliche Sammlung der Stadt Zürich
BGE	Bundesgerichtsentscheid
BSG	Bernische Systematische Gesetzessammlung
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999, SR 101
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
GesG	Gesundheitsgesetz (GesG) vom 2. April 2007, LS 801.1
GO BE	Gemeindeordnung der Stadt Bern (GO BE) vom 3. Dezember 1998, SSSB 101.1
GUD	Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich
HEV	Verordnung über die Betreuung und Pflege von Personen in Heimen und privaten Haushalten (Heimverordnung, HEV) vom 18. September 1996, BSG 862.51
KLV	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995, SR 832.112.31
KV BS	Verfassung des Kantons Basel-Stadt vom 23. März 2005, SG 111.100
KV ZH	Verfassung des Kantons Zürich vom 27. Februar 2005, LS 101
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, SR 832.10
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995, SR 832.102
LS	Zürcher Loseblattsammlung
nKVG	Neue Fassung des KVG gemäss dem Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und der Pflegefachmänner
SG	Systematische Gesetzessammlung des Kantons Basel-Stadt
SHG	Gesetz über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfegesetz, SHG) vom 11. Juni 2001, BSG 860.1
SHV	Verordnung über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfeverordnung, SHV) vom 24. Oktober 2001, BSG 860.111
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
SSSB	Systematische Sammlung des Stadtrechts Bern
StRB DGA	Stadtratsbeschluss über die Departementsgliederung und -aufgaben (StRB DGA) vom 26. März 1997, AS 172.110
ZuD	Dekret über Zuschüsse für minderbemittelte Personen (Zuschussdekret, ZuD) vom 16. Februar 1971, BSG 866.1

Anhangverzeichnis

Anhang 1: Interviewleitfaden.....	108
Anhang 2: Liste der interviewten Personen	111
Anhang 3: In den Fallstudien verwendete Dokumente und Unterlagen	112

Rechtsgrundlagenverzeichnis

Bund

Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten vom 4. November 1950, SR 0.101

Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV), SR 101

Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG), SR 832.10

Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV), SR 832.102

Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV), SR 832.112.31

Kanton Basel-Stadt

Verfassung des Kantons Basel-Stadt vom 23. März 2005, SG 111.100

Gesetz betreffend die spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege (Spitexgesetz) vom 5. Juni 1991, SG 329.100

Verordnung betreffend die spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege (Spitexverordnung) vom 1. Februar 1994, SG 329.110

Beschluss des Regierungsrates betreffend Genehmigung des Pflegeheim-Rahmenvertrages vom 24. Oktober 2006, SG 329.500

Verordnung betreffend den Betrieb von Alters- und Pflegeheimen (Alters- und Pflegeheimverordnung) vom 11. Dezember 1990, SG 329.510

Beschluss des Regierungsrates betreffend Genehmigung der Richtlinien zur Bewilligung des Betriebes von Alters- und Pflegeheimen vom 11. Juni 1991, SG 329.511

Kanton Bern

Gesetz über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfegesetz, SHG) vom 11. Juni 2001 (BSG 860.1)

Verordnung über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfeverordnung, SHV) vom 24. Oktober 2001 (BSG 860.111)

Verordnung über die Betreuung und Pflege von Personen in Heimen und privaten Haushalten (Heimverordnung, HEV) vom 18. September 1996 (BSG 862.51)

Dekret über Zuschüsse für minderbemittelte Personen (Zuschussdekret, ZuD) vom 16. Februar 1971 (BSG 866.1)

Stadt Bern

Gemeindeordnung der Stadt Bern vom 3. Dezember 1998 (GO BE), SSSB 101.1

Kanton Zürich

Verfassung des Kantons Zürich vom 27. Februar 2005 (KV ZH), LS 101

Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 (GesG), LS 810.1

Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege vom 26. Februar 1968, LS 813.21

Gesetz über die Beitragsleistungen des Staates für Altersheime sowie Heime, Eingliederungsstätten und Werkstätten für Invalide vom 4. März 1973 (Heimbeitragsgesetz), LS 855.1

Verordnung zum Gesetz über die Beitragsleistungen des Staates für Altersheime sowie Heime, Eingliederungsstätten und Werkstätten für Invalide vom 3. Dezember 1986 (Heimbeitragsverordnung), LS 855.11

Stadt Zürich

Stadtratsbeschluss über die Departementgliederung und -aufgaben (StRB DGA) vom 26. März 1997, AS 172.110

Organisation und Finanzierung der spitalexternen Kranken- und Gesundheitspflege in der Stadt Zürich, Gemeindebeschluss vom 25. September 1988, AS 810.300

Betriebs- und Investitionskostenbeiträge an die Organisationen der spitalexternen Kranken- und Gesundheitspflege der Stadt Zürich, Gemeinderatsbeschluss vom 15. Juni 1988, AS 810.400

Verordnung über die Aufnahme von Bewohnerinnen und Bewohnern in die städtischen Pflegezentren und über die Taxen der städtischen Pflegezentren (Aufnahme- und Taxverordnung Pflegezentren; ATV PZ) vom 17. September 2008, AS 813.140

Verordnung über die Aufnahme von Pensionärinnen und Pensionären in die städtischen Altersheime und über die Taxen der städtischen Altersheime (Aufnahme- und Taxverordnung Altersheime; ATV AH) vom 6. November 2002, AS 845.300

1 Einleitung

1.1 Problemstellung und Relevanz des Themas

Das Gesundheitswesen beschäftigt seit einigen Jahren Politik und Bevölkerung intensiv. Im Zentrum der Diskussionen stehen die steigenden Gesundheitskosten und insbesondere die Entwicklung im stationären und ambulanten Bereich der Akutmedizin. In der öffentlichen Diskussion weniger beachtet wird bisher die Langzeitpflege. 13 % der Kosten des Gesundheitswesens fallen auf die stationäre Langzeitpflege (Alters- und Pflegeheime) und 2.2 % auf die ambulante Langzeitpflege (Spitex). Es ist davon auszugehen, dass in diesem Bereich mittel- und langfristig mit einem starken Kostenwachstum zu rechnen ist. Im Jahr 2030 dürften die Kosten der Langzeitpflege rund 17.8 Milliarden Franken betragen, während es 2005 noch 7.3 Milliarden waren (vgl. Weaver u.a. 2008: 14). Bis im Jahr 2030 wird sich die Zahl der über 80-Jährigen mehr als verdoppeln. In der Folge erhöht sich die Anzahl chronisch-kranker und pflegebedürftiger Personen und somit der Bedarf an Langzeitpflege (vgl. Monod-Zorzi u.a. 2007: 13).

Der Bereich der Langzeitpflege befindet sich in einem tief greifenden Wandel. In Altersleitbildern und Konzepten entwickelt der Staat auf allen Staatsebenen strategische Ansätze um diesen Herausforderungen zu begegnen. In Strategiedokumenten des Kantons Basel-Stadt, der Stadt Bern und der Stadt Zürich werden unter anderen folgende strategische Ausrichtungen formuliert:

- Der ältere Mensch soll solange wie möglich zu Hause leben können
- Ausbau der Spitex („ambulant vor stationär“)
- Entlastung pflegender Angehöriger (z.B. durch Einrichtung von Tagespflegeheimen)
- Massnahmen zur Verhinderung von Heimeintritten (Unterstützung der Selbständigkeit und Gesundheit im Alter)
- Schaffung neuer Wohnformen (z.B. Pflegewohngruppen)

Die Strategien müssen mit geeigneten Instrumenten umgesetzt werden. Hier stellt sich die Frage nach den Steuerungsmöglichkeiten. Wer kann in der Langzeitpflege steuern? Welche Steuerungsinstrumente gibt es?

1.2 Fragestellung, Zielsetzung und Vorgehen

In dieser Arbeit soll untersucht werden, welche Strategien zur zukünftigen Gestaltung der Langzeitpflege bestehen, welche staatlichen Akteure die Langzeitpflege steuern und welche Instrumente ihnen zur Verfügung stehen. Ergänzend sollen in Anlehnung an die Typisierung von Policy-Instrumenten durch Vedung die Steuerungsinstrumente in der Langzeitpflege typisiert werden.

In einer vergleichenden Fallstudie der drei grössten Deutschschweizer Städte Basel, Bern und Zürich werden die strategischen Ansätze zur Langzeitpflege und die eingesetzten Steuerungsinstrumente untersucht. Zum besseren Verständnis der Strategien wird jeweils die Situation der Langzeitpflege dargestellt, die Entwicklung anhand einiger Kennzahlen aufgezeigt und die Kompetenzaufteilung zwischen Kanton und Gemeinden erklärt.

Auf der Basis der Ergebnisse der Fallstudien werden die Strategien und Steuerungsinstrumente verglichen sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet.

1.3 Abgrenzungen

Die Analyse der Steuerungsinstrumente konzentriert sich auf die Steuerung des Angebots und der Nachfrage. Es soll untersucht werden, welche Akteure mit welchen Steuerungsinstrumenten die ambulante und stationäre Langzeitpflege steuern können. Steuerungsinstrumente, die auf eine effizientere oder effektivere Leistungserbringung innerhalb eines Sektors ausgerichtet sind, werden daher nicht einbezogen, auch wenn sie in der Praxis von grosser Bedeutung sind. Es sind dies insbesondere Instrumente zur Steuerung der Qualität, der Prozesse, der Effizienz und Effektivität der einzelnen Leistungen.

1.4 Aufbau

Im *einleitenden Kapitel* werden die Problemstellung und Relevanz des Themas dargelegt sowie Zielsetzung, Fragestellung und Vorgehen erläutert. Das Thema der Arbeit wird abgegrenzt und die angewandten Methoden werden aufgeführt. Anschliessend wird die Auswahl der Fallstudien erklärt. Im *zweiten Kapitel* werden die konzeptionellen Rahmenbedingungen dargestellt. Im Zentrum stehen dabei die Ausführungen zum System der Gesundheitsversorgung. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung bildet den Rahmen und macht mit seinen Regulierungen einerseits Vorgaben, andererseits überlässt es den Kantonen Handlungsspielräume. Zum konzeptionellen Rahmen gehören auch die aktuellen Entwicklungen in der Langzeitpflege, wo insbesondere die Kostenentwicklung und die demografische Entwicklung zu erwähnen sind. Abgeschlossen wird das Kapitel mit einer Zusammenfassung der Strategie des Bundesrats für die Alterspolitik.

Die Fallstudien mit den staatlichen Strategien und Steuerungsinstrumenten der Städte Basel, Bern und Zürich sind im *dritten Kapitel* enthalten. Zu jeder Stadt wird einleitend eine Übersicht über die wichtigsten Kennzahlen, die Zuständigkeiten und die Organisation erstellt. Im anschliessenden *vierten Kapitel* werden die Strategien und Steuerungsinstrumente verglichen. Zudem wird versucht, die Steuerungsinstrumente zu typisieren und systematisiert darzustellen. Im abschliessenden *fünften Kapitel* erfolgt eine Synthese und werden die Schlussfolgerungen gezogen.

1.5 Methodik

1.5.1 Angewandte Methoden

In der Arbeit wird mit qualitativen Methoden der sozialwissenschaftlichen Forschung gearbeitet. Für die drei Hauptkapitel kommen die folgenden Methoden zur Anwendung

- Konzeptionelle Rahmenbedingungen
 - Auswertung statistischer Datenquellen
 - Literaturrecherche
 - Dokumentenanalyse

- Fallstudien: Strategien und Steuerungsinstrumente
 - Auswertung statistischer Datenquellen
 - Dokumentenanalyse
 - Experteninterviews (Kanton Basel-Stadt, Stadt Bern, Kanton Bern, Stadt Zürich, Kanton Zürich)

- Vergleich
 - Literaturrecherche
 - Vergleich und Kategorisierung der empirischen Befunde aus den Fallstudien

Für die Interviews werden in den einzelnen Gemeinwesen Personen ausgesucht, die aufgrund ihrer Funktion in der Verwaltung für die strategische Steuerung der ambulanten und stationären Langzeitpflege verantwortlich sind oder diese mitprägen. Die Interviews sollen primär aufzeigen, mit welchen Instrumenten gesteuert wird und wie diese von den Gesprächspartnern und -partnerinnen beurteilt werden. Darüberhinaus können Verständnisfragen zum jeweiligen System der Versorgung mit Langzeitpflegeleistungen geklärt werden.

1.5.2 Auswahl der Fallstudien

Für die Fallstudien wurden die drei grössten Deutschschweizer Städte Basel, Bern und Zürich ausgesucht. Es sollen die Strategien und Steuerungsinstrumente in einem städtischen Kontext, d.h. in einem vergleichbaren Rahmen, analysiert werden. Auf der anderen Seite sind bei diesen drei Städten die Zuständigkeiten für die Langzeitpflege sehr unterschiedlich ausgestaltet. Der Kanton Basel-Stadt übernimmt die Aufgaben der Stadt Basel, da diese keine eigene Verwaltung hat. Im Kanton Zürich sind die Kompetenzen zwischen Kanton und Gemeinden geteilt. Der Kanton macht verschiedene Vorgaben und die Gemeinden sind für die Sicherstellung der Versorgung verantwortlich. Im Kanton Bern ist die Gewährleistung der Langzeitversorgung eine Verbundaufgabe von Kanton und Gemeinden, wobei der Kanton vor allem die Pflegeheimversorgung massgebend gestaltet.

2 Konzeptionelle Rahmenbedingungen

2.1 Überblick Langzeitpflege

2.1.1 Stationäre Langzeitpflege

Pflegeheime und Alterspflegeheime betreuen pflegebedürftige und/oder chronisch-krank betagte Personen. Diese Institutionen sind berechtigt, langfristig Leistungen zu Lasten des KVG zu erbringen und in Rechnung zu stellen (vgl. Bundesamt für Statistik 2009b: 2). Die Leistungen der Pflege- und Alterspflegeheime können in die Bereiche Pflege, Betreuung und Hotellerie unterteilt werden. Die Pflege soll gemäss KVG durch die Krankenversicherer finanziert werden. Die Pflegetarife sind jedoch in der Regel nicht kostendeckend, weshalb die Bewohner und Bewohnerinnen einen Teil der Kosten für die Pflege übernehmen müssen. Da die Verrechnung von Leistungen gemäss KVG an die Bewohner und Bewohnerinnen den Tarifschutz gemäss KVG verletzt, weisen viele Heime diesen Teil der Pflegekosten nicht explizit aus. Die Finanzierung erfolgt in diesen Fällen verdeckt über die Kosten für Hotellerie und Betreuung. Diese Kosten müssen von den Bewohnern und Bewohnerinnen in der Regel selbst getragen werden. Häufig richten Gemeinden und/oder Kantone jedoch Investitionsbeiträge an die Heime aus, so dass den Bewohnern und Bewohnerinnen keine Vollkosten in Rechnung gestellt werden müssen.

Viele Pflege- und Alterspflegeheime bieten heute neben den Standard-Abteilungen für Wohnen und Pflege spezialisierte Abteilungen an. Dazu gehören z.B. (vgl. Pflegezentren Zürich 2009a: 6ff.):

- Mobilitätsabteilungen für mobilitätsbehinderte oder sturzgefährdete Menschen
- Weglaufgeschützte Demenzabteilungen für weglaufgefährdete Menschen mit einer Demenzerkrankung
- Abteilungen für geistig aktive Menschen
- Palliativ-Abteilungen für Menschen mit einer unheilbaren Krankheit
- Abteilungen für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen
- Abteilungen für Menschen mit neurologischen Ausfällen.

Als weiteres Angebot führen Pflegeheime oft auch Pflegewohngruppen, die als selbständige Wohneinheiten für mobile pflegebedürftige Bewohner und Bewohnerinnen funktionieren. Um pflegende Angehörige zu entlasten, bieten Pflegeheime Teilzeitaufenthalte, Tagesbetreuung und Nachtbetreuung an. In Tageszentren, die in der Regel einem Pflegeheim angegliedert sind, wird tagsüber Aktivierung und Therapie angeboten (vgl. Pflegezentren Zürich 2009b: 7ff.).

Im Jahr 2007 gab es in der Schweiz 1 567 Alters- und Pflegeheime. Die Pflegeheime verfügen über insgesamt 86 109 Langzeitplätze, was einem Anteil von 70 Plätzen für 1 000 Einwohner und Einwohnerinnen über 65 Jahre entspricht. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer belief

sich auf 1 021 Tage. Die Pflegeheime beschäftigten rund 104 000 Personen, was rund 71 500 Vollzeitstellen entspricht. Der Anteil Frauen beträgt ca. 85 % (vgl. Bundesamt für Statistik 2009b: 7ff.).

2.1.2 Ambulante Langzeitpflege

Die Spitex-Organisationen fördern, unterstützen und ermöglichen das Wohnen und Leben zu Hause für Menschen aller Altersgruppen, die der Hilfe, Pflege, Betreuung, Begleitung und Beratung bedürfen. Die Spitex-Dienstleistungen können in kassenpflichtige und nicht-kassenpflichtige Dienstleistungen unterteilt werden. Die Krankenversicherer übernehmen die Kosten der Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen zu Hause, die aufgrund einer Bedarfsabklärung auf ärztliche Anordnung hin oder in ärztlichem Auftrag erbracht werden. Die Leistungen umfassen Massnahmen der Abklärung und Beratung, Massnahmen der Untersuchung und Behandlung sowie Massnahmen der Grundpflege (vgl. Art. 7 Abs. 2 KLV). Die Leistungen der Krankenversicherer richten sich nach den mit den kantonalen Spitex-Verbänden ausgehandelten Tarifverträgen. Diese sind nicht kostendeckend, weshalb die öffentliche Hand bei der Finanzierung massgeblich beteiligt ist.

Viele Spitex-Organisationen bieten neben den kassenpflichtigen Leistungen (KLV-Leistungen) weitere Dienstleistungen an. Diese ergänzenden Angebote sind vielfältig. Dazu gehören insbesondere die folgenden Dienstleistungen:

- Hauswirtschaftliche Leistungen
- Mahlzeitendienst
- Vermietung von Krankenmobilen
- Fahrdienst
- Elternberatung
- Notrufsystem
- Fusspflege
- Sozialdienste.

Im Jahr 2007 widmeten sich in der Schweiz knapp 28 000 Personen, welche umgerechnet rund 12 000 Vollzeitstellen besetzen, in 639 Organisationen der Pflege und Betreuung von etwa 204 700 Klienten und Klientinnen. Von den Klienten und Klientinnen standen 74 % im AHV-Rentenalter. Die total 12.3 Mio. verrechneten Stunden wurden zu 61 % für „Pflegerische Leistungen“, zu 38 % für „Hauswirtschaftliche/sozialbetreuerische Leistungen“ und zu 1 % für „Weitere Leistungen“ eingesetzt (vgl. Bundesamt für Statistik 2009a: 5).

2.2 System der Gesundheitsversorgung

2.2.1 Begriffsdefinitionen

2.2.1.1 Langzeitpflege

Im KVG wird der Begriff „Langzeitpflege“ nicht verwendet. Somit müssen andere Quellen beigezogen werden. In der Rechtsprechung zum KVG spielt die Unterscheidung zwischen Langzeitpatienten und -patientinnen einerseits und Akutpatienten und -patientinnen andererseits eine wichtige Rolle. Diese Unterscheidung ist massgebend für die Bestimmung des anwendbaren Leistungstarifs. Bei Vorliegen einer Akutspitalbedürftigkeit im Spitalmilieu kommt der Spitaltarif zur Anwendung, während bei Pflegebedürftigkeit der Pflegeheimtarif zum Zug kommt, bei dem – im Gegensatz zum Spitaltarif – Hotellerie und Betreuung nicht enthalten sind. Akutspitalbedürftigkeit verlangt eine Behandlung im Spitalmilieu, Langzeitpflegebedürftigkeit führt zur Pflege in einer Einrichtung für die Langzeitpflege.

Akutspitalbedürftigkeit und Langzeitpflegebedürftigkeit lassen sich nicht eindeutig voneinander abgrenzen. Daher hat sich eine umfangreiche Rechtsprechung zu dieser Unterscheidung entwickelt. Nach der Rechtsprechung handelt es sich bei den Langzeitpflegefällen um Dauerleiden, im Hauptanwendungsfall um Alterskrankheiten, bei denen nicht die medizinische Behandlung, sondern die Pflege im Vordergrund steht. Allenfalls notwendige ärztliche Behandlung ist im Heim durchführbar, während die Pflege nicht mehr Teil der ärztlichen Behandlung ist, sondern dazu dient, die Folgen der Hilflosigkeit auszugleichen (vgl. Eugster 2007: 528).

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff *Langzeitpflege* in Anlehnung an die bundesgerichtliche Rechtsprechung sowie an die Umschreibung der Langzeitpflege in der Botschaft des Bundesrates zur Neuordnung der Pflegefinanzierung wie folgt verstanden (vgl. Schweizerischer Bundesrat 2005: 2039f.):

Langzeitpflege ist eine Dienstleistung, die darauf abzielt, mit den Mitteln der Pflege Gesundheit zu fördern, zu erhalten oder wiederherzustellen, Leiden zu lindern bzw. zu verhüten, mit wechselnden Gesundheitszuständen umgehen zu können oder ein würdevolles Sterben zu ermöglichen. Sie erfolgt ambulant durch die Pflege zu Hause oder stationär in einem Heim und erfordert kein Spitalmilieu.

Der Begriff der *ambulanten Langzeitpflege* wird vorliegend mit der Erbringung von KLV-Leistungen durch Spitex-Organisationen gleichgesetzt. Der Begriff der *stationären Langzeitpflege* wird synonym zur Pflege in einem Heim verwendet.

2.2.1.2 Pflegeheim, Altersheim, Krankenhaus, Alterspflegeheim

Für stationäre Einrichtungen, die der Betreuung und/oder Pflege im Alter dienen, bestehen verschiedene Begriffe. Häufig anzutreffen sind die Begriffe Pflegeheim und Altersheim. Das KVG enthält im Zusammenhang mit der Umschreibung der Voraussetzungen für die Zulas-

sung als Leistungserbringer eine Definition des Begriffs „Pflegeheim“. Demnach gelten Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen als Pflegeheime (vgl. Art. 39 Abs. 3 KVG). Im KVG findet sich keine Abgrenzung zum Begriff „Altersheim“. Für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit ist diese Unterscheidung jedoch von grosser Bedeutung. Zentral ist insbesondere die Frage nach der Zulassung als Leistungserbringer für die obligatorische Krankenversicherung. In der vorliegenden Arbeit werden daher die folgenden Begriffsdefinitionen verwendet, die an dieses Kriterium anknüpfen.

Pflegeheime sind Institutionen, die pflegebedürftige und/oder chronisch-kranke Betagte betreuen. Diese Institutionen sind berechtigt, langfristig Leistungen zu Lasten des KVG zu erbringen und in Rechnung zu stellen (Bundesamt für Statistik 2009b: o. S.).

In Abgrenzung dazu sind *Altersheime* Institutionen, die sich um Betagte kümmern, die Aufsicht, Unterstützung oder auch Pflege benötigen. Diese Institutionen sind nicht berechtigt, Leistungen zu Lasten des KVG zu erbringen und in Rechnung zu stellen (Bundesamt für Statistik 2009b: o. S.).

Krankenheim ist ein älterer Begriff, der synonym zum Begriff Pflegeheim verwendet wird.

Viele Altersheime sind dazu übergegangen, ihre Bewohner und Bewohnerinnen bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit selbst zu pflegen, z.B. auf eigenen Pflegestationen. Daraus ist der Begriff Alterspflegeheim entstanden. *Alterspflegeheime* sind Altersheime, die zumindest teilweise, z.B. für eine Pflegestation, berechtigt sind, zu Lasten des KVG Leistungen zu erbringen und in Rechnung zu stellen (vgl. Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich 2008: 6). Unter dem Aspekt der Zulassung als Leistungserbringer gehören Alterspflegeheime somit zur Gruppe der Pflegeheime.

2.2.1.3 Spitex

Die Bezeichnung Spitex ist eine Abkürzung für „spitalexterne Hilfe und Pflege“. Sie hat sich in der Deutschschweiz seit längerer Zeit als allgemeine Bezeichnung für die Hilfe und Pflege zu Hause etabliert.

Das KVG erwähnt den Begriff Spitex nicht. Stattdessen verwendet es die Bezeichnung „Krankenpflege zu Hause“. In der Praxis wird häufig auch der Begriff „Hauskrankenpflege“ verwendet.

2.2.2 Kompetenzverteilung Bund - Kantone

2.2.2.1 Bundeskompetenzen

Im Gesundheitswesen besteht keine allgemeine Bundeskompetenz. Grundsätzlich handelt es sich beim öffentlichen Gesundheitsrecht um einen traditionellen Kompetenzbereich der Kantone. Der Bund besitzt in Teilbereichen Gesetzgebungskompetenzen. Die gesundheitsbezogenen Gesetzgebungskompetenzen des Bundes können in die Bereiche „Gesundheit“ und „Soziale Sicherheit“ gegliedert werden (vgl. Poledna/Berger 2002: 11ff.).

Im Bereich Gesundheit ist der Bund für Massnahmen zum Schutz der Gesundheit zuständig (vgl. Art. 118 BV). Dazu kann er Vorschriften über den Umgang mit Lebensmitteln, Heilmitteln, Betäubungsmitteln, Organismen, Chemikalien sowie Gegenständen, welche die Gesundheit gefährden können, erlassen. Die Kompetenznorm umfasst auch Vorschriften über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und den Schutz vor ionisierenden Strahlen. Sodann ist der Bund zuständig in den Bereichen Fortpflanzungs- (Art. 119 BV) und Transplantationsmedizin (Art. 119a BV) sowie der Gentechnologie (Art. 119 und 120 BV). Eine weitere Gesetzgebungskompetenz des Bundes besteht für den Bereich der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Medizinalpersonen (Art. 95 Abs. 2 BV).

Im Bereich „Soziale Sicherheit“ steht die Zuständigkeit für die Krankenversicherung (Art. 117 BV) im Vordergrund. Gesundheitsrechtliche Bezüge haben auch die Unfallversicherung (Art. 117 BV), die Invalidenversicherung (Art. 112 BV), die Mutterschaftsversicherung (Art. 116 Abs. 3 BV) sowie die Militärversicherung (Art. 59 Abs. 5 BV).

2.2.2.2 Kantonale Kompetenzen

Die Kantone haben Kompetenzen in den Bereichen Gesundheitspolizei, Gesundheitsversorgung, Gesundheitspolitik und beim Vollzug im Bereich der Durchführung der Krankenversicherung.

Zu den gesundheitspolizeilichen Kompetenzen gehören insbesondere die Regelungen zu den medizinischen Berufen (teilweise in Ergänzung zum Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe).

Eine wichtige Kompetenz betrifft die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Die Planung, der Bau, der Betrieb, die Finanzierung und die Organisation der öffentlichen Spitäler sind Sache der Kantone. Sie sind auch für die Subvention von privaten Spitälern und Spitex-Diensten zuständig. Im ambulanten Bereich werden die Kantone in der Regel nicht tätig. Dieser Bereich ist vorwiegend privatwirtschaftlich organisiert (vgl. Poledna/Berger 2002: 16f.).

Im Bereich der Gesundheitspolitik haben die Kantone grossen Spielraum. Sie bestimmen, welche Leistungen die öffentliche Hand selbst anbieten will (vgl. Poledna/Berger 2002: 17).

Das Krankenversicherungsgesetz überlässt den Kantonen in verschiedenen Bereichen den Vollzug. Dazu gehören die Spitalplanung, der Erlass von Spital- und Pflegeheimlisten, die Prämienverbilligung, die Überwachung der Einhaltung der Versicherungspflicht sowie eine Aufsichts- und Genehmigungspflicht bei den Tarifen (vgl. Poledna/Berger 2002: 17f.).

Die Kantone haben die Möglichkeit, einzelne Kompetenzen im Rahmen der Gesetzgebung an die Gemeinden zu übertragen.

2.2.3 Bundesgesetz über die Krankenversicherung

2.2.3.1 Grundzüge

Das Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung auf den 1. Januar 1996 hat zu einer Zäsur in vielen Bereichen der Krankenversicherung geführt. Das KVG regelt die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die freiwillige Taggeldversicherung. Die Krankenpflegeversicherung gewährt Leistungen bei Krankheit, Mutterschaft und subsidiär bei Unfall, soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt.

Das KVG ist stark vom Solidaritätsgedanken geprägt. Die Krankenversicherer müssen von allen Versicherten in der obligatorischen Grundversicherung die gleich hohen Prämien verlangen (Prinzip der Einheitsprämie). Eine Differenzierung ist nur regional und kantonale sowie bei Kindern und jungen Erwachsenen möglich, für die tiefere Prämien festgesetzt werden müssen (bei Kindern) bzw. können (bei den jungen Erwachsenen) (vgl. Art. 61 KVG). Damit wird die Solidarität zwischen den Generationen und die Solidarität zwischen Mann und Frau verwirklicht.

Die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken drückt sich im Versicherungsobligatorium sowie in der vollen Freizügigkeit aus. Die Krankenpflegeversicherung ist für die gesamte Bevölkerung obligatorisch (vgl. Art. 3 KVG). Das Gesetz sieht eine Versicherungspflicht und nicht eine automatische Versicherung vor. Das Versicherungsobligatorium ist die Voraussetzung für die volle Freizügigkeit.

Ein zentrales Element der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist der gesetzliche Leistungskatalog gemäss Art. 24 - 31 KVG. In diesen Artikeln sind die Pflichtleistungen der Krankenversicherer verbindlich und erschöpfend umschrieben. Diese Leistungen umfassen insbesondere auch die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen oder in einem Pflegeheime durchgeführt werden (vgl. Art. 25 Abs. 2 KVG). Mit dieser Aufzählung ist der Zugang aller Versicherten zu den gleichen Leistungen gewährleistet. Die Krankenversicherer sind verpflichtet, alle von einem zugelassenen Leistungserbringer erbrachten Pflichtleistungen zu bezahlen.

2.2.3.2 Regulierung der stationären Langzeitpflege

2.2.3.2.1 Zulassung als Leistungserbringer (Pflegeheimliste)

Das Krankenversicherungsgesetz regelt die Zulassung als Leistungserbringer. Zu den Leistungserbringern, die eine Zulassung benötigen, gehören auch die Pflegeheime. Unter den Begriff „Pflegeheime“ fallen gemäss der Legaldefinition von Art. 39 Abs. 3 KVG Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen.

Pflegeheime haben eine ausreichende ärztliche Betreuung zu gewährleisten, über das erforderliche Fachpersonal und über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen zu verfügen sowie eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung zu bieten (Art. 39 Abs. 3 i.V.m. Art. 39 Abs. 1 lit. a-c KVG). Als weitere Zulassungsvoraussetzungen haben die Pflegeheime der von einem oder mehreren Kanton gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Pflegeheimversorgung zu entsprechen (Art. 39 Abs. 3 i.V.m. Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG). Weiter müssen sie auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Liste der Langzeitpatienteneinrichtungen des Kantons aufgeführt sein (Art. 39 Abs. 3 i.V.m. Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG) (vgl. Eugster 2007: 655). Nur Pflegeheime, die auf der Liste gemäss Art. 39 Abs. 3 KVG (Pflegeheimliste) aufgeführt sind, dürfen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen abrechnen.

2.2.3.2.2 Kassenpflichtige Leistungen, Tarife

Der Leistungskatalog des Krankenversicherungsgesetzes sieht die gleiche medizinische Versorgung vor, unabhängig davon, ob sie stationär in einem Pflegeheim, teilstationär oder bei der pflegebedürftigen Person zu Hause erbracht wird. Bei einem Aufenthalt im Pflegeheim muss daher die obligatorische Krankenversicherung die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege oder der Pflege zu Hause vergüten (vgl. Art. 50 i.V.m. Art. 25 KVG).

Die Krankenversicherer können mit den Pflegeheimen pauschale Vergütungen vereinbaren (vgl. Art. 50 KVG). Die Pauschalen dürfen ausschliesslich Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV erfassen. Diese umfassen Massnahmen der Abklärung und Beratung, Massnahmen der Untersuchung und Behandlung sowie Massnahmen der Grundpflege. Die Tarife sind nach dem Pflegebedarf abzustufen (vgl. Art. 9 Abs. 4 KLV). Allgemeine Infrastrukturkosten und Betriebskosten (Hotelleriekosten für Verpflegung, Unterkunft, Reinigung etc.) fallen nicht unter die obligatorische Krankenversicherung. Sie werden den Bewohnern und Bewohnerinnen in Rechnung gestellt oder teilweise von der öffentlichen Hand übernommen.

Die Tarife werden zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern ausgehandelt. Sie bedürfen der Genehmigung durch die jeweilige Kantonsregierung (vgl. Art. 46 KVG). Kommt zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern kein Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest (vgl. Art. 47 KVG). Die Vertragspartner können Zeit- oder Pauschaltarife vereinbaren. Auch eine Kombination der verschiedenen Tarifarten ist zulässig (vgl. Art. 9 Abs. 1 und 2 KLV).

Die Tarife für Pflegeheime sind zusätzlich nach dem Pflegebedarf abzustufen (Pflegebedarfsstufen). Es sind mindestens vier Stufen vorzusehen (vgl. Art. 9 Abs. 4 KLV).

Das Krankenversicherungsgesetz sieht die volle Kostenübernahme durch die Krankenversicherer für medizinisch erbrachte Pflegeleistungen vor. Bald nach Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 kam es zwischen den Krankenversicherern und den Leistungserbringern zu Auseinandersetzungen über die Höhe der Kostenübernahme durch die Versicherer. Bereits auf den 1. Januar 1998 wurden durch eine Ergänzung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) Rahmentarife eingeführt, die nicht überschritten werden dürfen, solange die Leistungserbringer nicht über eine einheitliche Kostenstellenrechnung verfügen. Sinngemäss wird damit eine genügende Kostentransparenz¹ als Voraussetzung für die volle Übernahme der Kosten für Pflegeleistungen verlangt. Nach der Absicht des Verordnungsgebers soll damit die Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungsvergütung sichergestellt werden (vgl. Art. 32 Abs. 2 KVV).

Solange die Pflegeheime nicht über eine einheitliche Kostenstellenrechnung verfügen, dürfen bei der Tariffestsetzung die folgenden Rahmentarife pro Tag nicht überschritten werden:

- a. für die erste Pflegebedarfsstufe: Fr. 10.00 - 20.50
- b. für die zweite Pflegebedarfsstufe: Fr. 15.00 - 41.50
- c. für die dritte Pflegebedarfsstufe: Fr. 30.00 - 67.00
- d. für die vierte Pflegebedarfsstufe: Fr. 40.00 - 82.50

Allgemein wird davon ausgegangen, dass mit den aktuell geltenden Tarifen die Pflegemassnahmen in den Heimen von den Krankenversicherern nicht kostendeckend vergütet werden. Die Finanzierung der Pflegeheime ist heute somit nicht KVG-konform (vgl. Pfiffner Rauber 2003: 288). Nach Schätzungen von Curaviva - Verband Heime und Institutionen Schweiz haben die Rahmentarife zur Folge, dass die Krankenversicherer nur 55 % (2003) der angefallenen Pflegekosten tragen (vgl. Mösle 2007: 258). Eine Studie des Büros für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG kommt zum Schluss, dass der Kostendeckungsgrad für die Krankenversicherungsleistungen bei Pflegeheimen zwischen 55 und 60 % liegt. Für das Jahr 2004 resultiert daraus eine „Deckungslücke“ zwischen 1.05 und 1.287 Milliarden Franken (vgl. Wächter/Stutz 2007: 2). Dies bedeutet, dass die Bewohner und Bewohnerinnen von Pflegeheimen von den Krankenversicherern nicht die vollen Pflegekosten vergütet erhalten.

Der Tarifschutz verlangt von den Leistungserbringern, dass sie für Leistungen nach KVG keine weitergehenden Vergütungen in Rechnung stellen (vgl. Art. 44 Abs. 1 KVG). Somit dürften die Pflegeheime die ungedeckten Kosten nicht den Bewohnern und Bewohnerinnen verrechnen. In der Praxis ist dies jedoch häufig der Fall. Entweder werden die vollen Pflegekosten (und somit auch der ungedeckte Teil) in Rechnung gestellt oder die Pflegekosten wer-

¹ Gemäss der Praxis des Bundesrates liegt volle Kostentransparenz vor, wenn eine gute Kostenstellenrechnung sowie eine vollständige, qualitativ gute, ausreichend detaillierte Kostenträgerrechnung (einschliesslich Leistungserfassung) vorhanden sind (vgl. Eugster 2007: 709).

den über den Pensionspreis querfinanziert. Beide Varianten verstossen jedoch gegen den Tarifschutz. KVG-konform wäre einzig die Übernahme durch die Trägerschaft oder durch den Kanton bzw. die Gemeinden.

Die Diskussionen werden voraussichtlich mit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf den 1. Juli 2010 ein Ende finden. Mit der neuen Pflegefinanzierung werden die Krankenversicherer nämlich frankenmässig fixierte Beiträge an die Pflegeleistungen ausrichten müssen.

2.2.3.2.3 Bedarfsabklärung

Eine Kostenübernahmepflicht besteht nur, wenn vorgängig eine Bedarfsabklärung stattgefunden hat und die fraglichen Massnahmen auf ärztliche Anordnung erbracht werden. Die Bedarfsabklärung ist aufgrund einheitlicher Kriterien prospektiv vorzunehmen und umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfebedarfs. Der voraussichtliche Zeitbedarf ist anzugeben (vgl. Art. 8 Abs. 1 - 3 KLV). Die Bedarfsabklärung in Pflegeheimen erfolgt durch die Ermittlung von Pflegebedarfsstufen. Bestätigt ein Arzt oder eine Ärztin die Einreihung einer versicherten Person in eine Pflegebedarfsstufe, gilt dies als ärztliche Anordnung (vgl. Art. 8 Abs. 4 KLV).

2.2.3.2.4 Ärztliche Anordnung

Die Verrechnung von Pflegeleistungen eines Pflegeheims zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung setzt eine ärztliche Anordnung voraus. Die ärztliche Anordnung ist aufgrund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung der notwendigen Massnahmen näher zu umschreiben (vgl. Art. 8 Abs. 1 KLV). Die versicherte Person muss somit in ambulanter ärztlicher Behandlung stehen oder es müssen ärztliche Besuche zu Hause oder in einem Pflegeheim stattfinden. Die ärztliche Anordnung ist bei Akutkranken auf maximal drei Monate und bei Langzeitpatienten und -patientinnen auf maximal sechs Monate zu befristen (vgl. Art. 8 Abs. 6 KLV). Die ärztlichen Anordnungen können wiederholt werden (vgl. Art. 8 Abs. 7 KLV). Bei Personen, die eine Hilflosenentschädigung der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung oder der Unfallversicherung erhalten, gilt die ärztliche Anordnung unbefristet bzw. ist abhängig von der Ausrichtung der Hilflosenentschädigung (vgl. Art. 8 Abs. 6b KLV).

2.2.3.3 Regulierung der ambulanten Langzeitpflege

2.2.3.3.1 Zulassung als Leistungserbringer

Grundsätzlich bedürfen alle Leistungserbringer einer Zulassung, wenn sie zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein wollen. Für die Versicherten ist dies von Bedeutung, da sie Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nur beanspruchen können, wenn sie sich von einem zugelassenen Leistungserbringer behandeln lassen. Spitex-

Organisationen müssen – allenfalls neben einer kantonalen Zulassung – einen örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festlegen und über das erforderliche Fachpersonal verfügen, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat. Ferner müssen sie Einrichtungen haben, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen, und an Massnahmen zur Qualitätssicherung teilnehmen (vgl. Art. 51 KVV).

2.2.3.3.2 Kassenpflichtigen Leistungen, Tarife

In der Krankenpflegeleistungsverordnung ist festgehalten, welche Pflegeleistungen die Krankenversicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen haben. Es sind dies die gleichen Leistungen wie bei einem Aufenthalt im Pflegeheim oder bei ambulanter Krankenpflege (vgl. Art. 50 i.V.m. Art. 25 KVG). Die kassenpflichtigen Leistungen umfassen Massnahmen der Abklärung und Beratung, Massnahmen der Untersuchung und Behandlung sowie Massnahmen der Grundpflege (vgl. Art. 7 Abs. 2 KLV).

Die Tarife werden wie bei den Pflegeheimen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern ausgehandelt. Sie bedürfen der Genehmigung durch die jeweilige Kantonsregierung (vgl. Art. 46 KVG). Kommt zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern kein Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest (vgl. Art. 47 KVG). Die Vertragspartner können Zeit- oder Pauschaltarife vereinbaren. Auch eine Kombination der verschiedenen Tarifarten ist zulässig (vgl. Art. 9 Abs. 1 und 2 KLV). Die Tarife für die Krankenpflege zu Hause sind zusätzlich nach Art und Schwierigkeit der notwendigen Leistungen abzustufen (vgl. Art. 9 Abs. 3 KLV).

Die obligatorische Krankenversicherung (Grundversicherung) bezahlt keine Beiträge an die hauswirtschaftlichen Spitex-Dienstleistungen. Manche Krankenversicherung offerieren Zusatzversicherungen, mit denen ein Teil der Kosten für die hauswirtschaftlichen Spitex-Leistungen vergütet werden.

Das Krankenversicherungsgesetz sieht wie bei den Pflegeheimen auch für die Spitex die volle Kostenübernahme durch die Krankenversicherer für medizinisch erbrachte Pflegeleistungen vor. Solange die Leistungserbringer nicht über die mit den Krankenversicherern gemeinsam erarbeiteten Kostenberechnungsgrundlagen verfügen, gelten für die Leistungen nach Art. 7 KLV folgende Rahmentarife pro Stunde:

- a. für Massnahmen der Grundpflege in einfachen und stabilen Situationen:
Fr. 30.00 - 48.50
- b. für Massnahmen der Grundpflege in instabilen und komplexen Situationen sowie für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung: Fr. 45.00 - 70.00
- c. für Massnahmen der Abklärung und Beratung: Fr. 50.00 - 75.00.

Auch bei der Spitex decken die Rahmentarife nur einen Teil der tatsächlichen Kosten aus den Pflegeleistungen ab. Gmür/Rüfenacht gehen von einer Kostendeckung in der Höhe von 50 % aus (vgl. Gmür/Rüfenacht 2007: 360).

2.2.3.3.3 Bedarfsabklärung

Eine Kostenübernahmepflicht besteht nur, wenn vorgängig eine Bedarfsabklärung stattgefunden hat und die fraglichen Massnahmen auf ärztliche Anordnung erbracht werden. Die Bestimmungen über die ärztliche Anordnung und die Bedarfsabklärungen gelten sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Langzeitpflege (vgl. Art. 8 KLV). Daher kann auf die Ausführungen zur stationären Langzeitpflege verwiesen werden (siehe Ziff.2.2.3.2.3.2.3.2.3).

2.2.3.3.4 Ärztliche Anordnung

Die Erbringung von Spitex-Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung setzt eine ärztliche Anordnung voraus (vgl. Art. 8 KLV). Die Regelung der Modalitäten zur ärztlichen Anordnung sind bei der Spitex dieselben wie bei den Pflegeheimen. Es kann daher auf die entsprechenden Ausführungen zur stationären Langzeitpflege verwiesen werden (siehe Ziff.2.2.3.2.4).

Wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden, soll in jedem Fall die ärztliche Anordnung überprüft werden (Wirtschaftlichkeitsprüfung) (vgl. Art. 8a Abs. 3 KLV). Diese Bestimmung ist nicht als Leistungsrationierung zu verstehen. Vielmehr handelt es sich dabei um ein Instrument der Wirtschaftlichkeitskontrolle. Ist ein höherer Bedarf ausgewiesen, müssen die entsprechenden Leistungen gewährt werden. Dieses Maximum bedeutet auch nicht, dass Ausnahmen nur aufgrund einer restriktiven Beurteilung zugelassen werden können (vgl. Eugster 2007: 521). Wenn voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden, sollen systematische Stichproben durchgeführt werden (Vgl. 8a Abs. 3 KLV).

2.2.3.4 Vergütungspflicht der Versicherer: Spitex versus Pflegeheim

2.2.3.4.1 Fragestellung

Für pflegebedürftige Menschen stellt sich oft die Frage, ob sie zu Hause in der gewohnten Umgebung durch die Spitex gepflegt werden wollen oder ob sie einen Eintritt in ein Pflegeheim vorziehen. Beide Varianten können zweckmässig sein. Pflegebedürftigkeit bedeutet Verletzlichkeit, weshalb es von grosser Bedeutung ist, in welcher Umgebung die Pflege stattfindet. Oft wird die Pflege in der vertrauten Umgebung durch die Spitex einem Heimeintritt vorgezogen. Teilweise wird geltend gemacht, ein erzwungener Eintritt in eine stationäre Einrichtung würde den Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person verschlechtern. Theoretisch besteht freie Wahl zwischen Heim und Spitex, vorausgesetzt, die entsprechenden Angebote stehen tatsächlich zur Verfügung (vgl. Art. 41 KVG) (vgl. Pfiffner Rauber 2003: 231). Fak-

tisch ist der Entscheid jedoch wesentlich davon abhängig, welche Leistungen die Krankenversicherer übernehmen.

2.2.3.4.2 Rechtsprechung des Bundesgerichts

In zahlreichen Entscheiden hat sich das Bundesgericht damit auseinandergesetzt, ob der Krankenversicherer in einem konkreten Fall die Spitex-Leistungen oder die für ihn günstigeren Pflegeheimkosten zu übernehmen hat. In einem Leiturteil vom 22. September 2000 (BGE 126 V 334) hat das Bundesgericht Kriterien definiert, um die Leistungspflicht der Krankenversicherer zu bestimmen:

„2.a) [...]

Die Anwendbarkeit des Wirtschaftlichkeitsgebotes bedeutet nicht, dass die Krankenversicherer befugt sind, die Vergütung der Spitex-Dienste stets auf jene Leistungen zu beschränken, die sie bei Aufenthalt in einem Pflegeheim zu gewähren hätten. Wie das Eidg. Versicherungsgericht im erwähnten Urteil D. vom 18. Dezember 1998 festgestellt hat, darf die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit nicht anhand einer strikten Gegenüberstellung der dem Krankenversicherer entstehenden Kosten eines Spitex-Einsatzes einerseits und eines Pflegeheimaufenthaltes anderseits erfolgen. Wenn aber - bei gleicher Zweckmässigkeit der Massnahmen - zwischen den Kosten eines Spitex-Einsatzes und denjenigen des Aufenthaltes in einem Pflegeheim ein grobes Missverhältnis besteht, kann der Spitex-Einsatz auch unter Berücksichtigung der berechtigten Interessen der Versicherten nicht mehr als wirtschaftlich angesehen werden [...]. Dies hat auch dann zu gelten, wenn der Spitex-Einsatz im konkreten Fall als zweckmässiger und wirksamer zu betrachten ist als ein an sich ebenfalls zweckmässiger und wirksamer Heimaufenthalt [...].

2.c)[...]

Nicht gefolgt werden kann der an der Rechtsprechung erhobenen Kritik auch insoweit, als geltend gemacht wird, im Rahmen einer allfälligen Wirtschaftlichkeitsprüfung seien die Spitex-Kosten mit den Gesamtkosten eines Pflegeheimaufenthaltes zu vergleichen [...]. Abgesehen davon, dass die Gesamtkosten auch die Aufenthaltskosten (Unterkunft und Verpflegung) umfassen, für die der Krankenversicherer nicht aufzukommen hat, soll das Wirtschaftlichkeitsgebot die Krankenversicherer (und indirekt die Versichertengemeinschaft) vor ungebührlicher Inanspruchnahme schützen, weshalb der Kostenvergleich auf der Grundlage der vom Versicherer zu erbringenden Leistungen zu erfolgen hat. Die finanziellen Auswirkungen, welche die Wahl einer bestimmten Massnahme für die versicherte Person zur Folge hat, sind im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäss Art. 56 Abs. 1 KVG mit zu berücksichtigen.

2.d)

Was schliesslich die von der Beschwerdegegnerin erwähnten grundrechtlichen Aspekte betrifft, ist festzustellen, dass die Freiheitsrechte, insbesondere das Recht auf persönliche Freiheit (Art. 10 BV) und Schutz der Privatsphäre (Art. 13 BV) sowie die Niederlassungsfreiheit (Art. 24 BV) und die Wirtschaftsfreiheit (Art. 27 BV) nicht absolut gelten und Beschränkun-

gen zulässig sind, wenn sie auf gesetzlicher Grundlage beruhen, im öffentlichen Interesse liegen und verhältnismässig sind; zudem dürfen die verfassungsmässigen Freiheitsrechte weder völlig unterdrückt noch ihres Gehaltes als Institution der Rechtsordnung entleert werden (Art. 36 BV; vgl. auch Art. 5 Abs. 1 und 2 BV; [...]). Im vorliegenden Fall geht es zudem nicht um einen eigentlichen Grundrechtseingriff, sondern um eine bloss mittelbare Beeinträchtigung der Grundrechte [...]. Aus solchen Beschränkungen vermögen die Betroffenen keine direkten Leistungsansprüche gegenüber dem Staat geltend zu machen. Hingegen ist bei der Auslegung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsnormen sowie bei der Ermessensüberprüfung den Grundrechten und verfassungsmässigen Grundsätzen Rechnung zu tragen, soweit dies im Rahmen von Art. 191 BV möglich ist [...].“

Die Rechtsprechung des Bundesgerichts kann wie folgt zusammengefasst werden:

- Eine Leistungspflicht setzt voraus, dass die Spitex- oder die Heimpflege für die Behandlung zweckmässig ist.
- Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind die Spitex-Kosten nicht mit den Gesamtkosten eines Pflegeheimaufenthaltes zu vergleichen, sondern mit den Kosten, welche vom Krankenversicherer effektiv zu übernehmen sind.
- Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit darf nicht anhand einer strikten Gegenüberstellung der beiden Kostenbeträge erfolgen.
- Wenn bei gleicher Zweckmässigkeit der Massnahmen zwischen den Kosten eines Spitex-Einsatzes und denjenigen des Aufenthaltes in einem Pflegeheim ein „grobes Missverhältnis“ besteht, kann der Spitex-Einsatz nicht mehr als wirtschaftlich angesehen werden. Dies gilt auch dann, wenn der Spitex-Einsatz im konkreten Fall als zweckmässiger und wirksamer zu betrachten ist als ein an sich ebenfalls zweckmässiger und wirksamer Heimaufenthalt.

Das Bundesgericht hat sich in verschiedenen Entscheiden mit der Frage der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit einerseits und mit der Frage des groben Missverhältnisses andererseits beschäftigt. Dazu können folgende Kategorien gebildet werden (vgl. Eugster 2007: 522):

Spitex und Heimpflege sind gleichermassen wirksam und zweckmässig

- Anspruch auf Spitex bejaht bei Mehrkosten von 48 %

Spitex ist wirksamer und zweckmässiger als Heimpflege

- Anspruch auf Spitex bejaht bei 2.86-mal höheren Spitex-Kosten

Spitex ist erheblich wirksamer und zweckmässiger als Heimpflege²

- Anspruch auf Spitex bejaht bei 3.5-mal höheren Spitex-Kosten³

² Bei dieser Gruppe handelt es sich um noch erwerbstätige oder aktiv am gesellschaftlichen und sozialen Leben teilnehmende Personen.

³ In diesem Fall standen den täglichen Kosten des Krankenversicherers für das Pflegeheim von Fr. 70 tägliche Kosten für die Spitex von Fr. 257 gegenüber (vgl. BGE 126 V 334ff.).

- Anspruch auf Spitex verneint bei vier- bis fünfmal höheren Spitex-Kosten

2.2.3.4.3 Berücksichtigung der Grundrechte bei strittiger Kostenübernahme

Die Verfassung und die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) gewährleisten verschiedene Grundrechte, die bei der Fragestellung „Heimeintritt oder Spitex“ tangiert werden. Dazu gehören das Recht auf persönliche Freiheit (Art. 10 BV), der Schutz der Privatsphäre (Art. 13 BV), die Niederlassungsfreiheit (Art. 24 BV) und das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens (Art. 8 EMRK). Das Bundesgericht geht davon aus, dass es bei der Frage, welche Leistungen die Krankenversicherer bei der Wahl zwischen Spitex und Heim übernehmen müssen, nicht um einen eigentlichen Grundrechtseingriff, sondern um eine bloss mittelbare Beeinträchtigung der Grundrechte geht. Aus solchen mittelbaren Beschränkungen können die Betroffenen keine direkten Leistungsansprüche gegenüber dem Staat geltend machen. Bei der Auslegung der Bestimmungen des KVG sind die Grundrechte dennoch zu berücksichtigen (vgl. das vorgehend zitierte Leiturteil des Bundesgerichts vom 22. September 2000 unter Ziff. 2. d).

Das KVG verlangt, dass die von den Krankenversicherern zu übernehmenden Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (vgl. Art. 32 Abs. 1 KVG). Im Rahmen der Überprüfung der Zweckmässigkeit einer Pflegemassnahme lässt das Bundesgericht grundrechtliche Überlegungen einfließen bzw. ist um eine grundrechtskonforme Auslegung bemüht. Die Rechtsprechung berücksichtigt insbesondere die folgenden individuellen Verhältnisse (vgl. Landolt 2002: 73; vgl. Pfiffner Rauber 2003: 240):

- die Gefahr einer erheblichen Einbusse an Lebensqualität
- eine Beeinträchtigung der bisherigen bzw. künftigen Berufsausübung oder Ausbildung
- eine drohende Verschlechterung des körperlichen oder psychischen Zustandes
- Familienverhältnisse
- der Verlust eines sprachlich-kulturell intakten Umfeldes
- die Beeinträchtigung einer langfristigen Therapiekonsistenz.

2.2.3.4.4 Kritik an der Rechtsprechung

Die Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Kostenübernahme bei Spitex-Leistungen wird kontrovers diskutiert. Die Kritik kann in verschiedene grundlegende Fragestellungen unterteilt werden (vgl. Pfiffner Rauber: 2003: 260ff.):

Hat die Spitex Priorität gegenüber dem Pflegeheimaufenthalt?

Einzelne Kritiker vertreten die Meinung, dass Spitex gegenüber dem Aufenthalt im Pflegeheim generell Priorität haben müsse.

Nimmt das Bundesgericht eine unzulässige doppelte Wirtschaftlichkeitskontrolle vor?

Dem Bundesgericht wird vorgeworfen, seine Rechtsprechung laufe auf eine doppelte Wirtschaftlichkeitskontrolle hinaus. Einerseits erfolge durch die Instrumente von Art. 7 - 9 KLV (Erfordernis der ärztlichen Anordnung, der einheitlichen Bedarfsabklärung und eines Kontroll- und Schlichtungsverfahrens) eine Wirtschaftlichkeitsprüfung. Andererseits statuiere das Bundesgericht faktisch eine zweite Wirtschaftlichkeitsprüfung, indem es die Kosten zweier möglicher Leistungen miteinander vergleiche, nämlich jene der Spitex und jene der Pflege im Heim. Liege aber eine ärztliche Anordnung für eine Leistung der Grundversicherung vor, so könne der Krankenversicherer nicht mit dem Argument des Wirtschaftlichkeitsgebotes den Charakter dieser Anordnung in Frage stellen.

Müssen statt den Kosten für die Krankenversicherer die Vollkosten verglichen werden?

In der Rechtsprechung zur Kostenübernahmepflicht bei der Spitex vergleicht das Bundesgericht die dem Krankenversicherer anfallenden Kosten für die Spitex mit den von ihm zu übernehmenden Kosten im Pflegeheim. Stattdessen wird ein Vergleich der Vollkosten bzw. der Gesamtkosten einer Behandlung gefordert mit der Begründung, dass die Kosteneindämmung im Gesundheitswesen ein Ziel des KVG sei.

2.2.3.4.5 Beurteilung

Die Priorität der Spitex gegenüber der Heimpflege wird in der gesundheitspolitischen Diskussion von vielen Akteuren postuliert. Mit dem Schlagwort „ambulant vor stationär“ wird diese Forderung auf einen kurzen Nenner gebracht. Der Grundsatz als solcher erhält breite Unterstützung. Welche Implikationen die Vorrangstellung der Spitex haben soll, wird jedoch sehr unterschiedlich beurteilt. Das Bundesgericht muss sich in seiner Rechtsprechung zur Kostenübernahmepflicht bei der Spitex nicht von aktuellen gesundheitspolitischen Forderungen, sondern von Sinn und Zweck der massgebenden gesetzlichen Bestimmungen leiten lassen. Diese sehen keine Priorität der Spitex vor der Heimpflege vor. Es kann daher nicht Aufgabe des Bundesgerichts sein, im Rahmen der Gesetzesauslegung Regeln festzulegen, die der Gesetzgeber so nicht vorgesehen hat. Dasselbe gilt für die Frage nach den vergleichbaren Kosten. Das Bundesgericht stellt jeweils die den Krankenversicherern entstehenden Kosten gegenüber. Für den von Kritikern geforderten Vollkostenvergleich findet sich im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage.

Das Bundesgericht stützt sich bei der Wirtschaftlichkeitskontrolle auf Art. 32 Abs. 1 und Art. 56 Abs. 1 KVG. Art. 32 Abs. 1 KVG sieht vor, dass die von den Krankenversicherern zu übernehmenden Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Im Abschnitt über die Wirtschaftlichkeitskontrolle ist weiter vorgesehen, dass der Leistungserbringer sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken muss, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Art. 56 Abs. 1 KVG ermöglicht die Prüfung der Wirtschaftlichkeit einer Behandlung im Einzelfall (vgl. Eugster 2007: 660). Die Art. 7 - 9a KLV dienen der Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit. Dies schliesst jedoch nicht aus, dass die Wirtschaftlichkeit im Einzelfall

gestützt auf Art. 56 Abs. 1 KVG durch das Bundesgericht überprüft wird. Der Einwand der unzulässigen doppelten Wirtschaftlichkeitskontrolle vermag daher nicht zu überzeugen.

Entsprechend dem allgemeinen Gebot der verfassungskonformen Auslegung berücksichtigt das Bundesgericht bei der Anwendung der KVG-Normen die Grundrechte. Die Ablehnung der Kostenübernahme für Spitex-Leistungen kann – wenn auch nur indirekt – zu starken Einschränkungen der Niederlassungsfreiheit, der persönlichen Freiheit oder des Rechts auf Familienleben führen. Dabei geht es um eine klassische Güterabwägung. Den Interessen des Versicherten an der Ausübung seiner Grundrechte steht das Interesse der Versicherungsgemeinschaft bzw. der Krankenversicherer gegenüber, die Kosten für die Krankenversicherung tief zu halten. Je stärker das Interesse des Versicherten, desto mehr Mehrkosten muss der Krankenversicherer gemäss Bundesgericht akzeptieren. Diese Rechtsprechung ist nachvollziehbar und lässt sich mit Gesetz und Verfassung vereinbaren. Eine stärkere Gewichtung der grundrechtlichen Positionen der Versicherten gegenüber dem Kostenargument ist jedoch wünschbar und wäre auch mit der Rechtsordnung vereinbar. Eine generelle Priorität der Spitex gegenüber der Heimpflege oder ein Wechsel zum Vollkostenvergleich kann aber nicht im Rahmen der Rechtsprechung eingeführt werden, sondern wäre vom Gesetzgeber im formellen Gesetzgebungsverfahren zu beschliessen.

2.2.3.5 Neuordnung Pflegefinanzierung

Mit dem am 13. Juni 2008 von den eidgenössischen Räten verabschiedeten Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung fand eine langjährige Auseinandersetzung um die Finanzierung der Pflege auf Stufe der Gesetzgebung ein Ende. Das Bundesgesetz regelt die Finanzierung von ambulant durch Institutionen der spitalexternen Kranken- und Gesundheitspflege (Spitex) oder stationär in einem Krankenhaus, einem Alters- und Pflegeheim, einer Pflegewohnung oder einer Pflegeabteilung an einem Akutspital (Pflegeheim) erbrachten Pflegeleistungen neu.

Im Bereich des KVG hat die Neuordnung zur Folge, dass künftig zwischen „Pflegeleistungen“ und „Leistungen der Akut- und Übergangspflege“ (vgl. Art. 25a revKVG) unterschieden wird. Dabei sind unter Pflegeleistungen solche Leistungen zu verstehen, die in der Regel längerfristig erbracht werden, ohne dass sie aber mit einer vorgängigen Spitalbehandlung zusammenhängen müssen, wohingegen Leistungen der Akut- und Übergangspflege stets direkt an eine Spitalbehandlung anschliessen und auf 14 Tage befristet sind. Der Leistungskatalog ist für Pflegeleistungen wie für Leistungen der Akut- und Übergangspflege derselbe. Er beinhaltet Massnahmen der Abklärung und Beratung, der Untersuchung und Behandlung sowie der Grundpflege. Auch die Leistungserbringer sind dieselben, nämlich jene Personen und Institutionen, die in Art. 7 Abs. 1 KLV als Leistungserbringer für Pflegeleistungen aufgeführt sind (Pflegefachpersonen, Spitex-Organisationen und Pflegeheime) (vgl. Regierungsrat Zürich 2009: 1).

Der Bundesrat hat das Bundesgesetz zusammen mit drei revidierten Verordnungen auf den

1. Juli 2010 in Kraft gesetzt.

Das KVG sah ab 1996 für die Finanzierung der *Pflegeleistungen* eine vollumfängliche Finanzierung durch die Krankenversicherer vor. Dieser Grundsatz wurde jedoch nie vollständig umgesetzt (vgl. 2.2.3.2.2). Das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung sieht neu eine dreigeteilte Finanzierung der Pflegeleistungen vor (vgl. Regierungsrat Zürich 2009: 2):

- An Pflegeleistungen entrichtet die obligatorische Krankenpflegeversicherung Beiträge, sofern die Leistungen aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs erbracht werden. Die Beiträge werden vom Bundesrat differenziert nach dem Pflegebedarf für die ganze Schweiz einheitlich in Franken festgelegt.
- Die nach Abzug dieser Beiträge verbleibenden Pflegekosten dürfen von den Kantonen teilweise auf die Leistungsbezüger und -bezügerinnen überwältzt werden (sogenannter „beschränkter Tarifschutz“). Die Höchstbelastung der Leistungsbezüger und -bezügerinnen wird dabei auf 20 % des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags beschränkt.
- Die Kantone regeln die Finanzierung der nach Abzug der Beiträge der Sozialversicherer und der Leistungsbezüger und -bezügerinnen verbleibenden ungedeckten Pflegekosten (die sogenannte „Restfinanzierung“; siehe dazu Art. 25a Abs. 5 revKVG).

Bei den *Leistungen der Akut- und Übergangspflege* gelangt aufgrund des direkten Zusammenhangs mit einer stationären Akutbehandlung der gleiche Kostenteiler zwischen Krankenversicherern und öffentlicher Hand zur Anwendung wie bei der neuen Spitalfinanzierung (Art. 49a KVG): Der Kanton übernimmt während längstens zweier Wochen nach dem Spitalaufenthalt grundsätzlich einen Anteil von mindestens 55 % der Kosten, während die Krankenversicherer die restlichen höchstens 45 % zu finanzieren haben. Eine Beteiligung der Leistungsbezüger und -bezügerinnen an den Kosten der Pflegeleistungen ist, abgesehen von Franchise und Selbstbehalt, nicht vorgesehen (vgl. Regierungsrat Zürich 2009: 2).

Die Pflegeleistungen und die Leistungen der Akut- und Übergangspflege können sowohl ambulant durch Spitex-Organisationen oder freiberuflich tätige Pflegefachpersonen als auch stationär durch Pflegeheime erbracht werden.

Von den Kosten der Pflegeleistungen und der Leistungen der Akut- und Übergangspflege zu unterscheiden sind zum einen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für Betreuung in den Pflegeheimen und zum anderen die ambulanten hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen, deren Finanzierung auf Bundesgesetzesebene nicht geregelt wird. Sowohl in der normalen Pflege als auch in der Akut- und Übergangspflege gilt, dass die nichtpflegerischen Leistungen (Hotellerie und Betreuung bzw. Hauswirtschaft) mangels bundesrechtlicher Vorgaben grundsätzlich von den Leistungsbezügern und -bezügerinnen zu tragen sind (vgl. Regierungsrat Zürich 2009: 3).

2.3 Entwicklungen in der Langzeitpflege

2.3.1 Kostenentwicklung und demografische Entwicklung

Weaver u.a. haben in einer Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums die Kostenentwicklung der Langzeitpflege von heute bis ins Jahr 2030 untersucht. Die Studie liefert interessante Ergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen der demografischen Entwicklung und der Kostenentwicklung sowie zu den massgebenden Einflussfaktoren. Sie zeigt auf, wo Strategien für die zukünftige Entwicklung der Langzeitpflege ansetzen können. Die Resultate der Studie sollen daher im Folgenden kurz dargestellt werden.

Die wichtigsten Einflussfaktoren für die Nachfrage nach formeller Pflege (Pflege- und Alterspflegeheime, Spitex-Organisationen) sind die Grösse und Zusammensetzung der Bevölkerung ab 65 Jahren, der Grad der Pflegebedürftigkeit dieser Bevölkerungsgruppe, die Verfügbarkeit der informellen Pflege (Pflege durch Angehörige, Nachbarn und Freunde) und das Einkommen der Haushalte. Basierend auf den Bevölkerungsprognosen des Bundesamtes für Statistik haben Weaver u.a. unter Variation der erwähnten Einflussfaktoren verschiedene Szenarien entwickelt (vgl. Weaver u.a. 2008: 13).

In einem Grundszenario gehen die Autoren davon aus, dass die Kosten für die Langzeitpflege im Jahr 2030 17,8 Milliarden Franken (konstante Preise 2005) betragen, wobei der Wert zwischen 15,7 und 20,0 Milliarden schwanken kann (95 %-Vertrauensintervall). Das entspricht 2,8 % des schweizerischen BIP (2,4 - 3,1 %). Die Pflege- und Alterspflegeheime generieren dabei mit 14,9 Milliarden den Grossteil (über 80 %) der Gesamtkosten. Dies hängt teilweise mit dem prognostizierten Wachstum der Bevölkerung älter als 80 Jahre, die die höchste Inanspruchnahmerate aufweist, zusammen. Das Bevölkerungswachstum ist für zwei Drittel des Gesamtkostenanstiegs bis 2030 verantwortlich. Somit ist ein signifikanter Kostenanteil unvermeidlich, da die Gesundheitspolitik mittelfristig keinen Einfluss auf die Bevölkerungsentwicklung nehmen kann (vgl. Weaver u.a. 2008: 14).

Die Studie zeigt fünf weitere Szenarien auf mit unterschiedlichen Hypothesen für die Dauer der Pflegebedürftigkeit und Veränderungen in der Organisation der Langzeitpflege. Sie zieht einerseits eine Abnahme der informellen Hilfe in Betracht, was zu einer zunehmenden Inanspruchnahme der Spitex führen würde. Andererseits präsentiert sie Szenarien, bei denen die Spitex gefördert wird, um die Anzahl Personen in Pflege- und Alterspflegeheimen zu reduzieren. Diese weiteren Szenarien führen zu einem Kostenwachstum von 2005 bis 2030 von 114,9 % im günstigsten Fall und von 172,0 % im ungünstigsten Fall (vgl. Weaver u.a. 2008: 15).

Die Studie zeigt drei wesentliche Erkenntnisse auf. *Erstens* wird die Nachfrage nach Langzeitpflege in den kommenden Jahrzehnten aufgrund der wachsenden Anzahl Betagter stark ansteigen. Die Auswirkungen der Überalterung auf die Kosten sind teilweise nicht vermeidbar; die Strukturen müssen sich an die Nachfrage anpassen, ansonsten wird der Pflegebedarf

nicht vollständig abgedeckt. *Zweitens* können effiziente Präventionsprogramme und Massnahmen zum Erhalt der Selbständigkeit der älteren Bevölkerung das künftige Kostenwachstum bis zu einem gewissen Mass eindämmen. *Drittens* wird festgestellt, dass hohe Substitutionsgrade zwischen der Spitex und den Aufenthalten in Pflege- und Alterspflegeheimen erforderlich sind, wenn man mit dem Ausbau der Spitex-Dienste das Kostenwachstum etwas einschränken will (vgl. Weaver u.a.: 15f.).

2.3.2 Bedarf an Personal

Seit längerer Zeit wird in der Fachliteratur und in den Medien vor einem mittelfristigen Personal­mangel in der Langzeitpflege gewarnt. Jaccard Ruedin/Weaver haben in einer Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums untersucht, wie sich der Personalbedarf des Schweizerischen Gesundheitswesens bis ins Jahr 2030 entwickeln wird. Sie gehen davon aus, dass der Bedarf nach Gesundheitspersonal aus drei Situationen entsteht, nämlich durch Pensionierungen, Drop outs⁴ und eine erhöhte Nachfrage. Die Studie kommt zum Schluss, dass bis zum Jahr 2030 zwischen 120 000 und 190 000 Fachpersonen rekrutiert werden müssen. Mindestens 2/3 davon sind notwendig, um das Personal zu ersetzen, welches das Rentenalter erreicht. Das dritte Drittel muss den gestiegenen Bedarf an Pflege und Versorgungsleistungen abdecken. Fast 90 % des zusätzlich benötigten Personals muss für die Arbeit in Einrichtungen der Langzeitpflege (Heime und Spitex) rekrutiert werden. Gerade diese Institutionen sind allerdings in besonderem Masse von Abgängen in Folge Erreichens des Pensionsalters von Mitarbeitenden betroffen (vgl. Jaccard Ruedin/Weaver 2009: 3ff.).

2.4 Strategie des Bundesrats für eine schweizerische Alterspolitik

Der Bundesrat hat am 29. August 2007 in Beantwortung eines Postulats vom 3. Oktober 2003 von Susanne Leutenegger Oberholzer einen Bericht mit dem Titel „Strategie für eine schweizerische Alterspolitik“ vorgelegt. Das Postulat fordert den Bundesrat auf, die konzeptionellen Grundlagen für eine schweizerische Alterspolitik zu entwickeln, die nötigen personellen und finanziellen Ressourcen dafür bereitzustellen und dem Parlament gegebenenfalls die erforderlichen gesetzlichen Grundlagen vorzulegen (vgl. Schweizerischer Bundesrat 2007: 53f.).

Der Bericht beleuchtet die heutige Situation älterer Menschen bezogen auf folgende Lebensbereiche und Handlungsfelder:

- Gesundheit und medizinische Versorgung
- Wohnsituation und Mobilität
- Arbeit und Übergang in den Ruhestand
- Wirtschaftliche Situation der Altersrentnerinnen und -rentner
- Engagement und gesellschaftliche Partizipation.

⁴ Unter dem Begriff „Drop out“ wird die Abwanderung qualifizierter Arbeitskräfte in Richtung anderer Branchen und Sektoren, anderer Gesundheitssysteme oder das vollständige Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt verstanden.

Die Ressourcen und Leistungspotenziale der älteren Bevölkerung sowie ihre Bedürfnisse werden für jeden Bereich beschrieben. Der Bundesrat kommt zum Schluss, dass die Situation der älteren Personen in allen fünf Bereichen als gut bezeichnet werden kann und dass das defizitäre Bild des Alters nicht mehr zeitgemäss ist (vgl. Schweizerischer Bundesrat 2007: 8ff.).

Gestützt auf diese Analyse hat der Bundesrat für die einzelnen Bereiche Handlungsoptionen definiert. Da der Bericht nicht auf einen Aktionsplan zielt, hat er sich dabei nicht auf den Kompetenzbereich des Bundes beschränkt, sondern auch Handlungsbereiche von Kantonen, Gemeinden und weiteren Partnern einbezogen. In der Tabelle 1 werden die Handlungsoptionen für den Bereich „Gesundheit und medizinische Versorgung“ dargestellt.

Tabelle 1: Strategie Alterspolitik: Handlungsoptionen für die Gesundheitsversorgung

Handlungsoptionen	Zuständigkeit
<p>A 1: Zugang zu Informationen über das Dienstleistungsangebot Die betroffenen Personen sollen sich einen Überblick über das Angebot und die Möglichkeiten verschaffen können.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Wo dies noch nicht der Fall ist, sollten die Gemeinden dafür sorgen, das öffentliche und private Angebot in der Gemeinde, der nahen und weiten Region bekannt zu machen. Sie stellen sicher, dass Betroffene diesbezüglich eine fachliche Beratung in Anspruch nehmen können. 	c
<p>A 2: Ausbau der Förderung der Gesundheit und der Stärkung der Autonomie im Alter Ziele und Schwerpunkte der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter müssen in Anlehnung an die Leitgedanken der Motion Heim und unter Berücksichtigung der verfügbaren Mittel inhaltlich bestimmt werden. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter richten sich an alle, sollten aber zielgruppenspezifische Anliegen aufnehmen, insbesondere diejenigen von sozial benachteiligten oder schwer erreichbaren Gruppen, wie ältere Migranten und Migrantinnen oder Menschen, die in Armut leben.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Erarbeitung einer nationalen Strategie zur Förderung der Gesundheit und Stärkung der Autonomie im Alter im Rahmen der vorhandenen Ressourcen und in Zusammenarbeit mit den Kantonen, wobei der Bund eine Koordinationsfunktion übernimmt. ➤ Besserer Einbezug der grösseren Migrationsgemeinschaften in bestehende Programme für Senioren und Seniorinnen (Beispiel Italiener und Italienerinnen sowie Spanier und Spanierinnen). 	a b c d
<p>A 3: Unterstützung von Pflegeverantwortlichen auf informeller Basis Unterstützung der Pflegeverantwortlichen, meist ältere Frauen, durch Entlastungsdienste, Ausbildung und Spitex-Dienste.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bewährte Angebote von Pro Senectute, dem Schweizerischen Roten Kreuz und Spitex-Organisationen wie u.a. Entlastungs-, Besuchs- und Fahrdienste weiter ausbauen sowie die Ausbildung und Begleitung von Freiwilligen fördern. 	a b c d
<p>A 4: Integrierte Planung von Gesundheitsdiensten Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Angeboten für ambulante und stationäre Akutpflege und für Langzeitpflege.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kompetenzbereich der Kantone 	b

<p>A 5: Ausbau des Case Management Ein Case Management zur Koordination der medizinischen, pflegerischen und sozialen Betreuung von älteren Menschen kann das Risiko von Heimeinweisungen reduzieren.</p> <p>➤ Auf Bundesebene: Unterstützung der Forschung über Case Management und Ausarbeitung von Case-Management-Modellen in Zusammenarbeit mit den Gesundheitspartnern (einschliesslich Vertreter der älteren Menschen).</p>	a b c d
--	------------------

Quelle: Schweizerischer Bundesrat (2007): 49ff.

Zuständigkeit: a = Bund, b = Kantone, c = Gemeinden, d = Private

Der Bundesrat setzt damit klare Schwerpunkte. Auf institutioneller Ebene sieht er einen Informationsauftrag der Gemeinden. Sie sollen den älteren Personen einen Überblick über die Vielfalt der öffentlichen und privaten Angebote ermöglichen (Ziel A 1). Die Partizipation und Autonomie will der Bundesrat durch Instrumente der Gesundheitsförderung und Prävention fördern. Hier sind alle staatliche Ebenen und die Privaten gefordert (Ziel A 2). Dasselbe gilt für die informelle Pflege zu Hause. Um die Tragfähigkeit dieses Versorgungsnetzes auf Dauer zu gewährleisten, müssen Entlastungsangebote zur Verfügung gestellt werden (Ziel A 3). Im Bereich der Spitex- und Heimpflege erkennt der Bundesrat Handlungsbedarf für die Kantone im Zusammenwirken von Akut- und Langzeitpflege (Ziel A 4). Schliesslich sieht der Bundesrat Unterstützungsbedarf für die älteren Menschen bei der Organisation und Koordination der verschiedenen Hilfen und Unterstützungsdienste. Er postuliert daher einen Ausbau des Case Managements, wofür alle Staatsebenen und die Privaten zuständig sind (Ziel A 5) (vgl. Schweizerischer Bundesrat 2007: 11 ff.).

Interessanterweise nimmt der Bundesrat zum Verhältnis von ambulanten Angeboten zu stationären Angeboten nicht Stellung. Er konstatiert nur, dass einzelne Kantone auf den Ausbau von Spitex-Diensten setzen und sich dafür beim Bau von Pflegeheimen zurückhalten (vgl. Schweizerischer Bundesrat 2007: 14). Eine Beurteilung dieser Ausrichtung und entsprechende Handlungsempfehlungen des Bundesrats fehlen leider.

3 Fallstudien: staatliche Strategien und Steuerungsinstrumente

3.1 Aufbau der Fallstudien

Die Fallstudien der Städte Basel, Bern und Zürich sind in drei Hauptkapitel unterteilt. Das *einführende* Kapitel soll einen Überblick über die Situation der Langzeitpflege in der jeweiligen Stadt geben. Dazu gehören eine Darstellung der Kompetenzverteilung zwischen Kanton und Stadt, Angaben zur Anzahl Betriebe und ihrem Subventionsstatus, einige Kennzahlen zur Entwicklung in den Jahren 2003 - 2007⁵ sowie eine Darstellung zu den Tarifen und der Finanzierung aus Sicht der Heimbewohner und -bewohnerinnen sowie der Spitex-Klienten und -Klientinnen.

In einem *zweiten* Kapitel werden die wichtigsten Strategiedokumente und ihre strategischen Aussagen zur Langzeitpflege dargestellt. Im *dritten* Kapitel folgt eine Beschreibung der vorgefundenen Steuerungsinstrumente. Hier fließen schwer gewichtig die Antworten aus den Interviews mit den Vertretern und Vertreterinnen der drei Kantone und Städte ein.

3.2 Stadt Basel

3.2.1 Einführung

3.2.1.1 Allgemeine Daten zur Stadt Basel

Basel ist Zentrumsstadt der Region Nordwestschweiz und nach Zürich und Genf die drittgrösste Stadt der Schweiz. Der Kanton Basel-Stadt besteht aus drei Gemeinden. Aufgrund der Grössenverhältnisse zwischen der grössten Gemeinde, der Stadt Basel mit rund 167 000 Einwohnern und Einwohnerinnen (Stand 2008), und den beiden Gemeinden Riehen und Bettingen (rund 21 000 bzw. 1 000 Einwohner und Einwohnerinnen; Stand 2008) spricht man auch von einem Stadtkanton. Rund 88 % der Bevölkerung des Kantons Basel-Stadt leben in der Stadt Basel. 13.0 % der städtischen Bevölkerung ist zwischen 65 und 79 Jahre alt (Durchschnitt Schweiz: 11.7 %), 6.7 % ist 80 Jahre und älter (Durchschnitt Schweiz: 4.7 %) (Stand 2007). Die Stadt Basel verfügt über keine eigenen Behörden, d.h. ihre Aufgaben werden durch den Regierungsrat, den Grossen Rat sowie die Kantonsverwaltung wahrgenommen.

3.2.1.2 Kompetenzverteilung Kanton - Gemeinden in der Langzeitpflege

3.2.1.2.1 Stationäre Langzeitpflege

Die Versorgungsverantwortung für die stationäre Langzeitpflege ist im Kanton Basel-Stadt auf Gesetzesstufe nicht explizit geregelt. Aus der Kantonsverfassung ergibt sich jedoch, dass der Kanton eine allen zugängliche medizinische Versorgung gewährleisten muss (vgl. § 26

⁵ Die Statistischen Daten für das Jahr 2008 liegen bei Abschluss dieser Arbeit erst teilweise vor, weshalb im Sinne der Vergleichbarkeit auf die Jahre 2003 - 2007 abgestellt wird.

Abs. 2 KV BS). Für die Eröffnung und Führung von Alters- und Pflegeheimen ist eine Bewilligung des Gesundheitsdepartements erforderlich. Auch die Aufsicht wird vom Gesundheitsdepartement wahrgenommen (vgl. § 2 und 3 Alters- und Pflegeheimverordnung). In den vom Regierungsrat genehmigten Richtlinien zur Bewilligung des Betriebs von Alters- und Pflegeheimen werden die Voraussetzungen für den Erhalt einer Bewilligung näher umschrieben.

3.2.1.2.2 Ambulante Langzeitpflege

Der Kanton Basel-Stadt ist gemäss Spitexgesetz für die ambulante Versorgung der Stadt Basel verantwortlich. Er unterstützt die spitalexternen Dienste, fördert eine den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechende Versorgung in den Quartieren und Gemeinden und sorgt für Angebote in den Bereichen Hauspflege, Gemeindekrankenpflege und Haushilfe. Der Kanton muss diese Angebote jedoch nicht selbst erbringen, sondern kann sie geeigneten privaten Institutionen übertragen (vgl. § 3 Abs. 1 und 2 Spitexgesetz). Der Regierungsrat hat die Kompetenz, im Verhältnis zu den Landgemeinden Riehen und Bettingen die Aufgaben- und Kostenteilung separat zu regeln (vgl. § 11 Spitexgesetz).

Einzelpersonen oder Institutionen, die gewerbsmässig Spitex-Leistungen anbieten wollen, bedürfen einer Bewilligung des Gesundheitsdepartements (vgl. § 7 Spitexgesetz). Dieses übt auch die Aufsicht im Rahmen der Bewilligungserteilung aus (§ 8 Spitexgesetz). In der Spitexverordnung werden die Bewilligungserteilung und die Aufsicht detailliert geregelt.

3.2.1.3 Anzahl Betriebe, Subventionsstatus

3.2.1.3.1 Stationäre Langzeitpflege

Die Einrichtungen der stationären Langzeitpflege werden in der Stadt Basel überwiegend von privaten Trägerschaften betrieben. Der einzige öffentliche Anbieter ist das Bürgerspital Basel, eine öffentlich-rechtliche Stiftung, die zur Bürgergemeinde der Stadt Basel gehört. Der Bevölkerung stehen in 41 Institutionen insgesamt 2 512 Pflegeplätze zur Verfügung. Davon entfallen 377 Plätze auf die sechs Einrichtungen des Bürgerspitals Basel (vgl. Regierungsrat Basel-Stadt 2009: 1ff.).

Die auf der Pflegeheimliste des Kantons Basel-Stadt aufgeführten Pflegeeinrichtungen werden vom Kanton nicht generell subventioniert. Nur Heime mit besonders hohen Liegenschaftskosten erhalten einen Liegenschaftsbeitrag. Ziel dieser Unterstützung ist es, die Taxen für die Bewohner und Bewohnerinnen auf ein erträgliches Mass zu beschränken. Im Jahre 2008 bestand für rund 58 % der Pflegeheimbetten ein Anspruch auf einen entsprechenden Beitrag (vgl. Interview Birrer 2009: 9). Der Beitrag wird wie folgt berechnet: Übersteigen die ermittelten Liegenschaftskosten pro Tag und Pflegeplatz den Wert von Fr. 27.00, so wird der darüber hinaus gehende Teil der Liegenschaftskosten in Form eines Liegenschaftsbeitrages an das Heim (Objektsubvention) vom Kanton finanziert (vgl. Regierungsrat Basel-Stadt 2006: 9). Für den Kanton Basel-Stadt ist jedoch die indirekte Finanzierung der Tagestaxen über Ergänzungsleistungen und Beihilfen (Subjektfinanzierung) finanziell bedeutender.

Neben den Pflegeheimen gibt es auch verschiedene Tagespflegeheime, die als halbstationäre Einrichtungen tagsüber pflegebedürftige Personen aufnehmen. Ausserdem wird in einer Einrichtung auch die Möglichkeit der Nachtbetreuung angeboten. Dort werden die gepflegten Personen während einer oder mehrerer Nächte ausserhalb der eigenen Wohnung betreut und gepflegt. Dies kann vor allem dann hilfreich sein, wenn die Pflegebedürftigen auch nachts Betreuung benötigen. Sowohl die Tagespflegeheime als auch die Nachtbetreuung sind darauf ausgerichtet, die betreuenden und pflegenden Personen zu entlasten. Dies soll dazu beitragen, dass die Pflegebedürftigen möglichst lange in der eigenen Wohnung und im familiären Umfeld leben können. Die Tagespflegeheime werden vom Kanton subventioniert (vgl. Interview Birrer 2009: 9).

3.2.1.3.2 Ambulante Langzeitpflege

Spitex-Leistungen werden in der Stadt Basel zu einem überwiegenden Teil von Spitex-Basel, einer privaten, nicht gewinn-orientierten Stiftung, erbracht. Neben Spitex Basel verfügen im Kanton 28 weitere, mehrheitlich gewinn-orientierte Spitex-Organisationen über eine kantonale Bewilligung. Ausserdem haben 31 Einzelpersonen eine Spitex-Bewilligung zur Erbringung von ambulanten pflegerischen Leistungen erhalten (freiberufliche Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner) (vgl. Regierungsrat Basel-Stadt 2008a: 13).

Der Kanton Basel-Stadt hat der Spitex Basel einen umfassenden Leistungsauftrag erteilt. Der Leistungsauftrag umfasst die bedarfsgerechte Grundversorgung des Stadtgebietes mit Spitex-Leistungen pflegerischer und hauswirtschaftlicher Natur. Zusätzlich erbringt Spitex Basel Spezialdienste für das gesamte Kantonsgebiet. Diese beinhalten Leistungen der Onko-Spitex, der Kinder-Spitex sowie einen pflegerischen Notfalldienst während der Nacht und am Wochenende (Spitexpress). Der Kanton Basel-Stadt subventioniert die Spitex Basel sowohl im Bereich der KVG-Leistungen (Bedarfsabklärung, Behandlungspflege, Grundpflege)⁶ als auch im Bereich der hauswirtschaftlichen Leistungen (Haushalthilfe, Haushaltführung). Die von Spitex Basel erbrachten Spezialleistungen (Onko-Spitex, Kinder-Spitex und Spitexpress) werden vom Kanton subventioniert, soweit sie für Einwohner und Einwohnerinnen der Stadt Basel erbracht werden (vgl. Regierungsrat Basel-Stadt 2008a: 3ff.).

Neben Spitex Basel hat nur die Stiftung für Krankenpflege zu Hause des Schweizerischen Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) einen Leistungsauftrag des Kantons im Bereich der KVG-pflichtigen Leistungen. Die Stiftung hat einen Leistungsauftrag für besonders aufwändige Pflege und erhält dafür im Jahr 2009 rund Fr. 220'000. Der Auftrag an die Stiftung ist eine Abweichung vom Grundsatz, dass im Bereich der ambulanten Langzeitpflege nur Spitex Basel kantonale Subventionen erhalten soll. Der kantonale Beitrag wird damit begründet, dass die Stiftung seit der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der

⁶ Für KVG-Pflichtleistungen werden Subventionen ausgerichtet, da die von den Krankenversicherern vergüteten Tarife nicht kostendeckend sind und die Spitex-Organisationen gleichzeitig wegen des im KVG verankerten Prinzips des Tarifschutzes an die KVG-Tarife gebunden sind.

Aufgabenteilung (NFA) keine Beiträge des Bundes mehr erhält und somit der Kanton politisch verpflichtet gewesen sei, finanziell einzuspringen (vgl. Interview Birrer 2009: 2f.).

3.2.1.4 Kennzahlen zur Entwicklung 2003 - 2007

3.2.1.4.1 Stationäre Langzeitpflege

In Tabelle 2 wird die Entwicklung der Anzahl Pflegeheimplätze und der Bevölkerung im Zeitraum von 2003 - 2007 dargestellt. Da für die Stadt Basel keine separaten Zahlen erhältlich sind, werden die Zahlen des Kantons Basel-Stadt dargestellt.⁷ Die Anzahl der Pflegeheimplätze ist im Kanton Basel-Stadt von 2003 - 2007 um rund 5 % gestiegen, während die Gesamtbevölkerung konstant geblieben ist. Auch die Anzahl der Einwohner und Einwohnerinnen im Alter über 65 Jahre ist konstant geblieben. Dadurch standen im Jahr 2007 rund 6 % mehr Pflegeplätze pro 1 000 Einwohner und Einwohnerinnen über 65 Jahre zur Verfügung als im Jahr 2003. Bei der Bevölkerungsgruppe der über 80-Jährigen war hingegen eine Zunahme um rund 7 % zu verzeichnen, wodurch sich der entsprechende Anteil an Pflegeplätzen pro 1 000 Einwohner und Einwohnerinnen um rund 2 % vermindert hat.

Tabelle 2: Kanton Basel-Stadt: Pflegeheimplätze und Bevölkerung 2003 - 2007

	2003	2004	2005	2006	2007	Veränderung 2003 - 2007
PH-Plätze	2 595	2 650	2 698	2 732	2 728	+133 (+5.1 %)
Bevölkerung	188 213	188 477	187 920	187 792	188 000	-213 (-0.1 %)
PH-Plätze pro 1000 Einw. 65+	67	69	70	71	71	+4 (+6 %)
Bevölkerung 65+	38 563	38 583	38 485	38 404	38 589	+26 (+0.1 %)
PH-Plätze pro 1000 Einw. 80+	216	217	218	218	212	-4 (-1.9 %)
Bevölkerung 80+	11 992	12 233	12 381	12 534	12 850	+858 (+7.2 %)

Quellen: Statistische Jahrbücher des Kantons Basel-Stadt 2006 und 2008; Pflegeheimliste des Kantons Basel-Stadt

PH = Pflegeheimplätze

⁷ Für die Stadt Basel sind Zahlen zum Jahr 2008 verfügbar. Daraus ergibt sich, dass der Anteil der städtischen Bevölkerung an der Kantonsbevölkerung 88.5 % betrug (vgl. Wirtschafts- und Sozialdepartement 2008: 21). Der Anteil der Pflegeheimbetten in der Stadt Basel an der Bettenzahl für den ganzen Kanton betrug im Jahr 2008 88.6 % (vgl. Regierungsrat 2009: 1ff.). Die Zahlen für den Kanton Basel-Stadt lassen daher auch Rückschlüsse auf die Situation in der Stadt Basel zu.

3.2.1.4.2 Ambulante Langzeitpflege

Tabelle 3: Spitex Basel: Anzahl KlientInnen nach Altersstruktur 2003 - 2007 Tabelle 3 zeigt die Entwicklung der Anzahl Spitex-Klienten und -Klientinnen und der Bevölkerung in den Jahren 2003 - 2007. Die Bevölkerungszahl und die Anzahl Klienten und Klientinnen sind in diesem Zeitraum annähernd konstant geblieben. Während die Anzahl der über 65-Jährigen ebenfalls konstant geblieben ist, war bei der Anzahl Klienten und Klientinnen ein Zuwachs von fast 16 % zu verzeichnen. Noch ausgeprägter ist die Zunahme der Anzahl Klienten und Klientinnen bei den über 80-Jährigen mit einem Zuwachs von rund 20 %.

Tabelle 3: Spitex Basel: Anzahl KlientInnen nach Altersstruktur 2003 - 2007

	2003	2004	2005	2006	2007	Veränderung 2003 - 2007
KlientInnen	5 863	5 788	5 717	5 907	5 903	40 (+0.7 %)
Bevölkerung	188 213	188 477	187 920	187 792	188 000	-213 (-0.1 %)
KlientInnen 65+	5 945	6 111	6 419	6 908	6 889	+944 (15.9 %)
Bevölkerung 65+	38 563	38 583	38 485	38 404	38 589	+26 (+0.1 %)
Klientinnen 80+	3 943	4 148	4 337	4 769	4 727	+784 (+19.9 %)
Bevölkerung 80+	11 992	12 233	12 381	12 534	12 850	+858 (+7.2 %)

Quellen: Statistische Jahrbücher des Kantons Basel-Stadt 2006 und 2008; Statistische Daten von Spitex Basel

In Tabelle 4 wird die Entwicklung der Leistungsstunden der Spitex Basel von 2003 - 2007 dargestellt. Bei der gesamten Anzahl Leistungsstunden ist im Betrachtungszeitraum ein milder Rückgang zu verzeichnen. Es zeigen sich allerdings massive Unterschiede zwischen den KLV-Leistungen und den hauswirtschaftlichen Leistungen. Die Anzahl der erbrachten KLV-Stunden ist in fünf Jahren um 11.2 % gestiegen, während bei den hauswirtschaftlichen Leistungen ein Rückgang von 12.5 % zu verzeichnen war.

Tabelle 4: Spitex Basel: Anzahl Stunden KLV / Hauswirtschaft 2003 - 2007

	2003	2004	2005	2006	2007	Veränderung 2003 - 2007
Stunden KLV	212 046	223 935	222 800	233 436	235 742	+23 696 (+11.2 %)
Stunden Hauswirtschaft	217 469	214 263	203 802	195 439	190 368	-27 101 (-12.5 %)
Stunden Total	429 515	438 198	426 602	428 875	426 110	-3 405 (-0.8 %)

Quelle: Statistische Daten des Gesundheitsdepartements Kanton Basel-Stadt

3.2.1.5 Finanzierung, Tarife

3.2.1.5.1 Stationäre Langzeitpflege

Die Bewohner und Bewohnerinnen finanzieren die Heimkosten durch ihre AHV-Renten, Renten aus beruflicher und persönlicher Vorsorge, Hilflosenentschädigungen der AHV/IV, Ergänzungsleistungen, kantonalen Beihilfen und den Beiträgen der Krankenversicherer (vgl. Regierungsrat Basel-Stadt 2006: 3).

Die Beiträge der Krankenversicherer sind abhängig vom individuellen Pflegebedarf, der mit dem System RAI/RUG ermittelt wird. Jede pflegebedürftige Person wird einer von 12 Pflegeaufwandgruppen oder allenfalls der Gruppe 0 (kein relevanter Pflegebedarf) zugeordnet.

Tabelle 5: Kanton Basel-Stadt: Beiträge der Krankenversicherer an die Pflegekosten

RUG - Stufe (Pflegeaufwandgruppe)	Beitrag der Krankenversicherer (pro Tag)	In Rechnung gestellter Betrag für Pflege (pro Tag) ⁸
RUG 0	Fr. 0.00	Fr. 0.00
RUG 1	Fr. 20.00	Fr. 34.50
RUG 2	Fr. 37.00	Fr. 64.85
RUG 3	Fr. 41.00	Fr. 71.75
RUG 4	Fr. 46.00	Fr. 80.75
RUG 5	Fr. 64.00	Fr. 109.70
RUG 6	Fr. 67.00	Fr. 115.25
RUG 7	Fr. 71.00	Fr. 123.50
RUG 8	Fr. 73.00	Fr. 127.30
RUG 9	Fr. 85.00	Fr. 147.30
RUG 10	Fr. 84.00	Fr. 146.30
RUG 11	Fr. 94.00	Fr. 165.60
RUG 12	Fr. 125.00	Fr. 220.80

Quellen: Aufnahmebedingungen und Taxen für das Alters- und Pflegeheim der Adullam-Stiftung Basel; Pflegeheim-Rahmenvertrag für die Jahre 2007 - 2011

Wie sich aus Tabelle 5 ergibt, werden im Kanton Basel-Stadt den Bewohnern und Bewohnerinnen zum Teil wesentlich höhere Beträge für die Pflege verrechnet, als diese von den Krankenversicherern zurückerstattet erhalten. Die für die Pflege zu verrechnenden Taxen haben der Kanton Basel-Stadt und der Verband gemeinnütziger Basler Alters- und Pflegeheime (VAP) im Pflegeheim-Rahmenvertrag für die Jahre 2007 - 2011 vom 14./20. November 2006 vereinbart. Mit diesem Vorgehen verstösst der Kanton Basel-Stadt gegen den Tarifschutz gemäss Art. 44 KVG. Dieser verlangt von den Leistungserbringern, dass sie sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und für Leistungen nach KVG keine weitergehenden Vergütungen in Rechnung stellen (vgl. 2.2.3.2.2).

⁸ Der Einheitswert pro RUG-Punkt beträgt für 2009 Fr. 34.50.

3.2.1.5.2 Ambulante Langzeitpflege

Die Krankenversicherer bezahlen die ärztlich verordneten Spitex-Leistungen der Abklärung und Beratung, der Untersuchung und Behandlung und der Grundpflege gemäss dem Leistungskatalog in Art. 7 KLV. Die Klienten und Klientinnen müssen nur Franchise und Selbstbehalt übernehmen. Für die kassenpflichtigen Leistungen gelten im Kanton Basel-Stadt die folgenden Tarife:

Tabelle 6: Kanton Basel-Stadt: Beiträge der Krankenversicherer an die Spitexkosten

Beitrag der Krankenversicherer	KLV-Leistung
Fr. 69.75 pro Stunde ⁹	Abklärung
Fr. 44.60 pro Stunde ¹⁰	Grundpflege stabil
Fr. 64.90 pro Stunde ¹¹	Bedarfsabklärung, Behandlungspflege, Grundpflege komplex

Quelle: Spitex-Tarifverträge für Pflege 2009, Spitex Verband Schweiz

3.2.2 Strategie

3.2.2.1 Einführung

Im Kanton Basel-Stadt ist die Strategie für die Langzeitpflege Teil der Alterspolitik. Die vom Regierungsrat beschlossenen Leitlinien für eine umfassende Alterspolitik enthalten verschiedene strategische Aussagen zur Langzeitpflege und bilden damit auf strategischer Ebene die wichtigste Grundlage. Die in den Leitlinien enthaltenen Grundsätze hat der Regierungsrat teilweise bereits im Dezember 2005 in einer Antwort auf einen parlamentarischen Vorstoss dargelegt. Dieser Bericht des Regierungsrates an das kantonale Parlament kann zwar nicht als Strategiepapier bezeichnet werden, enthält jedoch wichtige strategische Aussagen der Regierung zur Langzeitpflege, weshalb er vorliegend ebenfalls kurz betrachtet werden soll.

3.2.2.2 Leitlinien für eine umfassende Alterspolitik

Die Leitlinien zur Alterspolitik sind dreigeteilt. In einem ersten Teil werden die Grundannahmen zur Alterspolitik ausgeführt, die vor allem die Werthaltungen zum Alter und den älteren Menschen beinhalten. Der Teil „Seniorenpolitik“, der zusammen mit Seniorenorganisationen erarbeitet wurde, beschäftigt sich mit der Zielgruppe der über 60-Jährigen. Der dritte Teil mit dem Titel „Alterspflegepolitik“ fokussiert auf die über 80-Jährigen und ist vor allem der Langzeitpflege gewidmet.

In der Langzeitpflege gelten folgende personenbezogene Leitlinien (vgl. Regierungsrat Basel-Stadt 2007: 10):

⁹ Für die ersten 15 Min. werden Fr. 20.25 und anschliessend Fr. 5.50 pro 5 Min. vergütet. Dies ergibt Fr. 69.75 für die erste Stunde. Ab der 2. Stunde gilt ein Tarif von Fr 66 pro Stunde.

¹⁰ Für die ersten 15 Min. werden Fr. 13.10 und anschliessend Fr. 3.50 pro 5 Min. vergütet. Dies ergibt Fr. 44.60 für die erste Stunde. Ab der 2. Stunde gilt ein Tarif von Fr. 42 pro Stunde.

¹¹ Für die ersten 15 Min. werden Fr. 18.10 und anschliessend Fr. 5.20 pro 5 Min. vergütet. Dies ergibt Fr. 64.90 für die erste Stunde. Ab der 2. Stunde gilt ein Tarif von Fr. 62.40 pro Stunde.

- Der ältere Mensch soll mit Unterstützung durch Angehörige und Spitex-Dienste so lange wie möglich zu Hause leben können.
- Der Eintritt in eine mit öffentlichen Geldern unterstützte Organisation erfolgt erst, wenn das Ausmass an Hilfs- und Pflegebedürftigkeit das soziale Netz inkl. Spitex-Leistungen überfordert bzw. das Verbleiben zu Hause aufgrund wirtschaftlicher Gesichtspunkte für das Gemeinwesen nicht mehr vertretbar ist.
- Jede professionelle Hilfeleistung wird aufgrund einer systematischen Erfassung des individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfs erbracht (nach dem Prinzip: „So viel Hilfe wie nötig, so wenig Hilfe wie möglich“).

Für die Angebotsplanung gelten folgende Leitlinien (vgl. Regierungsrat Basel-Stadt 2007: 11f.);

- Die Hilfe und Pflege zu Hause (*Spitex*) wird von privaten Trägerschaften wahrgenommen. Die öffentliche Hand kann zur Sicherstellung des Grundangebots und zur Lenkung der Nachfrage Leistungsaufträge erteilen und Subventionen ausrichten.
- Bei andauernder, intensiver Pflege durch Angehörige oder Bekannte werden zur Erleichterung des Verbleibs zu Hause *Beiträge an die Pflege zu Hause* ausgerichtet.
- *Tagespflegeheime* dienen primär der Entlastung pflegender Angehöriger und können den Eintritt in ein Pflegeheim verzögern oder ganz vermeiden.
- Die *stationäre Langzeitpflege* (Pflegeheime und Pflegewohngruppen) wird von privaten Trägerschaften und der Bürgergemeinde Basel wahrgenommen. Die öffentliche Hand kann Pflegeheime und Pflegewohngruppen unterstützen, sofern diese dem kantonalen Bedarf entsprechen. Die Pflegeplatzplanung setzt auf der Grundlage einer Bedarfsanalyse einen Richtwert für den Pflegeplatzbedarf fest.

3.2.2.3 Bericht des Regierungsrates an den Grossen Rat zum Anzug Benz

Der Bericht des Regierungsrates an den Grossen Rat zum Anzug Benz zeigt die Entwicklung der Alterspflegepolitik bis 2005 auf (vgl. Regierungsrat Basel-Stadt 2005b: 2):

- Die Pflege zu Hause („ambulant vor stationär“) hat bereits seit Ende der 80er-Jahre Priorität. In der Folge wurden die Spitex-Dienste stark ausgebaut und neu strukturiert.
- Für die Langzeitpflege und -betreuung wurden ab Mitte der 80er-Jahre spezielle Alters- und Pflegeheime gebaut.
- Zur bedarfsgerechten Behandlung und Betreuung älterer pflegebedürftiger Menschen wurde eine Behandlungskette implementiert.
- Die Pflegeheimplanung richtet sich vorausschauend auf die demografische Entwicklung aus.

Für die weitere Ausgestaltung der Alterspflegepolitik soll die Hilfe und Pflege zu Hause im Vordergrund stehen und der Anteil der stationären Langzeitpflege weiter gesenkt werden. Damit dies gelingen kann, sind neben dem Ausbau der Spitex-Dienste flankierende Massnahmen wie Unterstützung der pflegenden Angehörigen und zusätzliche Tagespflegeplätze erforderlich (vgl. Regierungsrat Basel-Stadt 2005b: 7).

3.2.3 Steuerungsinstrumente

3.2.3.1 Steuerungsinstrumente im stationären Bereich

3.2.3.1.1 Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung des Kantons Basel-Stadt sieht pro 100 Einwohner und Einwohnerinnen über 80 Jahre 22 Pflegeplätze vor. 2008 gab es in der Stadt Basel 11 279 Person im Alter von 80 Jahren oder älter. Dies ergibt einen Sollwert von 2 481 Pflegebetten. Auf der Pflegeheimliste waren in der Stadt Basel am 1. Januar 2008 2 439 Pflegeplätze aufgeführt. Da der Bedarf an Pflegeheimplätzen in der Stadt Basel steigend ist, soll das Angebot in den nächsten Jahren um ca. 10 % ausgebaut werden (vgl. Regierungsrat Basel-Stadt 2008b: 4 und Interview Birrer 2009: 5).

Da der mit der Bedarfsplanung ermittelte Bedarf derzeit höher ist als das Angebot, wird mit der Bedarfsplanung nicht gesteuert. Grundsätzlich wäre mit der Bedarfsplanung über das Sanktionsinstrument der Pflegeheimliste jedoch eine Steuerung möglich.

3.2.3.1.2 Pflegeheimliste

Die Bedarfsplanung bildet die Grundlage für die Pflegeheimliste, welche von der Abteilung Langzeitpflege erarbeitet wird. Formell wird die Pflegeheimliste vom Regierungsrat erlassen. Die Pflegeheimliste kann in der Stadt Basel keine Steuerungswirkung entfalten, da seit Jahren eine Knappheit an Pflegeplätzen besteht. Seit dem Inkrafttreten des KVG wurden denn auch keine Gesuche um Aufnahme auf die Pflegeheimliste abgelehnt. Der Kanton versucht Anbieter dazu zu bewegen, ihre Kapazitäten zu erhöhen. Der geplante Ausbau der Pflegeheimplätze um 10 % beinhaltet eine Reserve, so dass nach dem erfolgten Ausbau eine Steuerung über die Pflegeheimliste möglich ist (vgl. Interview Birrer 2009: 5f.).

3.2.3.1.3 Beratungsstelle, Pflegebedarfsnachweis

Die Abteilung Langzeitpflege des Gesundheitsdepartements führt einen Fachbereich „Beratung und Bedarfsabklärung“. Zu dessen Aufgaben gehört die Integrierte Pflegeberatung (Case Management), die Vermittlung von Pflegeplätzen in Pflegeheimen und das Schnittstellenmanagement zwischen Geriatriespitalern, Spitex und Pflegeheimen. Die individuelle Pflegeberatung soll insbesondere zur individuell richtigen Menge an Pflege, Hilfe und Betreuung am individuell richtigen Ort und zur individuell richtigen Finanzierung beitragen (vgl. Gesundheitsdepartement 2009b: 1f.).

Wer in ein Pflegeheim eintreten möchte, muss sich an eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater der Abteilung Langzeitpflege wenden. Die Pflegeberaterin/der Pflegeberater informiert und berät über die verschiedenen Möglichkeiten der Hilfe und Pflege sowohl zu Hause, als auch stationär. Das Beratungsgespräch findet zu Hause oder im Spital statt. Soweit möglich, nehmen an diesen Gesprächen neben den Betroffenen auch Angehörige, Pflegepersonal sowie Ärzte und Ärztinnen teil. Ziel des Gesprächs ist es zu überprüfen, ob alle Möglichkei-

ten der Hilfe und Pflege zu Hause ausgeschöpft sind oder Zweifel bzw. Meinungsverschiedenheiten über den Heimeintritt vorhanden sind. Falls ein Eintritt in ein Heim nicht angezeigt ist, wird die nötige Anzahl Spitex-Stunden bewilligt. Die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen nehmen in diesen Gesprächen die Rolle von Interessenvertretern und -vertreterinnen ein und setzen sich dafür ein, dass der alte Mensch in seiner Selbstbestimmung ernst genommen wird (vgl. Gesundheitsdepartement 2009b: 1f.).

Die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen haben im Jahr 2008 744 Hausbesuche und 583 Bedarfsabklärungen im Spital oder in der Sprechstunde durchgeführt. Daraus resultierten 540 Anmeldungen für einen Pflegeplatz. In 510 Fällen konnte durch Beratung und/oder Organisation von entsprechenden Dienstleistungen die Anmeldung für einen Heimplatz im Zeitpunkt der Abklärung vermieden werden. In 71 Fällen musste die Anmeldung jedoch wieder aktiviert werden, da sich die persönliche Situation der Betroffenen verändert hatte (vgl. Gesundheitsdepartement 2009a: 2).

Wenn die Pflege zu Hause nicht mehr möglich ist oder die Kosten der Pflege zu Hause unverhältnismässig werden, stellen die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen einen sog. Pflegebedarfsnachweis aus. Der Pflegebedarfsnachweis gibt Anrecht auf einen Pflegeplatz in einem baselstädtischen Pflegeheim und ist Voraussetzung für die Geltendmachung von Ergänzungsleistungen (vgl. Gesundheitsdepartement 2008b: 3). Die obligatorische Beratung vor einem Heimeintritt und das Erfordernis des Pflegebedarfsnachweises sind starke Instrumente, um Heimeintritte auf das notwendige Minimum zu beschränken.

3.2.3.1.4 Zentrale Bettenvermittlung

Eine direkte Anmeldung in einem Pflegeheim ist im Kanton Basel-Stadt nicht möglich. Die Koordination der freien Heimplätze wird durch die Abteilung Langzeitpflege des Gesundheitsdepartements zentral wahrgenommen. Für jedes städtische Pflegeheim besteht eine Warteliste. Die Anzahl der Wartepositionen auf den Wartelisten ist je nach Heimgrösse begrenzt, damit ein Eintritt innert nützlicher Frist, d.h. in der Regel innert 120 Tagen, erfolgen kann. Die Abteilung Langzeitpflege bewirtschaftet die Wartelisten und hat einen tagesaktuellen Überblick über die freien Heimplätze. Da zu wenige Heimplätze zur Verfügung stehen, werden frei werdende Heimplätze vor allem an mittel- bis stark pflegebedürftige Personen vergeben. Bei der Anmeldung ist mindestens ein Heim als Favorit zu bezeichnen. Wenn die Warteliste des gewünschten Heims jedoch ausgebucht ist, kann dieses nicht gewählt werden. Bei einem Eintritt aus dem Spital müssen drei Heime ausgewählt werden. Wird in einem der ausgewählten Heime ein Platz frei, lädt das Heim zu einem Informationsgespräch ein. Sobald das Heim einen Pflegeplatz anbietet, muss der Eintritt innert wenigen Tagen erfolgen (vgl. Gesundheitsdepartement 2009b: 2 und Gesundheitsdepartement 2008a: 1).

Mit der zentralen Bettenvermittlung soll eine hohe Auslastung der vorhandenen Heimplätze ermöglicht und die durchschnittliche Wartedauer verkürzt werden. Die zentrale Koordination ist jedoch auch mit einer Einschränkung der Wahlfreiheit verbunden, indem eine Anmeldung

nur bei Heimen möglich ist, deren Wartelisten noch freie Plätze aufweisen (vgl. Interview Birrer 2009: 6).

3.2.3.1.5 Ausrichtung von Bausubventionen und Liegenschaftbeiträgen

Bei einem Neubau oder einer Sanierung eines Pflegeheims werden im Kanton Basel-Stadt entsprechend einer langjährigen Praxis Bausubventionen in der Höhe von 30 % der Anlagekosten ausgerichtet. Ausserdem erhalten diejenigen Heime, deren Liegenschaftskosten sich auf über Fr. 27.00 pro Pfl egetag belaufen, Liegenschaftbeiträge für den darüber hinaus gehenden Teil (vgl. Regierungsrat Basel-Stadt 2006: 9 und Regierungsrat Basel-Stadt 2008b: 3).

Die Bausubventionen bilden einen Anreiz für private Trägerschaften entsprechende Investitionen zu tätigen. Die Ausrichtung von Liegenschaftbeiträgen beschränkt aber auch die Liegenschafts- bzw. Mietkosten, die den Bewohnern und Bewohnerinnen über die Taxen in Rechnung gestellt werden können. Der Interventionswert von Fr. 27.00 pro Tag entspricht gleichzeitig dem maximalen Betrag, den ein Heim den Bewohnern und Bewohnerinnen für die Liegenschaftskosten verrechnen kann (vgl. Regierungsrat Basel-Stadt 2006: 8f.)

3.2.3.1.6 Teilstationäre Angebote und Entlastungsangebote

Tagespflegeheime sind ein Glied in der geriatrischen Behandlungskette zwischen der Pflege zu Hause und stationären Langzeitpflege. 2008 bestanden in der Stadt Basel 155 Pflegeplätze in sieben Tagespflegeheimen sowie 12 Plätze in einem Nachtheim. Der Kanton Basel-Stadt geht davon aus, dass das Angebot der Tagespflegeheime vielfach den Eintritt in ein Pflegeheim hinauszögern oder sogar verhindern kann. Die Tagespflegeheime dienen der Entlastung pflegender und betreuender Angehöriger und werden oft als Überbrückungsangebot bis zu einem definitiven Heimeintritt genutzt (vgl. Regierungsrat Basel-Stadt 2005a: 3 und Regierungsrat Basel-Stadt 2008c: 5).

Eine weitere Möglichkeit zur Entlastung von pflegenden Angehörigen oder Bekannten sind Entlastungs- oder Ferienaufenthalte der Pflegebedürftigen in einem Heim. Durch solche zeitlich beschränkten Aufenthalte sollen sich die betreuenden Personen regenerieren können (vgl. Gesundheitsdepartement 2009c: 1).

3.2.3.2 Steuerungsinstrumente im ambulanten Bereich

3.2.3.2.1 Abklärungs- und Kontrollstelle Spitex

Im Auftrag des Krankenversicherers Sympany¹², des Kantons und der Landgemeinden überprüft die Abteilung Langzeitpflege bei der Spitex Basel den Bedarf, wenn pro Quartal mehr als 90 Stunden geplant sind. In diesen Fällen muss ein begründeter Antrag an die Abteilung

¹² Die Sympany-Gruppe ist 2008 aus der ÖKK Basel, der ÖKK Schweiz und der Krankenkasse KK57 hervorgegangen. Die Überprüfung der Menge und damit der Wirtschaftlichkeit erfolgt gegen entsprechendes Entgelt. Die übrigen Krankenversicherer nehmen diese Überprüfung durch eigene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor.

Langzeitpflege gestellt werden. Im Jahr 2008 wurden 274 Anträge auf Überschreitung von 90 Stunden Pflegeleistungen pro Quartal überprüft. Sämtliche Gesuche wurden ohne Auflagen bewilligt. Die Erfahrungen bei der Überprüfung des Pflegebedarfs zeigen, dass dieser von Spitex Basel entsprechend dem Leistungsauftrag und den kantonalen Leitlinien in der Regel korrekt ermittelt wird werden und dass es kaum je zu Beanstandungen kommt (vgl. Regierungsrat Basel-Stadt 2008a: 14f. und Gesundheitsdepartement 2009a: 2).

Mit diesem Instrument sollen einerseits die vorhandenen Potenziale und Ressourcen des alten Menschen erkannt und erhalten werden. Andererseits werden die Spitex-Leistungen auf das notwendige Mass beschränkt bzw. eine übermässige Beanspruchung wird verhindert. Dies entspricht dem in den Leitlinien für eine umfassende Alterspolitik enthaltenen Grundsatz „So viel Hilfe wie nötig, so wenig Hilfe wie möglich“.

3.2.3.2.2 Beiträge an die Pflege zu Hause

Wer im Kanton Basel-Stadt regelmässig eine betagte, kranke oder behinderte Person pflegt, erhält vom Kanton auf Antrag einen Beitrag. Für Behinderte und chronisch-kranke Personen entsteht ab dem 3. Altersjahr ein Anspruch auf Pflegebeiträge. Die Beitragshöhe beläuft sich auf maximal 35 % des Höchstbetrages einer AHV-Altersrente, was einem Betrag von Fr. 798.00¹³ entspricht (Stand 2009). Erhält die gepflegte Person eine Hilflosenentschädigung der AHV oder IV, so reduziert sich der ausgerichtete Betrag.¹⁴ Die Pflegebedürftigkeit muss durch ein ärztliches Attest belegt werden (vgl. § 11 Spitexgesetz und §§ 6ff. Spitexverordnung).

Der minimale erforderliche Pflegeaufwand muss mindestens 1 ½ Stunden pro Tag betragen und eine Voraussetzung für die Erhaltung der Selbständigkeit bzw. die Verhinderung einer Heim- oder Spitalweisung der zu pflegenden Person sein. Die intensiven Hilfeleistungen müssen mehrere der nachstehenden Lebensaktivitäten umfassen (Art. 8 Abs. 2 Spitexverordnung):

- An- und Auskleiden
- Sich-Setzen, Aufstehen, Zubettgehen
- Hilfe beim Essen
- tägliche Körperpflege
- Baden
- Toilettenbenützung
- Fortbewegen im Hause.

¹³ 35 % von Fr. 2280.

¹⁴ Der Pflegebeitrag entspricht pro Monat:

- Bei leichter Hilflosigkeit der Differenz zwischen 35 % des Höchstbetrages der Altersrente und der aktuellen Hilflosenentschädigung
- Bei mittelschwerer Hilflosigkeit der Differenz zwischen 60 % des Höchstbetrages der Altersrente und der aktuellen Hilflosenentschädigung
- Bei schwerer Hilflosigkeit der Differenz zwischen 80 % Höchstbetrages der Altersrente und der aktuellen Hilflosenentschädigung.

Nicht entschädigt werden Haushaltarbeiten wie Kochen, Putzen oder Einkaufen (vgl. Gesundheitsdepartement 2009d: 1).

Im Jahr 2008 hatten 279 Personen Anspruch auf Pflegebeiträge. Die Pflegebeiträge werden häufig von Personen mit einem Migrationshintergrund beansprucht. Wie viele Beiträge auf die Pflege von Betagten entfallen, liess sich nicht feststellen. Angesichts einer Wohnbevölkerung von rund 39 000 Personen im Alter von 65 Jahren und mehr erscheint die Zahl der ausgerichteten Pflegebeiträge aber als sehr gering (vgl. Gesundheitsdepartement 2009a: 2.; Interview Birrer 2009: 9; Wirtschafts- und Sozialdepartement 2008: 21).

Mit den Beiträgen an die Pflege zu Hause soll der Verbleib zu Hause erleichtert und ein Pflegeheimeintritt verhindert oder verzögert werden.

3.2.3.3 Zusammenfassung Steuerungsinstrumente

3.2.3.3.1 Stationäre Langzeitpflege

Das wichtigste Steuerungsinstrument in der stationären Langzeitpflege ist die obligatorische Beratung bei der Abteilung Langzeitpflege und das damit verbundene Erfordernis eines Pflegebedarfsnachweises für den Eintritt in ein Pflegeheim. Damit kann der Kanton sicherstellen, dass nur Personen in ein Pflegeheim aufgenommen werden, deren Pflegebedarf den Eintritt in ein Heim notwendig macht.

Mit der zentralen Bettenvermittlungsstelle wird zudem gewährleistet, dass alle Heime eine hohe Auslastung erfahren und die vorhandenen Pflegeplätze optimal belegt werden. Die Bedarfsplanung ist demgegenüber aktuell kaum von Bedeutung, da die Nachfrage höher ist als das Angebot und der Kanton einen Ausbau der Anzahl Pflegeheimplätze vorsieht. Folglich kommt auch der Pflegeheimliste keine steuernde Wirkung zu. Bei einem (potentiellen) Angebotsüberhang kann jedoch über die Bedarfsplanung und die Pflegeheimliste das Angebot gesteuert werden.

Die Ausrichtung von Bausubventionen und Liegenschaftenbeiträgen an Heime mit hohen Liegenschaftskosten erzeugt einen Anreiz für die Schaffung neuer Pflegeheimplätze.

Mit verschiedenen Entlastungsangeboten und teilstationären Angeboten wird versucht, Pflegeheimeintritte zu verhindern oder zu verzögern.

3.2.3.3.2 Ambulante Langzeitpflege

Der Kanton Basel-Stadt fördert den Ausbau der Spitex und gibt im Rahmen des Leistungsauftrags mit Spitex Basel Vorgaben zum Dienstleistungsangebot. Über eine Einzelfallkontrolle bei Spitex-Aufträgen von mehr als einer Stunde im Quartalsdurchschnitt wird versucht, eine Überversorgung zu verhindern. Im Jahr 2008 kam es dabei zu keinerlei Beanstandungen, weshalb die Wirkung dieses Instruments in Diskussion steht.

Um das private Netz von pflegenden Angehörigen zu unterstützen, richtet der Kanton Beiträge an Personen aus, die regelmässig eine betagte, kranke oder behinderte Person pflegen. Die Anzahl Unterstützungsbeiträge, die der Kanton ausrichtet, ist jedoch sehr bescheiden. Die Wirkung dieser Beiträge ist zudem schwierig zu beurteilen. Allenfalls kann damit die Nachfrage nach Spitex-Leistungen gesenkt oder ein Pflegeheim eintritt verhindert oder verzögert werden.

3.2.3.4 Steuerungsinstrumente: Lücken und Bedürfnisse

Der Leiter der Abteilung Langzeitpflege sieht eine Lücke zwischen den ambulanten und teilstationären Angeboten (v.a. Tagespflegeheimen) einerseits und den Pflegeheimen andererseits. Es fehlt ein geeignetes Angebot für fragile Menschen, die mit den ambulanten und teilstationären Angeboten nicht optimal betreut werden können. Diese Lücke könnten zum Beispiel Altersheime oder Wohneinrichtungen mit Service-Angeboten füllen (vgl. Interview Birrer 2009: 8).

3.3 Stadt Bern

3.3.1 Einführung

3.3.1.1 Allgemeine Daten zur Stadt Bern

Die Stadt Bern ist die Hauptstadt der Schweiz und Hauptsitz der Bundesverwaltung. Mit rund 130 000 Einwohnern und Einwohnerinnen (Stand August 2009) ist sie die viergrösste Stadt der Schweiz bzw. die drittgrösste Deutschschweizer Stadt. Rund 13 % der Bevölkerung des Kantons Bern leben in der Stadt Bern. Der Kanton Bern besteht aus 392 Gemeinden. 11.4 % der städtischen Bevölkerung ist zwischen 65 und 79 Jahre alt (Durchschnitt Schweiz: 11.7 %), 6.6 % ist 80 Jahre und älter (Durchschnitt Schweiz: 4.7 %) (Stand 2007).

3.3.1.2 Kompetenzverteilung Kanton - Gemeinden in der Langzeitpflege

3.3.1.2.1 Stationäre Langzeitpflege

Im Kanton Bern sind der Kanton und die Gemeinden gemeinsam verantwortlich für die Bereitstellung von Angeboten für die stationäre Langzeitpflege. Nach Art. 68 des Gesetzes über die öffentliche Sozialhilfe (SHG) gehören dazu insbesondere Alters- und Pflegeheime, Krankenhäuser und Pflegeabteilungen in Spitälern. Für die Führung einer stationären Einrichtung ist eine Betriebsbewilligung der kantonalen Gesundheits- und Fürsorgedirektion erforderlich (vgl. Art. 65 SHG). Die Aufsicht obliegt ebenfalls der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (vgl. Art. 66 SHG). Die Voraussetzungen für den Erhalt einer Betriebsbewilligung sowie die Anforderungen an die Betriebsführung werden in der Verordnung über die Betreuung und Pflege von Personen in Heimen und privaten Haushalten (HEV) näher umschrieben.

Die Stadt Bern hat zur Umsetzung ihrer Verpflichtungen in der stationären Langzeitpflege keine spezifischen gesetzlichen Grundlagen erlassen. Einzig in der Gemeindeordnung ist in Art. 14 festgehalten, dass sich die Stadt Bern an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligt. Die Stadt Bern stützt ihr Handeln in der Langzeitpflege direkt auf die kantonalen Rechtsgrundlagen ab.

3.3.1.2.2 Ambulante Langzeitpflege

Auch die Sicherstellung der Spitex-Versorgung ist eine Verbundaufgabe von Kanton und Gemeinden (vgl. Art. 68 SHG). Für den Betrieb eines Spitex-Angebots ist keine Betriebsbewilligung erforderlich. Der Kanton beabsichtigt jedoch im Jahr 2012 eine entsprechende gesetzliche Grundlage zu schaffen (vgl. Interview Hornung 2009: 1).

Auch für die ambulante Langzeitpflege gilt, dass die Stadt Bern keine spezifischen Rechtsgrundlagen zur Umsetzung ihrer Verpflichtungen erlassen hat.

3.3.1.3 Anzahl Betriebe, Subventionsstatus

3.3.1.3.1 Stationäre Langzeitpflege

Die Stadt Bern unterscheidet zwischen „öffentlichen“ und „privaten“ Heimen.¹⁵ Die „öffentlichen“ Heime werden jedoch nicht von der Stadt Bern geführt, sondern von privatrechtlichen oder öffentlich-rechtlichen Trägerschaften. Die Stadt Bern ist Trägerin des ausserhalb der Stadt gelegenen Pflegeheims „Kühlewil“, betreibt jedoch auf Stadtgebiet kein eigenes Heim. Zu den „öffentlichen“ Heimen zählen insbesondere die Heime des Vereins Domicil (14 Heime mit 777 Plätzen; Stand 2007; vgl. Stadt Bern 2008b: 189). Eine öffentlich-rechtliche Trägerschaft hat das Pflegeheim Burgerspital Bern als Einrichtung der Burgergemeinde Bern. Die Burgergemeinde Bern ist eine öffentlich-rechtliche Körperschaft. Der Bevölkerung stehen in 40 Pflegeheimen insgesamt 2 265 Pflegeplätze zur Verfügung (Stand 2007; vgl. Stadt Bern 2008b: 189).

Die auf der Pflegeheimliste des Kantons Bern aufgeführten Pflegeeinrichtungen werden von der öffentlichen Hand nicht generell subventioniert. Es werden keine Beiträge an die Betriebskosten ausgerichtet, jedoch Beiträge an die Erstellung der Infrastruktur. Die „öffentlichen“ Heime erhalten vom Kanton und den Gemeinden Baubeiträge zur Finanzierung der Infrastruktur. Die Finanzierung der Baubeiträge erfolgt über den Lastenausgleich, welcher zu je 50 % vom Kanton und den Gemeinden gespeist wird (vgl. Art. 78 - 83 SHG und Art. 32 - 44 SHV). Da mit den „öffentlichen“ Pflegeheimen die Nachfrage nicht gedeckt werden kann bzw. bei einem Aufenthalt in einem „privaten“ Heim eine Finanzierungslücke entstehen kann, hat die Stadt Bern mit verschiedenen „privaten“ Heimen Verträge abgeschlossen, für die fixe Taxen festgelegt wurden. Die Bewohner und Bewohnerinnen von Vertragsheimen erhalten

¹⁵ Im Folgenden wird im Kontext der Stadt Bern das Begriffspaar „öffentliche“/„private“ Heime verwendet, obwohl die wenigsten „öffentlichen“ Heime eine öffentlich-rechtliche Trägerschaft haben. Diese Begrifflichkeit erleichtert es jedoch, die unterschiedlichen Finanzierungssysteme zu erläutern.

einen Zuschuss pro Pflgetag für die Deckung der Infrastrukturkosten. Gemäss Empfehlung des Kantons soll der Zuschuss Fr. 36.25 pro Pflgetag nicht übersteigen (vgl. Alters- und Behindertenamt 2009: 1). Das Alters- und Versicherungsamt der Stadt Bern hat mit 23 „privaten“ Heimen einen Vertrag abgeschlossen. Damit werden ca. 100 - 150 Plätze für finanzschwache, pflegebedürftige Personen in „privaten“ Heimen bereitgestellt (vgl. Interview Leuthold 2009: 7). Für Bewohner und Bewohnerinnen in „privaten“ Heimen ohne Vertrag werden nur in Ausnahmefällen Zuschüsse ausgerichtet.

Tagesheime erhalten vom Kanton Subventionen, wenn sie Entlastungsplätze für demente Menschen anbieten. In der Stadt Bern betrifft dies ein Angebot des Pflegeheims Domicil Baumgarten mit 14 Plätzen. Der Kanton leistet an diese Einrichtung einen Beitrag von Fr.80.00 pro Gästetag (vgl. Interview Hornung 2009: 11).

Das Nebeneinander von zwei parallelen Finanzierungssystemen ist aus Sicht des Kantons unbefriedigend. Die „öffentlichen“ Heime erhalten Investitionsbeiträge, für Bewohner und Bewohnerinnen von „privaten“ Vertragsheimen wird ein Infrastrukturzuschlag (Zuschuss nach Dekret) ausgerichtet. Der Kanton beabsichtigt daher, die Investitionskosten in die Taxen zu integrieren und damit für „öffentliche“ und „private“ Institutionen „gleich lange Spiesse“ zu ermöglichen. Vermögende Personen würden somit an den Infrastrukturkosten beteiligt, was einen Anreiz zum Leben zu Hause darstellt. Damit hätte man bei den Heimen eine vollständige Subjektfinanzierung, d.h. die Heime erhalten von der öffentlichen Hand keine Beiträge mehr (vgl. Alters- und Behindertenamt 2007a: 6; Interview Hornung 2009: 11).

3.3.1.3.2 Ambulante Langzeitpflege

Spitex-Leistungen werden in der Stadt Bern zu einem überwiegenden Teil von Spitex Bern, einem privatrechtlichen Verein, erbracht. Neben Spitex Bern gibt es weitere Spitex-Organisationen und Einzelpersonen, die Spitex-Leistungen erbringen. Da für die Spitex keine Bewilligungspflicht besteht, sind dazu jedoch keine Zahlen vorhanden. Spitex Bern deckt schätzungsweise 90 % der in der Stadt Bern erbrachten KLV-Leistungen ab (vgl. Interview Hornung 2009: 4).

Die Stadt Bern hat mit Spitex Bern und der Pro Senectute einen Leistungsauftrag abgeschlossen. Spitex Bern erhält sowohl für die pflegerischen Leistungen gemäss KLV als auch für die hauswirtschaftlichen Leistungen Betriebsbeiträge. Der Leistungsauftrag von Pro Senectute bezieht sich auf nicht-pflegerische Leistungen und umfasst vor allem einen Mahlzeitendienst sowie Freiwilligenarbeit (vgl. Alters- und Versicherungsamt 2009b: 6; Interview Leuthold 2009: 2).

3.3.1.4 Kennzahlen zur Entwicklung 2003 - 2007

3.3.1.4.1 Stationäre Langzeitpflege

In Tabelle 7 wird die Entwicklung der Anzahl Pflegeheimplätze und der Bevölkerung im Zeitraum von 2003 - 2007 dargestellt. Die Anzahl der Pflegeheimplätze und die Gesamtbevölkerung sind in diesem Zeitraum konstant geblieben. Die Anzahl der Einwohner und Einwohnerinnen im Alter über 65 Jahre ist um 4.6 % zurückgegangen. Dadurch standen im Jahr 2007 rund 4 % mehr Pflegeplätze pro 1 000 Einwohner und Einwohnerinnen über 65 Jahre zur Verfügung als im Jahr 2003. Bei der Bevölkerungsgruppe der über 80-Jährigen war hingegen nur ein leichter Rückgang zu verzeichnen.

Tabelle 7: Stadt Bern: Pflegeheimplätze und Bevölkerung 2003 - 2007

	2003	2004	2005	2006	2007	Veränderung 2003 - 2007
PH-Plätze	*2 274	*2 274	*2 274	2 274	2 265	-9 (-0.4 %)
Bevölkerung	127 519	127 352	127 421	127 882	128 345	-826 (-0.6 %)
PH-Plätze pro 1 000 Einw. 65+	94	95	97	98	98	+4 (+4.3 %)
Bevölkerung 65+	24 227	23 813	23 542	23 271	23 124	1 103 (-4.6 %)
PH-Plätze pro 1 000 Einw. 80+	263	265	265	264	266	+3 (+1.1 %)
Bevölkerung 80+	8 632	8 589	8 588	8 625	8 527	105 (-1.2 %)

Quellen: Statistische Jahrbücher der Stadt Bern. Berichtsjahre 2003 - 2007

PH-Plätze = Pflegeheimplätze

* Die Daten für 2003 - 2005 sind nicht verfügbar. Gemäss Auskunft des Alters- und Behindertenamtes des Kantons Bern wurden in den Jahren 2003 - 2005 jedoch keine neuen Betriebsbewilligungen ausgestellt, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass sich die Anzahl Pflegeheimplätze nicht verändert hat. Es ist allerdings möglich, dass temporär im Rahmen von Umbauten einzelne Plätze aufgehoben und später wieder in Betrieb genommen wurden.

3.3.1.4.2 Ambulante Langzeitpflege

Tabelle 8 zeigt die Entwicklung der Anzahl Spitex-Klienten und -Klientinnen und der Bevölkerung in den Jahren 2003 - 2007. Während die Bevölkerung in diesem Zeitraum um 0.6 % wuchs, waren bei der Spitex 3.6 % mehr Klienten und Klientinnen zu verzeichnen. Obwohl die Anzahl der über 65-Jährigen im Betrachtungszeitraum um 4.6 % zurückging, nahm die Anzahl der Klienten und Klientinnen um 9.9 % zu. Noch ausgeprägter ist die Zunahme der Anzahl Klienten und Klientinnen bei den über 80-Jährigen mit einem Zuwachs von 11.0 %.

Tabelle 8: Spitex Bern: Anzahl KlientInnen nach Altersstruktur 2003 - 2007

	2003	2004	2005	2006	2007	Veränderung 2003 - 2007
KlientInnen	4 463	4 255	4 390	4 409	4 628	+165 (+3.6 %)
Bevölkerung	127 519	127 352	127 421	127 882	128 345	+826 (+0.6 %)
KlientInnen 65+	1 945	1 930	2 036	2 017	2 137	+192 (+9.9 %)
Bevölkerung 65+	24 227	23 813	23 542	23 271	23 124	-1 103 (-4.6 %)
Klientinnen 80+	1 283	1 279	1 350	1 342	1 424	+ 141 (+11.0 %)
Bevölkerung 80+	8 632	8 589	8 588	8 625	8 527	-105 (-1.2 %)

Quellen: Statistische Jahrbücher der Stadt Bern. Berichtsjahre 2003 -2007 und statistische Daten des Alters- und Behindertenamtes

In Tabelle 9 wird die Entwicklung der Leistungsstunden der Spitex von 2003 - 2007 dargestellt. Die Gesamtzahl der Leistungsstunden hat deutlich stärker zugenommen als die Anzahl Klienten und Klientinnen. Hier zeigen sich allerdings massive Unterschiede zwischen den KLV-Leistungen und den hauswirtschaftlichen Leistungen. Die Anzahl der erbrachten KLV-Stunden ist in fünf Jahren um 43.1 % gestiegen, während bei den hauswirtschaftlichen Leistungen ein Rückgang von 12.1 % zu verzeichnen ist.

Tabelle 9: Spitex Bern: Anzahl Stunden KLV / Hauswirtschaft 2003 - 2007

	2003	2004	2005	2006	2007	Veränderung 2003 - 2007
Stunden KLV	116 672	128 647	135 594	148 154	167 007	+50 335 (+43.1 %)
Stunden Hauswirtschaft	120 939	114 881	107 528	104 214	106 287	-14 652 (-12.1 %)
Stunden Total	237 611	243 528	243 123	252 368	273 294	+35 683 (+15 %)

Quellen: Statistische Jahrbücher der Stadt Bern. Berichtsjahre 2003 - 2007

3.3.1.5 Finanzierung, Tarife

3.3.1.5.1 Stationäre Langzeitpflege

Die Bewohner und Bewohnerinnen finanzieren die Heimkosten durch ihre AHV-Renten, Renten aus beruflicher und persönlicher Vorsorge, Hilflosenentschädigungen der AHV/IV, Ergänzungsleistungen und den Beiträgen der Krankenversicherer. Bei einem Aufenthalt in einem „privaten“ Vertragsheim wird zudem bei Bedarf ein Zuschuss für die Infrastrukturkosten ausgerichtet.

Die Beiträge der Krankenversicherer sind abhängig vom individuellen Pflegebedarf. Jede pflegebedürftige Person wird einer von 10 Pflegeaufwandgruppen oder allenfalls der Gruppe 0 (kein relevanter Pflegebedarf) zugeordnet (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Kanton Bern: Beiträge der Krankenversicherer an die Pflegekosten

Stufen zentrales System	Teilpauschalen in Fr. pro Tag	Vollpauschalen in Fr. pro Tag
0	-	-
1	17.35	21.35
2	34.70	42.70
3	52.05	64.05
4	69.40	85.40
5	76.30	96.30
6	91.55	115.55
7	106.80	134.80
8	122.05	154.05
9	137.30	173.30
10	152.55	192.55

Quelle: Voll- und Teilpauschalen der Krankenkassen ab 1. Januar 2009, Verband Berner Pflege- & Betreuungszentren

Die Pflegeheime des Kantons Bern können für die Abgeltung durch die Krankenversicherer zwischen Teilpauschalen und Vollpauschalen wählen. Mit der Vollpauschale sind die Pflege, ärztliche und therapeutische Leistungen, Mittel und Gegenstände gemäss Mittel- und Gegenstände-Liste, Medikamente sowie medizinisch bedingte Krankentransporte abgegolten. Die Teilpauschale deckt nur die Pflege, Mittel und Gegenstände gemäss Mittel- und Gegenstände-Liste und medizinisch bedingte Krankentransporte ab. Ärztliche und therapeutische Leistungen sowie Medikamente werden separat vergütet.

Die Pflegeheime erfassen die geplanten und die erbrachten Leistungen entweder mit dem System BESA oder dem System RAI/RUG und weisen die Leistungen über 11 Pflegebedarfsstufen gemäss dem sogenannten Zentralen System aus.

In der Stadt Bern werden den Bewohnern und Bewohnerinnen diejenigen Beträge für die Pflege verrechnet, welche diese von den Krankenversicherern zurückerstattet erhalten (vgl. Interview Leuthold 2009: 9). Damit wird der Tarifschutz gemäss Art. 44 KVG formell eingehalten. Dieser verlangt von den Leistungserbringern, dass sie sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und für Leistungen nach KVG keine weitergehenden Vergütungen in Rechnung stellen (vgl. 2.2.3.2.2).

3.3.1.5.2 Ambulante Langzeitpflege

Die Krankenversicherer bezahlen die ärztlich verordneten Spitex-Leistungen der Abklärung und Beratung, der Untersuchung und Behandlung und der Grundpflege gemäss dem Leistungskatalog in Art. 7 KLV. Für diese kassenpflichtigen Leistungen gelten im Kanton Bern die folgenden Tarife:

Tabelle 11: Kanton Bern: Beiträge der Krankenversicherer an die Spitexkosten

Beitrag der Krankenversicherer	KLV-Leistung
Fr. 73.00 pro Stunde	Abklärung und Beratung
Fr. 68.00 pro Stunde	Untersuchung und Behandlung
Fr. 48.50 pro Stunde	Grundpflege in einfach Pflegesituationen
Fr. 68.00 pro Stunde	Grundpflege in komplexen Pflegesituationen

Quelle: Spitex-Tarifverträge für Pflege 2009, Spitex Verband Schweiz

3.3.2 Strategie

3.3.2.1 Kanton Bern

3.3.2.1.1 Einführung

Die Alterspolitik des Kantons Bern stützt sich auf das Altersleitbild 2005, das der Grosse Rat 1993 zustimmend zur Kenntnis genommen hat. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion hat 2004 einen umfassenden Planungsbericht sowie ein Konzept für die weitere Umsetzung des Altersleitbildes 2005 vorgelegt. Dieser Bericht wurde wiederum vom Grossen Rat zustimmend zur Kenntnis genommen. Ergänzt werden die strategischen Grundlegendokumente durch einen 2007 erschienen Zwischenbericht der Gesundheits- und Fürsorgedirektion zur Alterspolitik im Kanton Bern.

Auf die Darstellung des Altersleitbildes 2005 wird im Folgenden verzichtet, da dieses bereits 16 Jahre alt ist und der Planungsbericht 2004 mit dem Zwischenbericht 2007 einen umfassenden Überblick über die Alterspolitik des Kantons Bern gibt.

3.3.2.1.2 Alterspolitik im Kanton Bern

Der Kanton Bern geht in seiner Alterspolitik von einem subsidiären Ansatz aus. Er will dort tätig werden, wo ältere Menschen aus gesundheitlichen oder sozialen Gründen auf Unterstützung angewiesen sind und sich diese nicht aus eigener Kraft leisten können. Im Zentrum der Alterspolitik steht das Ziel, die Selbstständigkeit der älteren Menschen zu fördern und die Unterstützung am Wohnort auszubauen, damit ein Pflegeheimtritt so spät wie möglich erfolgt oder gar vermieden werden kann. Durch geeignete Massnahmen soll erreicht werden, dass anteilmässig noch weniger Menschen als heute in ein Pflegeheim eintreten und die bestehenden Heimplätze für eine qualitativ hochstehende Pflege insbesondere von schwerer Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen (vgl. Gesundheits- und Fürsorgedirektion 2004: 2).

Zur Erreichung dieser Ziele wurden neun Handlungsfelder definiert (vgl. Gesundheits- und Fürsorgedirektion 2004: 1):

1. Unterstützung der Selbstständigkeit und der Gesundheit im Alter
2. Unterstützung der Pflege und Betreuung zu Hause
3. Zukunftsorientierte Wohn- und Betreuungsplätze
4. Angebote für demenzkranke Menschen
5. Anstoss zur breiten Auseinandersetzung mit der Altersversorgung
6. Bedarfsgerechtes Angebot an stationären Pflege- und Betreuungsplätzen
7. Rekrutierung von Pflege- und Betreuungspersonal
8. Qualitätssicherung
9. Überprüfung der Finanzierungsmechanismen

Die Handlungsfelder 1 - 6 nehmen direkt Einfluss auf Angebot und Nachfrage. In den Handlungsfeldern 7 - 9 werden flankierende Massnahmen beschrieben.

Nachfolgend werden die wichtigsten aktuellen Massnahmen in den einzelnen Handlungsfeldern dargestellt (vgl. Gesundheits- und Fürsorgedirektion 2007: 7 - 13):

1. *Unterstützung der Selbstständigkeit und der Gesundheit im Alter*
Im Fokus stehen hier die präventiven Hausbesuche. Präventive Hausbesuche haben das Ziel, ältere Menschen mit einer individuellen Beratung über gesundheitliche Risiken im Alter und mögliche vorbeugende Massnahmen zu informieren. Damit soll erreicht werden, dass Pflegeleistungen gar nicht oder erst später beansprucht werden und der Eintritt in ein Pflegeheim vermieden oder verzögert werden kann. Die Wirksamkeit der präventiven Besuche ist aufgrund von wissenschaftlichen Studien belegt. Daher soll dieses Angebot kantonsweit umgesetzt werden.
2. *Unterstützung der Pflege und Betreuung zu Hause*
Dieses Handlungsfeld umfasst vor allem Projekte zur Entlastung von betreuenden Angehörigen. Eine Entlastung dieses informellen Betreuungsnetzes ist Voraussetzung dafür, dass es möglichst lange tragfähig bleibt.
3. *Zukunftsorientierte Wohn- und Betreuungsplätze*
Der Kanton Bern will das betreute Wohnen als Zwischenstufe zwischen dem Wohnen zu Hause und dem Heimaufenthalt etablieren. Es soll insbesondere für Personen in tieferen Pflegestufen eine günstige Alternative zu einem Heimaufenthalt darstellen.

3.3.2.2 Stadt Bern

3.3.2.2.1 Einführung

Die Alterspolitik der Stadt Bern basiert auf dem im April 2000 vom Gemeinderat (Exekutive) verabschiedeten Alterskonzept und den Umsetzungsberichten des Gemeinderates aus den Jah-

ren 2001, 2004 und 2008. Diese Dokumente wurden 2009 in einer Broschüre zusammengefasst dargestellt. Die städtische Alterspolitik steht im Einklang mit der kantonalen Alterspolitik, insbesondere mit dem Altersleitbild 2005 des Grossen Rates.

3.3.2.2 Alterspolitik der Stadt Bern

Die Alterspolitik der Stadt Bern basiert auf folgenden Grundsätzen (vgl. Alters- und Versicherungsamt 2009b: 5):

- Da sich die Bedürfnisse älterer Menschen stark unterscheiden, soll das Angebot auf die verschiedenen Lebenssituationen abgestimmt sein.
- Die Dienstleistungen sind konsequent bedarfsorientiert zu erbringen und berücksichtigen die körperlichen, geistigen, sozialen und finanziellen Fähigkeiten und Möglichkeiten der Betroffenen.
- Die Stadt tritt nicht als Anbieterin auf, sondern ist für die Information, Koordination, Steuerung und Finanzierung der Angebote zuständig. Die Dienstleistungen werden von Partnerorganisationen angeboten, mit denen die Stadt Leistungsverträge abschliesst.

In strategischer Hinsicht bestehen folgende Schwerpunkte (vgl. Alters- und Versicherungsamt 2009b: 5):

- Ältere Menschen sollen so lange als möglich und sinnvoll zu Hause leben können.
- Heimplätze und andere spezielle Wohnformen für ältere Menschen stehen in ausreichender Zahl, mit zeitgemäsem Komfort und angemessenen Preisen zur Verfügung.
- Ein positives Altersbild sowie die Teilnahme älterer Menschen am gesellschaftlichen Leben soll gefördert werden.

Die Stadt Bern will für das Wohnen im Alter eine Vielfalt von Wohnformen ermöglichen. Dazu gehört das Wohnen zu Hause, in Alterswohngemeinschaften, in gemeinschaftlichen Modellen, im betreuten Wohnen sowie in Alters- und Pflegeheimen. Insbesondere mit den Alterswohngemeinschaften sowie dem gemeinschaftlichen und betreuten Wohnen sollen Pflegeheime entlastet werden. Neben den mit öffentlichen Geldern finanzierten Heimen sollen auch die privaten Heime einen wesentlichen Beitrag zu einer genügenden Versorgung mit Pflegeplätzen leisten. Mit privaten Heimen, welche die Anforderungen an Qualität und Kosten erfüllen, schliesst die Stadt Verträge ab. Darin werden unter anderem die Preise vereinbart, die bei Bedarf durch einen Zuschuss garantiert werden. Damit sollen der Stadtberner Bevölkerung neben den öffentlichen Heimen – unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit – auch private Heime offen stehen. Die Finanzierung im stationären Bereich soll bei Bedarf durch Ergänzungsleistungen und Zuschüsse (bei einem Aufenthalt in einem privaten Heim) gewährleistet werden (vgl. Alters- und Versichertenamt 2009b: 6 - 10).

Die Dienstleistungen im ambulanten Bereich sollen den älteren Menschen so lange wie möglich den Verbleib in der gewohnten Umgebung ermöglichen. Dazu gehören ambulante Pflegeleistungen, Entlastungsangebote für pflegende Angehörige und die Lieferung von Mahlzeiten

nach Hause. Dieses Angebot soll durch Leistungsverträge mit Spitex Bern und der Pro Senectute sichergestellt werden. Damit wird ein differenziertes und vernetztes Angebot an Dienstleistungen sichergestellt (vgl. Alters- und Versichertenamt 2009b: 11 - 12).

3.3.3 Steuerungsinstrumente

3.3.3.1 Steuerungsinstrumente im stationären Bereich

3.3.3.1.1 Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung ist eine Verbundaufgabe von Kanton und Gemeinden. Es ist Aufgabe des Kantons regelmässig den Bedarf zu erheben. Dabei hat er die Planungsgrundlagen der Gemeinden zu berücksichtigen (vgl. Art. 59 SHG). Die kantonale Pflegeheimplanung von 1997 geht davon aus, dass der Bedarf an Pflegeheimplätzen gedeckt werden kann, wenn für rund 30 % der Bevölkerung ab 80 Jahren Pflegeheimplätze zur Verfügung stehen. Im Rahmen des Planungsberichts 2004 zur Alterspolitik wurde die maximal zulässige Zahl von Pflegeheimplätzen auf 15 500 festgesetzt (vgl. Gesundheits- und Fürsorgedirektion 2004: 31f.).

Im Zwischenbericht zur Alterspolitik aus dem Jahr 2007 wird damit gerechnet, dass sich die Anzahl Plätze in Prozent der Bevölkerung im Alter von über 80 Jahren bei einem stabilen Platzangebot von 15 500 Plätzen bis ins Jahr 2040 auf 20 % reduziert. Dieser Rückgang soll durch den Ausbau ambulanter und teilstationärer Angebote sowie die Schaffung von neuen Wohnformen kompensiert werden. Ausserdem geht der Kanton davon aus, dass der Anteil an Personen in den Pflegestufen 0 - 2 sehr hoch ist (im Jahr 2005 betrug der Anteil 41 %) und diese Gruppe von Personen in Zukunft vermehrt ambulant versorgt werden kann. Dadurch sollen mehr Plätze für schwer Pflegebedürftige zur Verfügung stehen (vgl. Gesundheits- und Fürsorgedirektion 2007: 21f.). Die Planung des Kantons gibt somit ein Gesamtkontingent von 15 500 Plätzen vor, das heute ausgeschöpft ist. Die Gemeinden planen die Umsetzung des Kontingents auf die einzelnen Gemeinden und Standorte.

In der Stadt Bern standen Ende 2007 2 265 Pflegeheimplätze zur Verfügung (Stadt Bern 2008b: 189). Damit hat die Stadt Bern ein Angebot an Pflegeheimplätzen für 26.6 % der über 80-jährigen Bevölkerung. Die Stadt Bern versucht über eine gemeinsame Planung auf regionaler Ebene die Versorgung mit Pflegeheimplätzen sicher zu stellen (vgl. Interview Leuthold 2009: 5).

Wenn eine Trägerschaft ein neues Heim bauen oder ein bestehendes Heim ausbauen will, muss sie beim Kanton ein Gesuch einreichen und den Bedarf nachweisen. Die betroffenen Gemeinden können im Rahmen eines Mitberichts dazu Stellung nehmen. Obwohl auf Stufe Kanton ein Kontingent besteht, gibt es laufend Veränderungen in der Anzahl Pflegeheimplätze. So gehen bei Sanierungen häufig Plätze verloren, da Mehrbettzimmer zu Einbettzimmern umgewandelt werden. Der dadurch entstehenden Spielraum wird dazu genutzt, für alle Regionen eine angemessene Versorgung sicher zu stellen (vgl. Interview Hornung 2009: 6f.; Interview Leuthold 2009: 6f.).

3.3.3.1.2 Pflegeheimliste

Die Pflegeheimliste basiert auf der Bedarfsplanung. Die Gemeinden können über ihre eigene Bedarfsplanung und die Möglichkeit zu Mitberichten bei Gesuchen für neue Pflegeheimplätze Einfluss nehmen. Der Regierungsrat ist zuständig für den Erlass der Pflegeheimliste. Für die Aufnahme auf die Pflegeheimliste müssen einerseits die Voraussetzungen für die Erteilung einer Betriebsbewilligung erfüllt und andererseits muss der Bedarf ausgewiesen sein. Regelmässig werden Gesuche um Aufnahme auf die Pflegeheimliste abgewiesen, da der Bedarf nicht ausgewiesen ist. Mit der Pflegeheimliste wird die Bedarfsplanung umgesetzt bzw. die Menge gesteuert (vgl. Interview Hornung 2009: 7f.).

3.3.3.1.3 Beiträge des Kantons und der Stadt an Investitionen

Die „öffentlichen“ Heime erhalten für Investitionen Beiträge des Kantons und der Stadt zur Finanzierung der Kosten für Verzinsung und Amortisation. Diese Beiträge können in zwei Richtungen steuernd wirken. Einerseits geben die Beiträge den Trägerschaften einen Anreiz Investitionen zu tätigen, z.B. für Sanierungen, Umbauten und Neubauten, andererseits können damit die Preise tiefer angesetzt werden. Das wiederum kann Heimeintritte fördern.

Bei den „privaten“ Vertrags-Heimen richten Kanton und Gemeinden bei Bedarf Zuschüsse an die Bewohner und Bewohnerinnen für die Infrastrukturkosten aus. Diese Zuschüsse haben dieselben Wirkungen wie die Investitionsbeiträge an die „öffentlichen“ Heime.

3.3.3.1.4 Präventive Hausbesuche

Der Kanton Bern will die präventiven Hausbesuche kantonsweit einführen, da die Evaluation eines ersten Projekts zeigte, dass dank präventiver Hausbesuche der Eintritt ins Pflegeheim später erfolgt. Verschiedene Pilotprojekte werden finanziell unterstützt. Auch in der Stadt Bern besteht ein Angebot, das von Pro Senectute in Zusammenarbeit mit Spitex Bern erbracht wird. Damit soll der Bereich der Prävention massgeblich gestärkt werden (vgl. Gesundheits- und Fürsorgedirektion 2007: 7f.).

3.3.3.1.5 Förderung unterschiedlicher Wohnformen im Alter

Die Stadt Bern möchte für pflegebedürftige Menschen im Alter verschiedene Wohnformen fördern. Dazu gehört insbesondere das betreute Wohnen. Das betreute Wohnen unterstützt die gewohnte Lebensführung und den Erhalt der Kompetenzen der Bewohner und Bewohnerinnen, die so länger selbstständig bleiben können. Damit werden die Pflegeheime entlastet. Heute erfolgt die Finanzierung über die Ergänzungsleistungen, in dem heimnahe Alterswohnungen als heimähnlich deklariert wurden. Der Kanton plant eine Anpassung der Finanzierung mit dem Ziel, das betreute Wohnen auch zu Hause möglich zu machen. Die Grundlage für die Finanzierung soll dann nicht mehr die Anerkennung der Organisation als Institution,

sondern der individuelle Bedarf sein (vgl. Interview Hornung 2009: 8f.; Gesundheits- und Fürsorgedirektion 2007: 12; Gemeinderat Bern 2008: 5f.).

Ein weiteres Modell sind Alterswohngemeinschaften, die aber finanziell nicht gefördert werden. Die Stadt unterstützt jedoch Interessenten und Interessentinnen bei der Suche nach geeigneten Liegenschaften (vgl. Gemeinderat Bern 2008: 7f.).

3.3.3.1.6 Entlastungsangebote

Der Kanton Bern unterstützt verschiedene Projekte um Pflegeheimenitritte zu verhindern.¹⁶ Dazu gehören z.B. Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, Tagesstätten, Präventionsprojekte, Freiwilligenarbeit und Besuchsdienste. Die Wirkung der Angebote ist unterschiedlich. Sie sind jedoch alle darauf ausgerichtet, die Selbstständigkeit zu fördern und den älteren Menschen möglichst lange den Verbleib im eigenen Zuhause zu ermöglichen.

3.3.3.1.7 Einsitz im Vorstand des Vereins Domicil

Die Stadt Bern stellt einen Drittel der Vorstandsmitglieder des Vereins Domicil. Die Delegierten der Stadt üben gemäss Auskunft des Bereichsleiters Alters des Alters- und Versicherungsamtes Einfluss aus, da sie für das Gedeihen und das Wachstum der Betriebe des Vereins zuständig sind (vgl. Interview Leuthold 2009: 4f.).

3.3.3.2 Steuerungsinstrumente im ambulanten Bereich

3.3.3.2.1 Vorgaben zum Umfang des Angebots

Der Kanton stellt den Gemeinden und Spitex-Organisationen einen Musterleistungsvertrag zur Verfügung. Dieser enthält gewisse Leistungsvorgaben des Kantons für die Spitex-Organisationen. Diese müssen insbesondere Spitex-Dienstleistungen für folgende Personen zur Verfügung stellen:

- behinderte, kranke, verunfallte, rekonvaleszente, betagte und sterbende Menschen
- Menschen, die in einer physischen, psychischen und/oder sozialen Krisen- oder Risikosituation stehen
- Frauen vor und nach der Geburt eines Kindes
- Familien, Angehörige und weitere helfende Menschen.

Der Musterleistungsvertrag enthält keine Vorgaben zu Betriebszeiten (z.B. Nachspitex) oder spezialisierten Angeboten (z.B. Kinder-Spitex, Onko-Spitex, etc.) (vgl. Alters- und Behindertenamt 2008c: 4f.; Alters- und Behindertenamt 2008d: 3f.). Spitex Bern geht jedoch bereits

¹⁶ Der Kanton kann sich hier auf Art. 73 Abs. 4 SHG abstützen, wonach die Gesundheits- und Fürsorgedirektion Forschungs- und Pilotprojekte fördern und unterstützen kann, insbesondere solche, die auf die Entwicklung und Umsetzung von neuen Präventions- und Integrationsmodellen, Anreizsystemen und Abgeltungsformen ausgerichtet sind. Es handelt sich hierbei um eine sehr fortschrittliche Haltung, indem der Kanton bereit ist, innovative Pilotprojekte finanziell zu unterstützen, die dann bei erwiesener Wirksamkeit im ganzen Kanton umgesetzt werden können. Ein gutes Beispiel dafür sind die präventiven Hausbesuche.

heute weit über die Mindestvorgaben des Kantons hinaus (vgl. Interview Leuthold 2009: 1f.). Die Mindestvorgaben des Musterleistungsvertrags für den Umfang der anzubietenden Dienstleistungen haben daher in der Stadt Bern keine steuernde Wirkung.

Beim Kanton Bern wird derzeit im Rahmen eines Projekts geprüft, welche Anforderungen in Zukunft an die Spitex-Dienstleistungen gestellt werden sollen (vgl. Interview Hornung 2009: 3).

3.3.3.2.2 Vorgabe der maximalen Leistungsmenge (Anzahl Stunden)

Die Stadt Bern hat mit Spitex Bern einen Leistungsauftrag abgeschlossen. Darin wird ein Preis pro Leistungsstunde sowie eine Leistungsmenge (Anzahl Einsatzstunden) für ein Jahr vereinbart. In der Vergangenheit ist es bereits mehrfach vorgekommen, dass die vereinbarten Leistungsmengen durch Spitex Bern übertroffen wurden. Für die zusätzlich erbrachten Stunden wurden jeweils nachträglich Beiträge gewährt (vgl. Interview Leuthold 2009: 2f.). Ansonsten müsste Spitex Bern nach Erreichen der vereinbarten Leistungsmenge ihre Dienstleistungen einstellen. Die Steuerungswirkung dieses Instruments ist schwierig zu beurteilen. Grundsätzlich wird jedoch für die Spitex-Organisation ein Anreiz gesetzt, den Bedarf bei der Erbringung von Spitex-Leistungen genau zu überprüfen.

Die Gemeinden müssen für die mit den Spitex-Organisationen geplanten bzw. vereinbarten Leistungsmengen beim Kanton eine Ermächtigung einholen. Der Kanton könnte im Rahmen des Ermächtigungsverfahrens eine tiefere Vorgabe für die Leistungsmenge machen (vgl. Art. 80 Abs. 1 lit. e SHG). Der Kanton macht von dieser Möglichkeit jedoch nicht Gebrauch.

3.3.3.2.3 Vorgabe einer Kostenobergrenze pro Leistungsstunde

Der Kanton gibt jedes Jahr gestützt auf Art. 27 SHV Kostenobergrenzen pro verrechnete Stunde an KLV-pflichtigen Pflegeleistungen vor (vgl. Alters- und Behindertenamt 2008b: 1). Das effektive Defizit der Spitex-Organisationen wird vom Kanton bis zu dieser Kostenobergrenze abgegolten.

Diese Kostenobergrenze kann eine steuernde Wirkung entfalten, wenn sie tiefer als die ausgewiesenen Kosten angesetzt wird. Idealerweise versuchen die Spitex-Organisationen durch effizienzsteigernde Massnahmen die Kosten zu senken. Sie können aber versucht sein, die Personalkosten durch den Einsatz von weniger gut qualifiziertem Personal zu senken. Dies hätte Auswirkungen auf die Qualität der Leistungserbringung und könnte schliesslich zu einem Nachfragerückgang führen. Diese Wirkungskette ist allerdings eingeschränkt durch Qualitätsvorgaben bzw. Vorgaben zur Qualifikation des Personals und wird daher in der Praxis kaum zum Tragen kommen.

Der Preis, den die Klienten und Klientinnen für die Spitex-Pflegeleistungen bezahlen, wird durch die Vorgabe der Kostenobergrenzen nicht berührt. Die mit den Krankenversicherern vereinbarten Tarife sind hier massgebend.

3.3.3.2.4 Einsitz im Vorstand von Spitex Bern

Die Stadt Bern ist im Vorstand von Spitex Bern mit einem Mitglied vertreten. Die Einsitznahme im Vorstand ist gemäss Auskunft des Bereichsleiters Alters des Alters- und Versicherungsamtes historisch begründet und heute als Steuerungsinstrument weniger bedeutend, da die Steuerung vor allem über den Leistungsauftrag erfolgt (vgl. Interview Leuthold 2009: 4.).

3.3.3.3 Zusammenfassung Steuerungsinstrumente

3.3.3.3.1 Stationäre Langzeitpflege

Die wichtigsten Steuerungsinstrumente in der stationären Langzeitpflege sind die Bedarfsplanung und die Pflegeheimliste. Der Kanton hat mit der Vorgabe des Kontingents von 15 500 Plätzen einen Deckel vorgegeben. Gemeinsam sorgen Kanton und Gemeinden gestützt auf ihre jeweiligen Bedarfsplanungen für eine angemessene Verteilung dieser Plätze auf die einzelnen Gemeinden und Regionen. Der Kanton hat mit der langfristigen Kontingentierung der Pflegeheimplätze ein klares Zeichen gesetzt. Er akzeptiert damit auch, dass der verfügbare Anteil an Pflegeheimplätzen im Verhältnis zur über 80-jährigen Bevölkerung bis 2040 auf 20 % sinkt (vgl. Gesundheits- und Fürsorgedirektion 2007: 21).

Die Beiträge von Kanton und Gemeinden an die Investitionen (direkt an die „öffentlichen“ Heime oder indirekt an die Bewohner und Bewohnerinnen der „privaten“ Vertragsheime) führen zu tieferen Preisen und setzen damit einen Anreiz für einen Heimeintritt.

Vielversprechend sind aus Sicht des Kantons Bern die Pilotprojekte „Präventive Hausbesuche“. Die Evaluation des unter dem Titel EIGER durchgeführten Pilotprojekts zeigte, dass die Intervention vor allem bei noch relativ gesunden älteren Menschen zu einer Abnahme sowohl der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit als auch der Pflegeheimeinweisungen führt (vgl. Gesundheits- und Fürsorgedirektion 2004: 13).

Die Förderung verschiedener Wohnformen im Alter und Projekte zur Verhinderung von Pflegeheimeintritten, wie z.B. Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, Tagesstätten, Freiwilligenarbeit und Besuchsdienste können ebenfalls Pflegeheimeintritte verhindern oder verzögern.

Die Möglichkeit einen Drittel der Vorstandssitze des Vereins Domicil zu besetzen, gibt der Stadt Bern beim grössten Anbieter an Pflegeheimplätzen Einfluss. Die Stadt Bern kann so bei der Ausgestaltung des Angebots der Domicil-Heime mitbestimmen.

3.3.3.3.2 Ambulante Langzeitpflege

Die Steuerungsmöglichkeiten bei der Spitex sind eher gering. Sowohl der Kanton als auch die Stadt Bern hätten die Möglichkeit, durch die Vorgabe einer maximalen Leistungsmenge das

Spitex-Angebot zu beeinflussen. Da aber Kanton und Stadt Bern die Spitex fördern möchten, wird von diesem Instrument nicht Gebrauch gemacht. Faktisch werden die Leistungen, die von Spitex Bern erbracht werden, ohne mengenmässige Einschränkungen vergütet.

Eine weitere Möglichkeit ist die Steuerung über eine Vorgabe einer Kostenobergrenze pro Leistungsstunde. Damit kann Druck auf Spitex Bern ausgeübt werden. Bei einer strengen Vorgabe würden sich die Auswirkungen jedoch wohl vor allem bei der Qualität oder der Effizienz der Leistungserbringung zeigen, kaum aber bei der Menge der erbrachten Leistungen.

Der Sitz der Stadt Bern im Vorstand von Spitex Bern wird nur beschränkt zur Steuerung genutzt. Selbst wenn eine solche Absicht bestehen würde, wären die Einflussmöglichkeiten aufgrund des fehlenden Instrumentariums sehr gering.

Eine Steuerung über die Vorgabe des Umfangs der Spitex-Dienstleistungen erfolgt nicht. Der Kanton gibt nur Mindestvorgaben vor, die durch Spitex Bern bereits mehr als erfüllt werden.

Die erwähnten Instrumente können ihre Wirkung nur gegenüber Spitex Bern entfalten. Alle anderen Anbieter können damit nicht beeinflusst werden, da sie von der öffentlichen Hand nicht subventioniert werden.

Zusammenfassend ergibt sich, dass der Kanton und die Stadt Bern den mengenmässigen Ausbau der Spitex-Versorgung nicht einschränkend steuern wollen. Dies hängt damit zusammen, dass beide Gemeinwesen darauf ausgerichtet sind, den älteren Menschen möglichst lange selbständiges Wohnen zu Hause zu ermöglichen. Dies impliziert eine Förderung und damit einen Ausbau der Spitex-Dienstleistungen.

3.3.3.4 Steuerungsinstrumente: Lücken und Bedürfnisse

Die Leiterin der Abteilung Alter beim Alters- und Behindertenamt des Kantons Bern sieht beim Steuerungsinstrumentarium keine Lücken. Als aktuelle Herausforderung betrachtet sie vielmehr die Frage, wie Effizienz und Effektivität der Leistungserbringung beeinflusst werden können (vgl. Interview Hornung 2009: 12).

Auch der Bereichsleiter Alter des Alters- und Versicherungsamtes der Stadt Bern ist der Ansicht, dass genügend Steuerungsinstrumente vorhanden sind. Als Grundfrage sieht er die Entscheidung, ob der Staat selbst steuern will oder ob der Markt die Steuerung übernehmen soll (vgl. Interview Leuthold 2009: 9f.).

3.4 Stadt Zürich

3.4.1 Einführung

3.4.1.1 Allgemeine Daten zur Stadt Zürich

Die Stadt Zürich ist mit rund 380 000 Einwohnern und Einwohnerinnen die grösste Stadt der Schweiz. Rund 27 % der Bevölkerung des Kantons Zürich leben in der Stadt Zürich. Der Kanton Zürich besteht aus 171 Gemeinden. 10.7 % der städtischen Bevölkerung ist zwischen 65 und 79 Jahre alt (Durchschnitt Schweiz: 11.7 %), 5.6 % ist 80 Jahre und älter (Durchschnitt Schweiz: 4.7 %) (Stand 2007).

3.4.1.2 Kompetenzverteilung Kanton - Gemeinden in der Langzeitpflege

3.4.1.2.1 Stationäre Langzeitpflege

Die Errichtung und der Betrieb von Pflegeheimen ist gemäss § 39 Abs. 2¹⁷ des Gesundheitsgesetzes Sache der Gemeinden. Die kantonale Gesundheitsdirektion erteilt für Altersheime, Alters- und Pflegeheime sowie Pflegeheime, einschliesslich Pflegezentren, Pflegewohnungen, Sterbehospize und andere stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des KVG Betriebsbewilligungen (vgl. § 35 Abs. 2 lit. b GesG). Die Altersheime, die Alters- und Pflegeheime sowie die Pflegeheime unterstehen der gesundheitspolizeilichen Aufsicht des Bezirksrates. Die Gesundheitsdirektion nimmt die gesundheitspolizeiliche Oberaufsicht wahr (vgl. § 37 Abs. 1 GesG).

3.4.1.2.2 Ambulante Langzeitpflege

Die Sicherstellung der Spitexversorgung ist Aufgabe der Gemeinden. Sie haben für eine fachgerechte spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege ihrer Wohnbevölkerung zu sorgen (vgl. § 59a GesG¹⁸). Sie können diese Verpflichtung wahrnehmen durch den Betrieb eigener Spitex-Institutionen, durch die Mitgliedschaft in Zweckverbänden mit eigenen Spitex-Institutionen, durch die Beteiligung an der Trägerschaft von anderen Spitex-Organisationen oder durch die vertragliche Verpflichtung Dritter (vgl. § 59a GesG).

Die kantonale Gesundheitsdirektion ist zuständig für die Erteilung von Betriebsbewilligungen an Spitex-Organisationen (vgl. § 35 Abs. 2 lit. c GesG). Sie unterstehen der gesundheitspolizeilichen Aufsicht des Bezirksrates. Die Gesundheitsdirektion nimmt die Oberaufsicht wahr (vgl. § 37 Abs. 1 GesG).

Der Regierungsrat kann nach Anhörung der Gemeinden Richtlinien über das Angebot und die Qualität der Leistungserbringung erlassen oder entsprechende Verbandsrichtlinien verbindlich erklären (vgl. § 59a Abs. 3 GesG). Gestützt auf diese Bestimmung hat der Regierungsrat am

¹⁷ Gemäss Anhang des Gesundheitsgesetzes vom 2. April 2007 gilt § 39 des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 gestützt auf § 64 des Gesundheitsgesetzes weiterhin.

¹⁸ Gemäss Anhang des Gesundheitsgesetzes vom 2. April 2007 gilt § 59a des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 gestützt auf § 64 des Gesundheitsgesetzes weiterhin.

5. Dezember 2007 die Richtlinien über das Leistungsangebot und die Qualität der Leistungserbringung der Spitex-Institutionen erlassen.

3.4.1.3 Anzahl Betriebe, Subventionsstatus

3.4.1.3.1 Stationäre Langzeitpflege

In der Stadt Zürich gab es im Jahr 2007 83 Betriebe der Langzeitversorgung mit insgesamt 6 532 Betten, davon 135 für Kurzaufenthalte (vgl. Gesundheitsdirektion 2008: 16). Die Stadt Zürich betreibt selbst 10 Pflegeheime mit 1 566¹⁹ Pflegeplätzen und 27 Alterspflegeheime mit 2 064 Betten (jeweils Stand 2007) und hat damit einen Anteil von rund 56 % am gesamten Bettenbestand in der Stadt Zürich (vgl. Stadt Zürich 2009b: 161, 168).

Die finanzielle Unterstützung von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege durch den Kanton Zürich ist uneinheitlich geregelt. Der Kanton beteiligt sich an den Kosten der Krankenheime, Pflegeabteilungen an Akutspitälern und an Krankenheimen angegliederten Pflegewohnungen mit Staatsbeiträgen an Investitions- und Betriebskosten zwischen 3 und 50 % (je nach Finanzkraft der Trägergemeinden).²⁰ An die Investitionen der Alters- und Pflegeheime sowie der selbstständigen Pflegewohnungen werden Staatsbeiträge zwischen 10 und 40 % ausgerichtet.²¹ Für die Betriebskosten hingegen gilt auch hier die oben genannte Regelung und somit ein Staatsbeitragssatz zwischen 3 und 50 % (vgl. Regierungsrat Zürich 2009: 5f.). Anspruch auf Beiträge des Kantons haben öffentlich-rechtliche sowie privat-gemeinnützige Betriebe, die eine Betriebsbewilligung haben und auf der Pflegeheimliste aufgeführt sind. Von den 83 Betrieben sind 66 staatsbeitragsberechtigigt. Die nicht staatsbeitragsberechtigigten Betriebe entfallen auf private Pflegeheime (4), private Alterspflegeheime (12) und private Pflegewohngruppen (1) (vgl. Gesundheitsdirektion 2008: 7, 16).

Die Stadt Zürich hat Verträge mit sieben verschiedenen privaten Pflegeheimen; drei davon sind auf Stadtgebiet, vier in der Agglomeration von Zürich. Die Pflegeheime mit Standort ausserhalb der Stadt Zürich werden unterstützt, da sie zu einem erheblichen Teil Bewohner und Bewohnerinnen aus der Stadt Zürich betreuen. Alle sieben Pflegeheime erhalten Betriebsbeiträge, jedoch in sehr unterschiedlicher Höhe. Teilweise erfolgt eine Übernahme des Defizits bezogen auf die Anzahl Pflagetage, die für Stadtzürcher Bewohner und Bewohnerinnen erbracht werden; andere Heime erhalten einen jährlichen Fixbeitrag. Vier Heime erhalten zudem Investitionsbeiträge der Stadt Zürich. Die unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen und -schlüssel sind historisch begründet (vgl. Stadt Zürich 2009b: 149f.).

¹⁹ Darin nicht berücksichtigt sind 42 Plätze in den Tageszentren.

²⁰ Für diese Einrichtungen gelten die Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 und der Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege vom 26. Februar 1968.

²¹ Für diese Einrichtungen kommen das Gesetz über die Beitragsleistungen des Staates für Altersheime sowie Heime, Eingliederungsstätten und Werkstätten für Invalide vom 4. März 1973 und die Verordnung zum Gesetz über die Beitragsleistungen des Staates für Altersheime sowie Heime, Eingliederungsstätten und Werkstätten für Invalide vom 3. Dezember 1986 zur Anwendung.

3.4.1.3.2 Ambulante Langzeitpflege

Spitex-Leistungen werden in der Stadt Zürich zu einem grossen Teil von lokalen Spitex-Vereinen erbracht. Nach Schätzungen der Abteilung Spitex Kontraktmanagement der Stadt Zürich beträgt der Marktanteil der von der Stadt Zürich unterstützten Leistungserbringer ca. 80 - 85 %. Die Gesundheitsdirektion hat 35 Betriebsbewilligungen an Spitex-Organisation erteilt (Stand: 2009).²² Für selbstständige Pflegefachpersonen ist keine Bewilligung des Kantons erforderlich.

Die Stadt Zürich hat mit sieben lokalen Spitex-Vereinen, der Stiftung Alterswohnungen der Stadt Zürich, dem Verein kispex Kinderspitex des Kantons Zürich und der Pro Senectute Kanton Zürich Leistungsaufträge abgeschlossen. Die lokalen Spitex-Vereine sowie die Spitex der Stiftung Alterswohnungen erhalten sowohl für pflegerische Leistungen gemäss KLV als auch für hauswirtschaftliche Leistungen Betriebsbeiträge. Der Verein kispex hat einen Leistungsauftrag für die spezialisierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren mit KLV-Leistungen. Der Leistungsauftrag mit Pro Senectute umfasst einen Mahlzeitendienst sowie einen Reinigungsdienst (vgl. Stadt Zürich 2009b: 162).

Der Kanton entrichtet pauschalierte, leistungsorientierte Beiträge an die von den Gemeinden betriebenen oder beauftragten Spitex-Institutionen, wobei er sowohl Beiträge an die Pflegeleistungen als auch an die hauswirtschaftlichen und betreuerischen Spitex-Leistungen gewährt. Die Beiträge sind nach der Finanzkraft der Wohngemeinden der Klienten und Klientinnen abgestuft; der Staatsbeitragssatz beträgt zwischen 25 und 50 % der ungedeckten Kosten (vgl. §§ 59b - 59d GesG).

3.4.1.4 Kennzahlen zur Entwicklung 2003 - 2007

3.4.1.4.1 Stationäre Langzeitpflege

In Tabelle 12 wird die Entwicklung der Anzahl Pflegeheimplätze und der Bevölkerung im Zeitraum von 2003 - 2007 dargestellt. Die Anzahl der Pflegeheimplätze in der Stadt Zürich hat in diesem Zeitraum um 4 % zugenommen und sich damit parallel zum Zuwachs der Bevölkerung entwickelt. Die Anzahl der Einwohner und Einwohnerinnen im Alter über 65 Jahre ist um 2.3 % zurückgegangen. Dadurch standen im Jahr 2007 rund 6 % mehr Pflegeplätze pro 1 000 Einwohner und Einwohnerinnen über 65 Jahre zur Verfügung als im Jahr 2003. Interessanterweise zeigt sich bei der Bevölkerungsgruppe der über 80-Jährigen eine andere Entwicklung. Deren Anteil ist im Betrachtungszeitraum um 4.7 % gestiegen.

²² Gemäss Auskunft von Verena Schaufelberger, Kantonsärztlicher Dienst, per Mail am 9. Oktober 2009.

Tabelle 12: Stadt Zürich: Pflegeheimplätze und Bevölkerung 2003 - 2007

	2003	2004	2005	2006	2007	Veränderung 2003 - 2007
PH-Plätze	6 283	6 121	6 113	6 575	6 532	+ 249 (+4 %)
Bevölkerung	364 258	364 977	366 809	370 062	376 815	+12 557 (+3.4 %)
PH-Plätze pro 1 000 Einw. 65+	99	97	98	106	105	+6 (+6.1 %)
Bevölkerung 65+	63 447	62 889	62 335	62 142	61 965	-1 482 (-2.3 %)
PH-Plätze pro 1 000 Einw. 80+	312	302	297	314	310	-2 (-0.1 %)
Bevölkerung 80+	20 124	20 264	20 578	20 954	21 064	+940 (+4.7 %)

Quellen: Kenndatenbücher der Gesundheitsdirektion 2003 - 2007; Statistische Jahrbücher der Stadt Zürich 2005 - 2009

PH-Plätze = Pflegeheimplätze

Bei der Gesamtzahl Pflegeheimplätze ist zu berücksichtigen, dass bei Heimen, die über eine Bewilligung zur Führung von Pflegebetten verfügen, jeweils alle vorhandenen Betten mitgezählt werden, unabhängig davon, ob sie als Pflegebetten genutzt oder von nicht pflegebedürftigen Bewohnern und Bewohnerinnen belegt werden.

3.4.1.4.2 Ambulante Langzeitpflege

Tabelle 13 zeigt die Entwicklung der Anzahl Spitex-Klienten und -Klientinnen und der Bevölkerung in den Jahren 2003 - 2007. In diesem Zeitraum ist die Nachfrage nach Spitex-Leistungen bei den von der Stadt Zürich subventionierten Spitex-Organisationen deutlich gewachsen. Während die Bevölkerung um 3.4 % wuchs, sind bei der Spitex 9.4 % mehr Klienten und Klientinnen zu verzeichnen. Obwohl die Anzahl der über 65-Jährigen im Betrachtungszeitraum um 2.3 % zurückging, ist hier eine Zunahme der Anzahl Klienten und Klientinnen um 8.6 % zu verzeichnen. Noch ausgeprägter ist die Zunahme der Anzahl Klienten und Klientinnen bei den über 80-jährigen mit ein Zuwachs von 11.2 %.

Tabelle 13: Spitex Stadt Zürich: Anzahl KlientInnen nach Altersstruktur 2003 - 2007

	2003	2004	2005	2006	2007	Veränderung 2003 - 2007
KlientInnen	8 902	8 931	8 874	9 081	9 741	839 (+9.4 %)
Bevölkerung	364 258	364 977	366 809	370 062	376 815	+12 557 (+3.4 %)
KlientInnen 65+	7 132	7 097	7 024	7 211	7 742	+610 (+8.6 %)
Bevölkerung 65+	63 447	62 889	62 335	62 142	61 965	-1 482 (-2.3 %)
Klientinnen 80+	4 503	4 471	4 522	4 702	5 009	+506 (+11.2 %)
Bevölkerung 80+	20 124	20 264	20 578	20 954	21 064	+940 (+4.7 %)

Quellen: Geschäftsbericht 2008 Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich

In Tabelle 14 wird die Entwicklung der Leistungsstunden der Spitex von 2003 - 2007 dargestellt. Die Anzahl Leistungsstunden hat deutlich stärker zugenommen als die Anzahl Klienten und Klientinnen. Hier zeigen sich allerdings deutliche Unterschiede zwischen den KLV-Leistungen und den hauswirtschaftlichen Leistungen. Die Anzahl der erbrachten KLV-Stunden ist in fünf Jahren um beinahe einen Drittel (+31.5 %) gestiegen, während bei den hauswirtschaftlichen Leistungen ein relativ geringer Zuwachs von 6.3 % zu verzeichnen ist.

Tabelle 14: Spitex Stadt Zürich: Anzahl Stunden KLV / Hauswirtschaft 2003 - 2007

	2003	2004	2005	2006	2007	Veränderung 2003 - 2007
Stunden KLV	305 869	328 563	351 446	382 347	402 100	96 231 (+31.5 %)
Stunden Hauswirtschaft	272 678	277 481	281 444	286 038	289 819	17 141 (+6.3 %)
Stunden Total	578 547	606 044	632 890	668 385	691 919	113 372 (+19.6 %)

Quellen: Geschäftsbericht 2008 Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich

3.4.1.5 Finanzierung, Tarife

3.4.1.5.1 Stationäre Langzeitpflege

Die Bewohner und Bewohnerinnen finanzieren die Heimkosten durch ihre AHV-Renten, Renten aus beruflicher und persönlicher Vorsorge, Hilflosenentschädigungen der AHV/IV, Ergänzungsleistungen und den Beiträgen der Krankenversicherer.

Die Pflege- und Alterspflegeheime erfassen die geplanten und die erbrachten Leistungen entweder mit dem System BESA oder mit dem System RAI/RUG.

Die Beiträge der Krankenversicherer sind abhängig vom individuellen Pflegebedarf. Bei den Heimen, die nach dem System RAI/RUG abrechnen, werden alle Bewohner und Bewohnerinnen einer von 13 Pflegeaufwandgruppen zugeteilt.

Tabelle 15 zeigt die Tarife der Krankenversicherer für das System RAI/RUG.

Tabelle 15: Kanton Zürich: Beiträge der Krankenversicherer an die Pflegekosten (RAI/RUG)

RUG - Stufe (Pflegeaufwandgruppe)	Pflegepauschale	Vollpauschale
RUG 0	Fr. 0.00	Fr. 8.00
RUG 1	Fr. 25.00	Fr. 32.00
RUG 2	Fr. 29.00	Fr. 38.00
RUG 3	Fr. 41.00	Fr. 53.00
RUG 4	Fr. 58.00	Fr. 75.00
RUG 5	Fr. 74.00	Fr. 96.00
RUG 6	Fr. 83.00	Fr. 107.00
RUG 7	Fr. 95.00	Fr. 123.00
RUG 8	Fr. 106.00	Fr. 138.00
RUG 9	Fr. 122.00	Fr. 158.00
RUG 10	Fr. 146.00	Fr. 171.00
RUG 11	Fr. 167.00	Fr. 218.00
RUG 12	Fr. 250.00	Fr. 323.00

Quelle: Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenhäuser und santésuisse betreffend Entschädigung von Pflichtleistungen gemäss KVG nach dem System RAI/RUG vom 1. Januar 2008

Die Pflegeheime des Kantons Zürich können für die Abgeltung durch die Krankenversicherer zwischen Pflegepauschalen und Vollpauschalen wählen. Mit der Vollpauschale sind die Pflege, ärztliche und therapeutische Leistungen, Mittel und Gegenstände gemäss Mittel- und Gegenstände-Liste sowie Medikamente abgegolten. Die Pflegepauschale deckt nur die Pflege ab. Weitere Leistungen werden separat vergütet.

Bei Heimen, die mit dem BESA-System abrechnen erfolgt die Einteilung in die Gruppen 0 - 4. In Tabelle 16 sind die Tarife für das BESA-System aufgelistet.

Tabelle 16: Kanton Zürich: Beiträge der Krankenversicherer an die Pflegekosten (BESA)

BESA- Stufe (Pflegeaufwandgruppe)	Vollpauschale
BESA 0	-
BESA 1	Fr. 20.50
BESA 2	Fr. 41.00
BESA 3	Fr. 66.50
BESA 4	Fr. 82.00

Quelle: Vertrag zwischen der Koordinationskonferenz Leistungserbringer Pflege und santésuisse vom 1. April 2007

In der Heimen der Stadt Zürich werden den Bewohnern und Bewohnerinnen nur diejenigen Beträge für die Pflege verrechnet, welche diese von den Krankenversicherern zurückerstattet erhalten. Damit wird der Tarifschutz gemäss Art. 44 KVG formell eingehalten (vgl. 2.2.3.2.2).

3.4.1.5.2 Ambulante Langzeitpflege

Die Krankenversicherer bezahlen die ärztlich verordneten Spitex-Leistungen der Abklärung und Beratung, der Untersuchung und Behandlung und der Grundpflege gemäss dem Leistungskatalog in Art. 7 KLV. Für diese kassenpflichtigen Leistungen gelten im Kanton Zürich die folgenden Tarife:

Tabelle 17: Kanton Zürich: Beiträge der Krankenversicherer an die Spitexkosten

Beitrag der Krankenversicherer	KLV-Leistung
Fr. 70.00 pro Stunde	Abklärung und Beratung
Fr. 65.00 pro Stunde	Behandlung und Untersuchung
Fr. 51.40 pro Stunde	Mischtarif für Grundpflege in einfachen und stabilen Situationen sowie Grundpflege in instabilen und komplexen Situationen

Quelle: Spitex-Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenversicherer und dem Spitex Verband Kanton Zürich

3.4.2 Strategie

3.4.2.1 Kanton Zürich

3.4.2.1.1 Einführung

Der Kanton Zürich hat keine umfassende Strategie für die Langzeitpflege beschlossen. Strategische Aussagen zur Langzeitpflege enthält vor allem der Bericht zur Alterspolitik. Ausserdem enthalten die Richtlinien über das Leistungsangebot und die Qualität der Leistungserbringung der Spitex-Institutionen strategische Elemente.

3.4.2.1.2 Bericht zur Alterspolitik im Kanton Zürich

Eine aus Vertreterinnen und Vertretern der kantonalen Verwaltung zusammengesetzte Arbeitsgruppe hat zu Handen des Regierungsrates des Kantons Zürich einen Bericht zur Alterspolitik erarbeitet. Der Regierungsrat hat diesen Bericht mit Beschluss vom 19. Oktober 2005 zur Kenntnis genommen. Der Bericht enthält keine eigentliche Alterspolitik, sondern Leitlinien, die dem Regierungsrat als Handlungsgrundlage dienen können. Entsprechend Artikel 19 der Kantonsverfassung²³ beruhen die Leitlinien auf dem Grundgedanken der Autonomie und Eigenverantwortung älterer Menschen, welche nach Möglichkeit zu stärken und zu fördern

²³ Art. 19 der Kantonsverfassung sieht vor, dass sich Kanton und Gemeinden dafür einsetzen, dass ältere Menschen ihr Leben nach ihren Kräften selbstbestimmt gestalten und an der gesellschaftlichen Entwicklung teilhaben können.

sind. Der Bericht zur Alterspolitik analysiert die verschiedenen Lebensbereiche unter dem Blickwinkel der älteren Menschen. Der ambulanten und stationären Langzeitpflege sind je ein Kapitel gewidmet.

Im Kapitel „Individuelles Wohnen, ambulante Pflege und Betreuung“ wird festgestellt, dass heute die Wohnalternativen nicht mehr in der Wahl zwischen „Heim“ oder „Daheim“ liegen. Es bestehe ein breites Angebot von altersgerecht gebauten und eingerichteten Wohnungen in Kombination mit einem Betreuungsangebot für den Hilfe- und Pflegefall, das auch bei gesundheitlicher Beeinträchtigung eine weitgehend selbständige Wohn- und Lebensweise ermöglicht. Neben der Pflegebedürftigkeit sei heute die soziale Situation ein entscheidender Grund für den Umzug ins Pflegeheim.

Daraus werden folgende Leitlinien abgeleitet:

- Aus menschlichen, sozialen (Verbleib in der gewohnten Umgebung) und finanziellen Gründen sollen möglichst viele ältere Menschen möglichst lange selbst bestimmt wohnen können.
- Es besteht ein steigender Bedarf für altersgerechte Wohnungen, in welchen bei Pflegebedürftigkeit oder Behinderung gelebt werden kann.
- Da die häusliche Pflege noch weitgehend Frauensache ist, ist eine Unterstützung und Entlastung bei der Betreuungsarbeit wünschenswert.
- Der Spitex-Bereich soll ein qualitativ hochwertiges und den stationären und teilstationären Elementen ebenbürtiges Element der Versorgungskette sein, weil die Spitex-Dienste Kosten sparen helfen, wenn damit ein Heimeintritt hinausgezögert oder ein Spitalaufenthalt verkürzt werden kann.

Die Situation bei den Alters- und Pflegeheimen wird im Kapitel „Kollektives Wohnen, stationäre Pflege und Betreuung“ analysiert. Aufgrund der bereits erwähnten Aufgabenteilung zwischen Kanton (Erteilung Betriebsbewilligung, gesundheitspolizeiliche Oberaufsicht, Erlass der Pflegeheimliste) und Gemeinden (Errichtung und Betrieb von Pflegeheimen) kommt der Bericht zum Schluss, dass eine enge Zusammenarbeit zwischen kantonalen und kommunalen Behörden notwendig sei.

Es werden folgende Leitlinien formuliert:

- Es ist eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung in der Langzeitpflege sicherzustellen.
- Den gerontologischen Aspekten im gesamten Gesundheitsbereich ist angemessen Rechnung zu tragen.

Zusammenfassend kommt der Bericht zur Alterspolitik zum Schluss, dass die ambulante Pflege und Betreuung in der Lebensphase zwischen selbständiger Lebensgestaltung und dem Eintritt in eine stationäre Wohnform als zusätzliche Herausforderung an Bedeutung gewinnt. Die Alterspolitik müsse generell verstanden werden und betreffe Bund, Kanton und Gemein-

den, wobei sie zunehmend in gemeindenaher Form stattfindet. Anstrengungen von Gemeinden und Privaten, die zum Ziel der Selbständigkeit im Alter beitragen, verdienen Förderung und Unterstützung.

Nach Ansicht des Regierungsrates haben die bisherigen Arbeiten gezeigt, dass Alterspolitik nicht mit neuen Konzepten, Leitbildern und Programmen formuliert werden kann. Vielmehr sei das Handeln von Behörden und Verwaltung im Sinne eines fortlaufenden Prozesses auch auf die Bedürfnisse der älteren Bevölkerung auszurichten und der Öffentlichkeit transparent zu vermitteln.

3.4.2.1.3 Richtlinien über das Leistungsangebot und die Qualität der Spitex

Gestützt auf das Gesundheitsgesetz hat der Regierungsrat am 5. Dezember 2007 Richtlinien über das Leistungsangebot und die Qualität der Leistungserbringung der Spitex-Institutionen erlassen. Auf strategischer Ebene enthalten die Richtlinien folgende Aussagen:

- Der Zweck der Richtlinien besteht darin, ein Standardangebot an Spitex-Leistungen für alle Einwohnerinnen und Einwohner im Kanton Zürich zu gewährleisten.
- Mit den Spitex-Leistungen sollen die Selbständigkeit und die Eigenverantwortung von Menschen trotz Pflege- bzw. Betreuungsbedarf gefördert, erhalten oder unterstützt werden. Damit sollen stationäre Aufenthalte vermieden, hinausgezögert oder verkürzt werden.
- Spitex-Leistungen werden nur dann erbracht, wenn die zu pflegende Person bzw. zu betreuende Person selbst oder ihr jeweiliges konkretes Umfeld die Leistungen nicht erbringen können (Subsidiaritätsprinzip).

Die Richtlinien definieren den Versorgungsauftrag der Gemeinden und führen die möglichen Leistungsbezügerinnen und -bezüger auf. Für die Umsetzung von grosser Bedeutung sind sodann die Bestimmungen zum Standardangebot im pflegerischen und nicht-pflegerischen Bereich.²⁴

3.4.2.2 Stadt Zürich

3.4.2.2.1 Einführung

Die Stadt Zürich hat keine spezifische Strategie für die Langzeitpflege. Das Gesundheits- und Umweltdepartement (GUD) hat jedoch im Jahr 2002 ein Alterskonzept erarbeitet, welches strategische Aussagen zur Langzeitpflege enthält. Ausserdem hat das Gesundheits- und Umweltdepartement im Jahr 2007 Strategische Leitsätze für das ganze Departement verfasst. Dieses Dokument enthält ebenfalls verschiedene strategische Grundsätze zur Langzeitpflege.

²⁴ Vergleiche dazu die Ausführungen unter Ziff. 3.4.3.2.1

Zum Gesundheits- und Umweltdepartement gehören die beiden Dienstabteilungen „Pflegezentren“ und „Altersheime“. Beide Organisationseinheiten haben selbst Dokumente zu ihrer strategischen Ausrichtung erlassen. Es sind dies die „Strategischen Grundsätze und Haltungen der Pflegezentren der Stadt Zürich“ und die „Leitsätze zur Ausrichtung der Altersheime der Stadt Zürich“.

Für den Bereich der Spitex hat der Stadtrat im 2005 ein strategisches Dokument mit dem Titel „Spitexversorgung der Stadt Zürich. Strategie 2014“ verabschiedet.

3.4.2.2.2 Alterskonzept des Gesundheits- und Umweltdepartements

Das Alterskonzept befasst sich mit den Themen materielle Sicherung des Alters, Wohnen, Gesundheit sowie Integration. Im Bereich Wohnen wird davon ausgegangen, dass ältere Menschen möglichst lange in individuellen Wohnformen leben und sie diese Wohnformen frei wählen möchten. Die Stadt anerkennt diese Wünsche und richtet ihr Angebot auf diese Bedürfnisse aus. Als Mittel dazu dienen der Ausbau der ambulanten Betreuung und die vermehrte Berücksichtigung individueller Bedürfnisse in den Heimen.

Aus dem Alterskonzept resultiert ein umfassender Massnahmenkatalog. Im Zusammenhang mit der Langzeitpflege sind insbesondere folgende Massnahmen vorgesehen (Gesundheits- und Umweltdepartement o.J.: 41ff.):

- Anpassung der Alters- und Pflegeheime an aktuelle Komfortbedürfnisse
- Schaffung zusätzlicher Alters- und Pflegeheimplätze
- Entwicklung von speziellen Wohnangeboten für Paare mit unterschiedlichem Gesundheitszustand.

3.4.2.2.3 Strategische Leitsätze Gesundheits- und Umweltdepartement

Die Strategischen Leitsätze sehen vor, dass die im Gesundheits- und Umweltdepartement entwickelten Angebote konsequent auf den Anspruch älterer Menschen auf Autonomie, Sicherheit, Geborgenheit und gesellschaftliche Einbettung ausgerichtet werden. Um dem Wunsch nach einem möglichst langen Verbleib im vertrauten Lebensumfeld gerecht zu werden, soll das GUD in Zusammenarbeit mit den Spitex-Organisationen ein gut ausgebautes Angebot an Leistungen in Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft bereitstellen. Der ältere Mensch soll aus einem differenzierten Wohnangebot mit entsprechenden Unterstützungsleistungen frei wählen können. Im Bedarfsfall soll allen Einwohnern und Einwohnerinnen der Stadt unabhängig von ihrer sozialen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Situation ein adäquater Platz in einem Alterspflegeheim, einem Pflegeheim, einer Pflegewohngruppe oder einer anderen spezialisierten Alterseinrichtung zur Verfügung stehen (vgl. Gesundheits- und Umweltdepartement 2007: 12f.)

3.4.2.2.4 Strategische Grundsätze und Haltungen der Pflegezentren

Die strategischen Grundsätze der Pflegezentren beschreiben die Ausrichtung der Pflegezentren, die Unternehmenskultur und das Dienstleistungsangebot. In Bezug auf die Grösse des

Angebots besteht das Ziel, die jederzeitige Aufnahmebereitschaft für Pflegenotfälle zu gewährleisten (vgl. Pflegezentren Zürich o.J.: 1ff.).

3.4.2.2.5 Leitsätze zur Ausrichtung der Altersheime

Die Leitsätze der Altersheime enthalten Aussagen zum Selbstverständnis der Altersheime, zu ihrer Ausrichtung und Zielsetzung, jedoch keine Ausführungen zur Menge des Angebots (vgl. Altersheime Zürich o.J.: 1ff.).

3.4.2.2.6 Spitex-Strategie 2014

Die Strategie 2014 betrifft die Spitex-Organisationen, welche von der Stadt Zürich einen Leistungsauftrag haben und die verantwortlichen Stellen innerhalb der Stadtverwaltung. Die Strategie beschreibt die grundsätzliche Ausrichtung und Wirkungsweise des Gesamtsystems mit einem Zeithorizont bis ins Jahr 2014. Sie geht davon aus, dass das städtische Angebotsnetz im Laufe der nächsten zwanzig Jahre konsequent auf das wachsende Bedürfnis alter Menschen nach autonomer Wohn- und Lebensgestaltung ausgerichtet werden soll und daher bei der langfristigen Entwicklung des städtischen Leistungsangebots für die ältere Bevölkerung weniger die stationären Angebote, sondern mehr ambulante Leistungselemente im Vordergrund stehen. Dies impliziert sowohl einen qualitativen wie quantitativen Ausbau des Spitex-Angebots. Als Vision soll die Spitex den Einwohnern und Einwohnerinnen der Stadt Zürich eine gute Lebensqualität in den eigenen vier Wänden bis an das Lebensende ermöglichen (vgl. Stadtrat Zürich 2005: 2f.).

Die Spitex-Strategie stellt die Grundzüge des Leistungsprogramms dar, das von den subventionierten Spitex-Organisationen angeboten werden soll. Dieses beinhaltet insbesondere eine zeitliche Verfügbarkeit der Angebote rund um die Uhr sowie die Bereitstellung von spezialisierten Angeboten wie palliative Pflege, Schmerzmanagement, interkulturelle Pflege und andere mehr (vgl. Stadtrat Zürich 2005: 3).

3.4.3 Steuerungsinstrumente

3.4.3.1 Steuerungsinstrumente im stationären Bereich

3.4.3.1.1 Pflegeheimliste

Der Kanton Zürich hat sich beim Erlass der Pflegeheimliste im Jahr 1997 dazu entschlossen, alle stationären Pflegeinstitutionen, die ihren Standort im Kanton Zürich haben und über eine Betriebsbewilligung verfügen, in die Pflegeheimliste aufzunehmen. Mit dieser Entscheidung und dem Verzicht auf die Fixierung einer stationären Bettenzahl verzichtet der Kanton auf eine Steuerung der Pflegeheimplätze. Der Kanton begründet seine Haltung im Wesentlichen wie folgt (Regierungsrat 1997: 3): „Betriebskostenanteile aus Überkapazitäten gehen nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, sondern fallen direkt den Pflegeheimen bzw. deren Trägerschaften an. Der Bedarf an stationären Pflegebetten ist somit nicht im Hinblick auf die Vermeidung oder den Abbau von Überkapazitäten, sondern einzig zur Sicher-

stellung einer ausreichenden Versorgung im stationären Pflegebereich zu ermitteln, damit den Pflegefällen, die von den ambulanten Krankenpflegeeinrichtungen und der Privatversorgung durch Angehörige nicht länger betreut werden können, ein Heimplatz zugewiesen werden kann.“

Das KVG verlangt für die Zulassung von Pflegeheimen als Leistungserbringer der Krankenversicherung, dass sie verschiedene Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzungen erfüllen (vgl. Art. 39 Abs. 1 lit. a-c KVG) und der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Pflegeheimversorgung entsprechen (vgl. Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG). Die Voraussetzungen für die Erteilung einer gesundheitspolizeilichen Betriebsbewilligung entsprechen den Anforderungen von Art. 39 Abs. 1 lit. a-c KVG. Somit werden mit der Erteilung einer Betriebsbewilligung auch die Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzungen von Art. 39 KVG erfüllt. In Bezug auf die bedarfsgerechte Planung der Versorgung gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG geht der Kanton davon aus, dass sich der Bedarf aus dem Umfang der ärztlich verordneten Leistungen ergibt, weshalb der Kanton nur die Aufgabe habe, eine ausreichende Versorgung bzw. die notwendige Minimalversorgung sicherzustellen, nicht jedoch Überkapazitäten zu verhindern (vgl. Regierungsrat 1997: 2ff.; Interview Arts 2009: 2).

Mit dem Erlass der Pflegeheimliste hat der Regierungsrat die Gesundheitsdirektion ermächtigt, die Liste in Zukunft zu ergänzen bzw. zu bereinigen. Nach heutiger Praxis werden alle Heime auf die Pflegeheimliste aufgenommen, denen eine Betriebsbewilligung erteilt werden kann. Zusätzliche Anforderungen für die Aufnahme auf die Pflegeheimliste stellt der Kanton nicht. Die Pflegeheimliste wird somit nicht als Steuerungsinstrument genutzt (vgl. Interview Arts 2009: 4f.)

3.4.3.1.2 Beiträge des Kantons an Investitionen

Öffentlich-rechtliche sowie privat-gemeinnützige Betriebe haben Anspruch auf Investitionsbeiträge des Kantons, wenn sie über eine Betriebsbewilligung verfügen und auf der Pflegeheimliste aufgeführt sind. Bei entsprechenden Gesuchen führt die Gesundheitsdirektion zusätzlich eine Bedarfsüberprüfung durch. Sie stellt dabei insbesondere auf Pflegebedürftigkeitsquoten ab, die von Höpflinger/Hugentobler berechnet wurden (vgl. Höpflinger/Hugentobler 2003: 48). Bewegt sich der Bedarf der Gemeinde in einer festgelegten Bandbreite zur Zielgrösse, so werden die Gesuche bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen bewilligt. Bauvorhaben, die nicht durch einen entsprechenden Bedarf gerechtfertigt sind, werden von der Gesundheitsdirektion finanziell nicht unterstützt. Gemäss Auskunft der Gesundheitsdirektion kommt dies ca. dreimal pro Jahr vor. Für den Kanton ist dies das wichtigste Steuerungsinstrument in der stationären Langzeitpflege (vgl. Interview Arts 2009: 4).

3.4.3.1.3 Beiträge des Kantons und der Stadt an Betriebskosten

Der Kanton Zürich leistet Betriebsbeiträge an die beitragsberechtigten stationären Einrichtungen. Die Beiträge orientieren sich am Betriebsdefizit und belaufen sich auf 3 – 50 %, in Ab-

hängigkeit von der Finanzkraft der Trägergemeinden. Da die Heime in der Regel kostendeckende Taxen erheben, sind die Betriebsbeiträge des Kantons gering und haben keine Steuerungswirkung.

Die Stadt Zürich richtet Betriebsbeiträge an sieben Pflegeheime in- und ausserhalb der Stadt aus. Die Betriebsbeiträge werden gewährt, um die Versorgung der Stadtzürcher Bevölkerung mit Pflegeheimbetten sicher zu stellen. Die Stadt kann damit Einfluss auf die Anzahl Pflegeplätze nehmen, die in den subventionierten Heimen zur Verfügung gestellt werden.

3.4.3.1.4 Staatliche Leistungserbringung

Der Kanton Zürich führt weder in der Stadt Zürich noch im übrigen Kantonsgebiet eigene Einrichtungen der stationären Langzeitpflege.

Die Stadt Zürich hingegen führt 10 Pflegeheime und 27 Alterspflegeheime. Die Pflegeheime und Alterspflegeheime sind je in eigenen Organisationseinheiten innerhalb des Gesundheits- und Umweltdepartements zusammengefasst. Die städtischen Pflegeheime haben in der Stadt Zürich einen Marktanteil von 70 - 75 % und damit eine dominante Stellung im Markt.²⁵ Bei den städtischen Alterspflegeheimen beträgt der Marktanteil 45 - 50 %²⁶ (vgl. Gesundheitsdirektion 2008: 17 und Stadt Zürich 2009b: 161 und 168).

Indem die Stadt selbst Pflege- und Alterspflegeheime führt, kann sie auch die Preise festsetzen und dadurch steuernd wirken. Die Stadt Zürich sieht vor, dass die Betriebskosten über die den Bewohnern und Bewohnerinnen verrechneten Taxen gedeckt werden müssen. Die Infrastrukturkosten werden über Steuermittel finanziert (vgl. Gesundheits- und Umweltdepartement 2007: 21 und Pflegezentren o.J.: 1). Mit der Preisgestaltung könnten grundsätzlich Anreize für oder gegen einen Eintritt in ein Heim gesetzt werden. Solche finanziellen Anreize wirken jedoch nur bei Selbstzahlern und Selbstzahlerinnen. Bei den Bezüglern und Bezüglern von Ergänzungsleistungen hingegen wirkt eine Preisänderung nicht als Anreiz.²⁷

Mit den eigenen Pflege- und Alterspflegeheimen kann die Stadt auch die Anzahl Betten steuern. Eine entsprechende zahlenmässige Vorgabe besteht jedoch nicht. Die Pflegeheime orientieren sich bei der Planung der Bettenzahl an der durchschnittlichen Wartezeit für einen Pflegeheimenritt. Es sollen soviel Betten zur Verfügung stehen, dass die durchschnittliche Wartezeit²⁸ nicht mehr als 30 Tage beträgt. Grundlagen der Planung sind Analysen der Bevölke-

²⁵ Im Jahr 2007 gab es in der Stadt Zürich 2 133 Pflegeheimplätze. Davon entfallen 1 566 auf die städtischen Pflegeheime. Daraus ergibt sich ein städtischer Anteil von rund 73 %. Nicht berücksichtigt sind dabei die Plätze in Pflegewohngruppen (vgl. Gesundheitsdirektion 2008: 17).

²⁶ Im Jahr 2007 gab es in der Stadt Zürich 4 329 Plätze in Alterspflegeheimen. Davon entfallen 2 064 auf die städtischen Alterspflegeheime. Daraus ergibt sich ein städtischer Anteil von rund 48 %. Nicht berücksichtigt sind dabei die Plätze in Pflegewohngruppen (vgl. Gesundheitsdirektion 2008: 17).

²⁷ Bei den städtischen Pflegeheimen beträgt der Anteil Bewohner und Bewohnerinnen mit Ergänzungsleistungen 54 %, bei den städtischen Altersheimen 48 % (vgl. Stadt Zürich 2009b: 161 und 168).

²⁸ Auf der Warteliste werden dabei nur Personen berücksichtigt, die sofort für einen Heimeintritt bereit sind und deren Bedarf ausgewiesen ist (vgl. Interview Meier 2009: 2).

rungsstatistik und zu erwartende altersspezifische Pflegebedürftigkeitsquoten. Damit sollen Veränderungen in der Entwicklung frühzeitig erkannt werden (vgl. Interview Meier 2009: 2f.).

Eine weitere Steuerungsmöglichkeit ergibt sich aus der Möglichkeit, Bewohner und Bewohnerinnen wieder nach Hause oder in eine andere geeignete Institution zu entlassen. Bei den städtischen Pflegeheimen ist der entsprechende Anteil an Bewohnern und Bewohnerinnen stetig gewachsen und betrug im Jahr 2008 38 % (vgl. Stadt Zürich 2009b: 161).

Mit diesen Möglichkeiten kann die Stadt Zürich das Angebot an Pflegeplätzen in der Stadt Zürich massgebend beeinflussen.

3.4.3.1.5 Zentrale Bettenvermittlung

Die Stadt Zürich betreibt eine zentrale Vermittlungsstelle für Pflegeheimplätze der stadteigenen Pflege- und Alterspflegeheime. Die Anmeldung für private Pflege- und Alterspflegeheime erfolgt direkt bei den jeweiligen Heimen. Die städtische Vermittlungsstelle ist dem Departementssekretariat des Gesundheits- und Umweltschutzdepartements angegliedert (vgl. Art. 29 Abs. 2 StRB DGA). Sie ist somit organisatorisch getrennt und unabhängig von den Leistungsanbietern, d.h. von den städtischen Pflege- und Alterspflegeheimen.

Die Vermittlungsstelle trägt die Bezeichnung „Wohnen im Alter“. Sie ist einerseits Beratungs- und Informationsstelle für Angebote zum Wohnen im Alter und andererseits Anmelde- und Vermittlungsstelle für alle Wohn- und Pflegemöglichkeiten, die von der Stadt Zürich angeboten werden.²⁹ Die Beratungsstelle informiert über ambulante Entlastungsangebote beim Wohnen zu Hause sowie über stationäre oder teilstationäre Hilfsangebote (Ferien- oder Entlastungsangebote in einem Heim, Tagesbetreuung, Tageszentren, Nachtbetreuung, Teilzeitaufenthalte). Die Anmeldung für den Eintritt in ein Pflegeheim erfolgt entweder von Personen, die noch zu Hause leben oder aus einem Spital durch den spitalinternen Sozialdienst. Wenn die Beratungsstelle einen Platz in einem Pflegeheim anbieten kann, erfolgt der Eintritt in der Regel innert drei Arbeitstagen nach dem Angebot. Die Anmeldung für ein Alterspflegeheim erfolgt in der Regel von Personen, die noch zu Hause leben. Bei einem Alterspflegeheimeneintritt wird vorausgesetzt, dass Selbstständigkeit in der persönlichen Pflege besteht (vgl. Stadt Zürich 2009c).

3.4.3.1.6 Entlastungsangebote

In der Stadt gibt es Vielzahl von Entlastungsangeboten, die dazu beitragen, Pflegeheimenriten zu verhindern oder zu verzögern. Die städtischen Pflegezentren haben Angebote für Tagesbetreuung, Nachtbetreuung sowie Teilzeitaufenthalte und führen Tageszentren für einen regelmässigen Aufenthalt an einem oder mehreren Tagen pro Woche.

²⁹ Die Beratungsstelle Wohnen im Alter vermittelt auch die rund 2 000 Wohnungen der Stiftung Alterswohnungen der Stadt Zürich.

3.4.3.2 Steuerungsinstrumente im ambulanten Bereich

3.4.3.2.1 Vorgaben zu Umfang und Qualität des Dienstleistungsangebots

Der Kanton Zürich hat die Kompetenz, nach Anhörung der Gemeinden und des Fachverbandes der kantonalen Spitex-Institutionen Richtlinien über das Angebot zu erlassen (vgl. § 59a Abs. 3 GesG). Die gestützt darauf erlassenen Richtlinien vom 5. Dezember 2007 regeln das Standardgebot im Bereich der pflegerischen Leistungen und verlangen, dass das Leistungsangebot zwischen 7.00 Uhr und 22.00 Uhr an sieben Tagen pro Woche verfügbar sein muss. Die Richtlinien sind für alle staatsbeitragsberechtigten Spitex-Organisationen verbindlich und sehen für die Umsetzung eine Übergangsfrist bis Ende 2009 vor (vgl. Regierungsrat Zürich 2007: 8ff.; vgl. auch 3.4.2.1.3).

Nach Ansicht der Fachverantwortlichen Langzeitpflege und Spitex des Kantons Zürich ist die Möglichkeit, den Gemeinden Vorgaben zum Leistungsangebot zu machen das wichtigste Steuerungsinstrument des Kantons. Ziel dieser Steuerung sei jedoch nicht primär die Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“, sondern der Bevölkerung ein flächendeckendes Mindestangebot zur Verfügung zu stellen und die Wahlmöglichkeit zu gewährleisten. Bereits heute könne man feststellen, dass diejenigen Organisationen, welche die Richtlinien schon umsetzen, eine grosse Nachfrage aufweisen (vgl. Interview Arts 2009: 2).

Auch die Stadt Zürich hat im Rahmen der Leistungsvereinbarungen die Möglichkeit, durch Vorgaben zu den zu erbringenden Leistungen Einfluss zu nehmen. Die Stadt geht z.B. über die Richtlinien des Kantons hinaus und verlangt eine zeitliche Verfügbarkeit der Spitex rund um die Uhr. Sie fördert zudem Qualitätsprojekte der Spitex wie die Fachstelle für Psychiatrie oder für Palliative Care. Damit bietet die Spitex ein qualitativ besseres Leistungsangebot, was sich wiederum auf die Nachfrage auswirkt. Denkbar wären auch höhere Vorgaben zur Qualifikation des Personals, womit ebenfalls die Qualität und schlussendlich auch die Nachfrage beeinflusst würden. Die Direktorin der Städtischen Gesundheitsdienste, die auch für das Spitex Kontraktmanagement verantwortlich ist, erachtet die Vorgabe der zeitlichen Verfügbarkeit der Spitex im Rahmen der Leistungsvereinbarungen als wichtigstes Steuerungsinstrument der Stadt (vgl. Interview Monego 2009: 1f.).

3.4.3.3 Zusammenfassung Steuerungsinstrumente

3.4.3.3.1 Stationäre Langzeitpflege

Im Kanton Zürich wird die Pflegeheimliste nicht als Steuerungsinstrument genutzt. Es gibt keine kantonale Kontingentierung der Pflegeheimplätze. Der Kanton steuert, indem er bei Gesuchen um Investitionsbeiträge eine Bedarfsprüfung vornimmt und bei fehlendem Bedarf die Beiträge verweigert.

Die Stadt Zürich steuert vor allem über die eigenen Heime, die einen grossen Marktanteil besitzen. Hier kann die Stadt die Anzahl Betten und die Preise festlegen. Die Beratungsstelle Wohnen im Alter ist Anmeldestelle für alle Heimeintritte und kann über diese Funktion ebenfalls Einfluss nehmen. Ergänzend bietet die Stadt Zürich eine breite Palette von Entlastungsangeboten an, um Pflegeheimeintritte zu verzögern oder zu verhindern.

3.4.3.3.2 Ambulante Langzeitpflege

In der ambulanten Langzeitpflege erfolgt die Steuerung des Kantons über Mindestvorgaben zum Angebot der subventionierten Spitex-Organisationen. Die Stadt Zürich kann über Leistungsverträge mit den subventionierten Spitex-Organisationen über diese Vorgaben hinausgehen und zusätzliche Anforderungen z.B. im Bereich der Qualität stellen. Die Steuerung dient hier vor allem dem Ziel, ein hochstehendes Standardangebot zu gewährleisten und so die Spitex attraktiv zu machen.

3.4.3.4 Steuerungsinstrumente: Lücken und Bedürfnisse

Der Direktor der städtischen Pflegeheime wünscht sich eine unabhängige Triagestelle auf der Ebene Stadt. Diese Stelle, die quartierweise geführt werden könnte, würde im Einzelfall festlegen, welches Angebot pflegebedürftige Personen in Anspruch nehmen können. Die Triagestelle könnte auch eine finanzielle Gesamtverantwortung übernehmen, wenn die Krankenkversicherer ebenfalls einbezogen wären. Die Leistungen würden bei den Leistungserbringern eingekauft oder von der Stadt selbst erbracht. Ein wichtiges Element dieses Modells wäre, dass nicht der Anbieter über den Leistungsbezug entscheidet, da dieser Eigeninteressen verfolgt.

Die Fachverantwortliche des Kantons Zürich für Langzeitpflege und Spitex erachtet es als notwendig, auch im stationären Bereich mit Standards und Richtlinien ein Standardangebot zu definieren. Generell sei es für den Kanton eine Gratwanderung, gegenüber den Gemeinden zwischen Regelungsdichte und Freiheiten zu entscheiden (vgl. Interview Arts 2009: 5).

Die Direktorin der Städtischen Gesundheitsdienste geht davon aus, dass eine zusätzliche Bedarfskontrolle im Einzelfall nicht notwendig ist, da der Bedarf aufgrund der Bedarfsabklärung durch Fachleute ausgewiesen ist. Hingegen fehle eine umfassende quantitative und qualitative Leistungskontrolle. Damit könnten Benchmarks gesetzt und Standards entwickelt werden, um eine Unter- und eine Überversorgung zu vermeiden. Ein weiteres dringendes Anliegen ist der effiziente Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel (vgl. Interview Monego 2009: 2f.)

4 Vergleich

4.1 Vergleich der Strategien

4.1.1 Einführung

Der Begriff Strategie kommt aus der Betriebswirtschaftslehre und wird klassisch als Festlegung der grundlegenden, langfristigen Unternehmensziele und der dazugehörigen Massnahmen zur Erreichung dieser Ziele verstanden. Eine klare, abschliessende Definition des Begriffs im Kontext von öffentlichen Institutionen besteht nicht. Eine Definition für öffentliche Institutionen liefern Brühlmeier u.a. (Brühlmeier u.a. 2001: 43): „Strategie bedeutet, [...] Erfolgspotenziale für eine effiziente und effektive Aufgabenerfüllung zu schaffen, die sowohl die Leistungsfähigkeit wie auch die Identität der Verwaltung umfassen.“ Schedler/Proeller gehen von einem noch allgemeineren Begriff der Strategie aus (Schedler/Proeller 2006: 20): „Der [...] Strategie-Begriff umfasst alle Elemente, welche die grosse Richtung des Handelns angeben. Die Ausrichtung der Verwaltung und ihrer Veränderung auf bestimmte *Visionen*, *Aufgaben* oder *Ziele* wird in diesem Zusammenhang als strategisches Element verstanden.“

In dieser Arbeit wird von einem weit gezogenen Strategie-Begriff im Sinne von Schedler/Proeller ausgegangen. Dem entsprechend werden in die Analyse alle Dokumente einbezogen, welche die grobe Zielrichtung des geplanten staatlichen Handelns darstellen.

Die Strategien sollen im Folgenden an Hand von formellen und inhaltlichen Kriterien verglichen werden. Zum einen werden die Strategien im Hinblick auf ihre politische Verankerung und ihre formelle Konsistenz untersucht und verglichen. Zum anderen werden die wichtigsten strategischen Elemente dargestellt und einander vergleichend gegenüber gestellt.

4.1.2 Politische Verankerung

Bei der Festsetzung einer Strategie stellt sich die Grundsatzfrage, wer die Strategie beschliesst und welchen Instanzen die Strategie zusätzlich zur Kenntnisnahme vorgelegt werden soll. Tabelle 18 zeigt, welche Instanzen die Strategiedokumente in Basel, Bern und Zürich beschlossen bzw. zur Kenntnis genommen haben. Die Unterscheidung zwischen Beschlussfassung und Kenntnisnahme wurde nur beim Parlament und bei der Regierung vorgenommen, da diese Unterscheidung auf den Stufen Departement und Amt nicht mehr vorgenommen wird.

Tabelle 18: Politische Verankerung der Strategiedokumente

	Parlament		Regierung		Departement	Amt
	B	K	B	K		
Kanton Basel-Stadt						
- Leitlinien Alterspolitik			X			
- Antrag zum Vorstoss Benz			X			
Kanton Bern						
- Altersleitbild 2005		X				
- Bericht Alterspolitik 2004		X				
- Bericht Alterspolitik 2007		X				
Stadt Bern						
- Alterskonzept 2000		X				
- Umsetzungsbericht 2001		X				
- Umsetzungsbericht 2004		X				
- Umsetzungsbericht 2008		X				
- Broschüre Alterspolitik 2009						X
Kanton Zürich						
- Bericht Alterspolitik				X		
- Richtlinien Spitex			X			
Stadt Zürich						
- Strategische Leitsätze GUD					X	
- Alterskonzept					X	
- Spitex-Strategie 2014			X			
- Strategie Pflegezentren						X
- Strategie Altersheime						X

Quellen: Strategiedokumente der Kantone und Gemeinden (Nachweise in den einzelnen Kapiteln zu den Strategien)

B = Beschluss

K = Kenntnisnahme

Der Vergleich der strategischen Dokumente zur Langzeitpflege zeigt, dass die Strategien politisch sehr unterschiedlich verankert sind. Nur der Kanton Bern und die Stadt Bern haben ihre Strategiedokumente dem Parlament zur Kenntnisnahme vorgelegt. Dabei fällt auf, dass in Stadt und Kanton Bern konsequent auch Zwischen- und Umsetzungsberichte jeweils den Parlamenten zur Kenntnisnahme vorgelegt wurden. Beim Kanton Basel-Stadt hat der Regierungsrat die Leitlinien zur Alterspolitik beschlossen.

Im Kanton Zürich hat der Regierungsrat vom Bericht zur Alterspolitik „[...] im Sinne der Erwägungen Kenntnis genommen“ (Regierungsrat Zürich 2005: 3). In den Erwägungen zu seinem Beschluss führt der Regierungsrat aus, dass der Bericht bewusst auf die Erarbeitung einer eigentlichen Alterspolitik verzichtet und sich darauf konzentriert habe, Leitlinien zu definieren, die dem Handeln des Regierungsrates als Grundlage dienen können (vgl. Regie-

rungsrat Zürich 2005: 2). Es ist nicht ersichtlich, warum der Regierungsrat auf eine Beschlussfassung zur Alterspolitik verzichtet hat. Die Ausführungen in den Erwägungen deuten jedoch darauf hin, dass der Regierungsrat die im Bericht dargestellten Leitlinien nicht als Verpflichtung für seine Politik verstanden haben will.

In der Stadt Zürich wurde einzig ein Teilbereich der Strategie für die Langzeitpflege, nämlich die Spitex-Strategie 2014, der Regierung zur Beschlussfassung vorgelegt. Die thematisch umfassenden Strategiedokumente (Alterskonzept, Strategische Leitsätze) hat das zuständige Fachdepartement beschlossen. Ausserdem bestehen auf Stufe Amt weitere strategische Dokumente.

Zusammenfassend ergibt sich, dass nur im Kanton und in der Stadt Bern dem Postulat der strategischen Führung durch das Parlament nachgelebt wird. Im Kanton Basel-Stadt hat immerhin die Exekutive die strategische Ausrichtung der Alterspolitik beschlossen. Im Kanton Zürich hat der Regierungsrat den Bericht zur Alterspolitik nur zur Kenntnis genommen und damit eine gewisse Distanz ausgedrückt. In der Stadt Zürich fehlt eine Verankerung der Strategie auf der Stufe Parlament oder Exekutive.

4.1.3 Konsistenz

Strategien können in umfassende Strategien und Teilstrategien unterteilt, auf tiefere Ebenen herunter gebrochen und im Zeitverlauf überarbeitet und angepasst oder ganz ersetzt werden. Dabei sollten Teilstrategien kohärent sein mit der Gesamtstrategie, Strategien auf tieferer Ebene sollten auf die übergeordneten Strategien Bezug nehmen und ihnen nicht widersprechen und schliesslich soll bei Änderungen der Bezug zu früheren Strategien hergestellt und ihr Verhältnis zueinander geklärt werden. Anhand dieser Grundsätze werden die untersuchten Strategiedokumente beurteilt.

Kanton Basel-Stadt:

Die Alterspflegepolitik im Kanton Basel-Stadt beruht auf den Leitlinien für eine umfassende Alterspolitik, die vom Regierungsrat beschlossen wurden. Die Stellungnahme des Regierungsrates an den Grossen Rat zum Anzug Benz und Konsorten, die vor der Beschlussfassung zur Alterspolitik erfolgte, wird vorliegend in die Untersuchung mit einbezogen, da darin die Grundzüge der Alterspolitik bereits dargestellt wurden. Dieses Dokument ist jedoch kein Strategiedokument im formellen Sinne und hat auch nicht diesen Anspruch. Somit bleiben einzig die Leitlinien für eine umfassende Alterspolitik als Strategiedokument. Die Frage der Konsistenz stellt sich hier nicht.

Kanton Bern:

Im Kanton Bern geht die Alterspolitik auf das Altersleitbild 2005 zurück, das der Grosse Rat im Jahr 1993 zustimmend zur Kenntnis genommen hat. Das Dokument „Alterspolitik im Kanton Bern“ aus dem Jahr 2004 ist ein Planungsbericht und Konzept für die weitere Umsetzung der mit Altersleitbild 2005 festgelegten Ziele. Darin wird explizit auf das Altersleitbild 2005

Bezug genommen und deren Ziele werden aufgeführt. Der Zwischenbericht 2004 zur Alterspolitik im Kanton Bern knüpft wiederum sowohl am Altersleitbild 2005 als auch am Planungsbericht aus dem Jahr 2004 an und übernimmt dessen Struktur. Alle Dokumente wurden dem Grossen Rat zur Kenntnis gebracht. Die Strategie erscheint daher als in sich konsistent.

Stadt Bern:

Die Alterspolitik der Stadt Bern basiert auf dem Alterskonzept aus dem Jahr 2000, das vom Stadtrat (Legislative) zur Kenntnis genommen wurde. Die Zwischenberichte aus den Jahren 2001, 2004 und 2008 nehmen alle auf das Alterskonzept Bezug und lehnen sich in der Gliederung an das Alterskonzept an. Alle Zwischenberichte wurden ebenfalls dem Stadtrat zur Kenntnis gebracht. Die Broschüre zur Alterspolitik der Stadt Bern aus dem Jahr 2009 präsentiert sich als Zusammenfassung des Alterskonzepts und der drei Zwischenberichte. Sie wurde vom Alters- und Versicherungsamt erstellt. Die Alterspolitik hat in den Jahren von 2000 bis 2009 Veränderungen erfahren und Schwerpunkte wurden anders gesetzt. Insofern ist die Broschüre 2009 mehr als eine formelle Zusammenfassung, indem sie Überholtes weglässt und Gewichtungen neu vornimmt. Daher wäre eine Verabschiedung durch den Gemeinderat zumindest prüfenswert gewesen. Insgesamt erscheint die Strategie durch die klare Bezugnahme und Übernahme der wichtigsten strategischen Ziele aus dem Alterskonzept dennoch als konsistent.

Kanton Zürich:

Der Beschluss des Regierungsrates aus dem Jahr 2005 zur Alterspolitik ist die Grundlage der Alterspolitik im Kanton Zürich. Die Richtlinien des Regierungsrates über das Leistungsangebot der Spitex stellen kein Strategiedokument im formellen Sinne dar, enthalten jedoch strategische Elemente. Sie stützen sich auf das kantonale Gesundheitsgesetz und sind damit Teil der Gesetzgebung. In den Richtlinien wird nicht auf die früher erlassene Alterspolitik Bezug genommen. Da die Richtlinien zum Spitex-Angebot formell nicht als Teilstrategie der Alterspolitik erscheinen, ist der fehlende Hinweis auf das Strategiedokument nachvollziehbar. Materiell können die Richtlinien jedoch als Teilstrategie betrachtet werden, weshalb eine Bezugnahme auf die übergeordnete Strategie angezeigt gewesen wäre.

Stadt Zürich:

Die Stadt Zürich hat ein umfassendes Alterskonzept aus dem Jahr 2002. Die im Jahr 2007 publizierten strategischen Leitsätze des Gesundheits- und Umweltdepartements betreffen das ganze Departement, wovon die Alterspflegepolitik nur ein Teil ist. In den strategischen Leitsätzen wird nicht auf das Alterskonzept Bezug genommen. Die Spitex-Strategie, die im Jahr 2005 vom Stadtrat beschlossen wurde, kann inhaltlich als Teilstrategie betrachtet werden. Darin findet sich jedoch weder eine Bezugnahme zum Alterskonzept noch zu den strategischen Leitsätzen, die bereits damals in einer Vorgängerversion bestanden. Auch die beiden strategischen Dokumente der Pflegeheime und Altersheime stellen keinen Bezug her zum Alterskonzept oder zu den strategischen Leitsätzen. Insgesamt fehlt den verschiedenen Strategiedokumenten (aus einer formellen Betrachtung) der Zusammenhang.

4.1.4 Elemente

4.1.4.1 Übersicht

Die untersuchten Strategiedokumente sind sehr unterschiedlich in ihrer Ausführlichkeit und Tiefe, aber auch in ihrer Darstellung und Gliederung. Dennoch können die strategischen Aussagen in die folgenden fünf Kategorien unterteilt werden:

- Grundsätze zur Rolle des Staates in der Langzeitpflege
- Allgemeine personenbezogene und angebotsbezogene Grundsätze
- Grundsätze zur stationären Versorgung
- Grundsätze zur ambulanten Versorgung
- Übergreifende Themen.

Im Folgenden werden die wichtigsten strategischen Grundsätze der in Tabelle 18 erwähnten Strategiedokumente den fünf Kategorien zugeordnet. Dabei werden nur die Aussagen aus den Strategiedokumenten übernommen. Ein strategisches Element, das zwar in der Praxis vorkommt, in den Strategiedokumenten jedoch nicht erwähnt wird, erscheint daher nicht in dieser Liste.

Tabelle 19: Übersicht der wichtigsten strategischen Grundsätze

Strategische Grundsätze	Kanton BS	Kanton Bern	Stadt Bern	Kanton Zürich	Stadt Zürich
Rolle des Staates					
Staat tritt als Anbieter auf					X
Staat tritt nicht als Anbieter auf, sondern steuert und finanziert	X	X	X	X	
Allgemeine Grundsätze					
Förderung der Selbstständigkeit des älteren Menschen	X	X	X	X	X
Ältere Menschen sollen solange als möglich zu Hause leben	X	X	X		X
„Ambulant vor stationär“	X				
Grundsätze zur stationären Versorgung					
Kontingentierung der Heimplätze		X			
Richtwert für Anzahl Pflegeheimplätze	X			X	
Mittelfristige Reduktion des prozentualen Anteils an Pflegeplätzen		X			
Ausbau der Heimplätze (aus heutiger Sicht)					
Heimplätze möglichst für schwer Pflegebedürftige		X			
Möglichst wenig Heimeintritte		X		X	
Förderung verschiedener Wohnformen		X	X		X

Grundsätze zur ambulanten Versorgung					
Ausbau/Stärkung der Spitex	X	X	X	X	X
Qualitativer Ausbau der Spitex		X	X	X	X
Quantitativer Ausbau der Spitex		X	X		X
Deckung des zusätzlichen Bedarfs durch ambulante Angebote		X			
Übergreifende Themen					
Projekte zur Prävention		X	X	X	X
Unterstützung der pflegenden Angehörigen	X	X	X		X
Information und Transparenz	X	X	X		X

Quellen: Strategiedokumente der Kantone und Gemeinden (Nachweise in den einzelnen Kapiteln zu den Strategien)

In den folgenden Kapiteln werden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Strategien anhand der fünf Kategorien erläutert.

4.1.4.2 Rolle des Staates

Die Sicherstellung der Versorgung mit ambulanten und stationären Angeboten der Langzeitpflege ist in allen betrachteten Kantonen und Städten eine staatliche Aufgabe, für die die Kantone und Städte allein oder gemeinsam verantwortlich sind. Daraus stellt sich für die Gemeinwesen die Frage, ob sie im Rahmen dieser Aufgabe auch als Anbieter auftreten wollen. Im Bereich der Spitex-Versorgung zeigt sich klar, dass der Staat selbst keine Spitex-Leistungen erbringen will, sondern dies den Privaten überlässt. In der Bereitstellung von stationären Pflegeplätzen gibt es hingegen Unterschiede. Die Kantone Basel-Stadt, Bern und Zürich sowie die Stadt Bern wollen keine eigenen Heime betreiben. Die Stadt Bern weicht allerdings von diesem in der Alterspolitik explizit festgehaltenen Grundsatz ab, indem sie in der Gemeinde Wald bei Bern das Pflegeheim Kühlewil betreibt. Die geplante Privatisierung ist im Jahr 2004 am politischen Widerstand gescheitert (vgl. Interview Leuthold 2009: 8). Die Stadt Zürich hingegen bekennt sich klar dazu, dass sie selbst als Anbieterin von Pflegeheimplätzen auftreten will.

Auch wenn der Kanton Basel-Stadt und die Stadt Bern – abgesehen vom Pflegeheim Kühlewil – keine eigenen Heime betreiben, besteht bei verschiedenen Heimen doch eine enge Verbindung zum Staat. In Basel betreibt das Bürgerspital Basel, eine öffentlich-rechtliche Stiftung die zur Bürgergemeinde der Stadt Basel gehört, sechs Heime mit insgesamt 377 Plätzen. Die Stadt Bern besetzt einen Drittel der Vorstandssitze im Verein Domicil, der mit 14 Heimen und 777 Plätzen der grösste Anbieter in der Stadt Bern ist.

4.1.4.3 Allgemeine personenbezogene und angebotsbezogene Grundsätze

Allen Strategien zur Langzeitpflege ist gemeinsam, dass sie die Selbstständigkeit des älteren Menschen fördern wollen. Auch der Grundsatz, dass die älteren Menschen möglichst lange zu Hause leben können sollen, ist breit abgestützt. Hingegen findet sich der Grundsatz „ambulant

vor stationär“ explizit nur in einem Dokument des Kantons Basel-Stadt. Dieser Grundsatz bedeutet, dass ambulante Angebote Priorität vor stationären Angeboten geniessen und entsprechend gefördert werden sollen.

4.1.4.4 Grundsätze zur stationären Versorgung

Die Grundsätze zur stationären Versorgung unterscheiden sich zum Teil beträchtlich. Der Kanton Bern hat in seiner Strategie die deutlichsten Vorgaben gesetzt. Er hat die Pflegeplätze langfristig auf dem Niveau von 15 500 Plätzen kontingentiert. Im Wissen, dass die demografische Entwicklung mittel- und langfristig zu einem wesentlich höheren Anteil an älteren Menschen im Kanton Bern führt, akzeptiert er, dass damit der prozentuale Anteil an Pflegeheimplätzen für die ältere Bevölkerung deutlich sinken wird. Der Kanton Bern hat als einziges Gemeinwesen explizit festgehalten, dass die von ihm mitfinanzierten Pflegeheime vor allem für schwer Pflegebedürftige zur Verfügung stehen sollen. Folgerichtig ist es für den Kanton Bern auch ein Ziel, Heimeintritte möglichst zu vermeiden.

In den Kanton Basel-Stadt und Zürich gibt es Richtwerte zum Bedarf an Pflegeheimplätzen. Im Kanton Zürich kommt der Richtwert nur bei der Beurteilung von Gesuchen für Investitionsbeiträge zur Anwendung. Die Beiträge werden gewährt, wenn der Bedarf gemäss Richtwert ausgewiesen ist. Auch im Kanton Basel-Stadt beruht die Bedarfsplanung auf einem Richtwert. Da jedoch in Basel zu wenige Pflegeplätze bestehen und ein Ausbau erwünscht ist, erfolgt keine Steuerung über die Bedarfsplanung.

Die Absicht möglichst wenige Heimeintritte zu haben, findet sich erstaunlicherweise nur in den Strategiedokumenten des Kantons Bern und des Kantons Zürich (hier allerdings „nur“ in den Richtlinien zum Spitex-Angebot und nicht im Bericht zur Alterspolitik). Wie die Fallstudien zeigen, verfolgt jedoch die Langzeitpflegepolitik in allen betrachteten Gemeinwesen das Ziel, Heimeintritte zu vermeiden. Offenbar wird dies jedoch in den strategischen Dokumenten nicht explizit zum Ausdruck gebracht.

Die Förderung verschiedener Wohnformen ist im Kanton und in der Stadt Bern sowie in der Stadt Zürich ein strategisches Anliegen der Alterspolitik.

4.1.4.5 Grundsätze zur ambulanten Versorgung

In der ambulanten Versorgung ist eine übereinstimmende Ausrichtung zum Ausbau und zur Stärkung der Spitex erkennbar. Aufgeführt wird vor allem der qualitative Ausbau der Spitex, d.h. die Verbesserung der zeitlichen Verfügbarkeit und die Erweiterung um spezifische Schwerpunkte wie Onko-Spitex oder Palliativ-Spitex. Hingegen wird der damit verbundene quantitative Ausbau der Spitex gar nicht oder nur zurückhaltend erwähnt.

Auffallend ist auch im ambulanten Bereich der deutliche Positionsbezug des Kantons Bern. Er ist bestrebt, den sinkenden Anteil an Pflegeheimplätzen durch einen qualitativen und quantitativen Ausbau der Spitex zu kompensieren.

4.1.4.6 Übergreifende Themen

Bei den übergreifenden Themen ist eine hohe Übereinstimmung festzustellen. Mit Ausnahme von Basel-Stadt sehen alle betrachteten Gemeinwesen einen Bedarf an verstärkter Prävention. Dabei geht es einerseits um generelle Prävention im Sinne der Verhinderung von Krankheiten und Unfällen (Kanton Zürich, Stadt Zürich), andererseits sollen durch präventive Massnahmen gezielt Heimeintritte vermieden oder verzögert werden (Kanton Bern, Stadt Bern).

Die Unterstützung von pflegenden Angehörigen ist allen Gemeinwesen mit Ausnahme des Kantons Zürich ein strategisches Anliegen. Die Entlastungsangebote sollen dazu beitragen, dass dieses Versorgungsnetz möglichst lange tragfähig bleibt und so dazu beiträgt, Heimeintritte zu verzögern oder zu verhindern. Dazu gehören Besuchsdienste, Informationsstellen, Freiwilligenarbeit, Schulungen für Angehörige von Demenzkranken, aber auch stationäre Angebote wie Tageszentren, Nachtbetreuung und Teilzeitaufenthalte.

Die einfache Zugänglichkeit der Informationen über die Angebote im Altersbereich ist ebenfalls bei allen Gemeinwesen ausser dem Kanton Zürich eine explizite Zielsetzung.

4.2 Vergleich der angewandten Steuerungsinstrumente

4.2.1 Einführung

Die Langzeitpflege wird von vielen Akteuren beeinflusst. Sie umfasst im stationären Bereich neben den Pflegeheimen auch teilstationäre Angebote und im ambulanten Bereich gehören neben den Pflegeleistungen der Spitex auch hauswirtschaftliche Leistungen und weitere Angebote wie Mahlzeitendienst etc. dazu. Die Steuerung dieser Angebote kann auf Angebot und Nachfrage, auf die Qualität oder auch auf Effizienz und Effektivität ausgerichtet sein. In der vorliegenden Arbeit wird die Untersuchung der Steuerungsinstrumente in dreierlei Hinsicht beschränkt. Erstens wird nur die Steuerung durch den Staat berücksichtigt. Zweitens wird nur die Steuerung der Pflegeheimplätze und der KLV-Leistungen der Spitex betrachtet und drittens wird nur die Mengensteuerung untersucht, d.h. die Einflussnahme auf das Angebot oder die Nachfrage.

In diesem Kontext werden Steuerungsinstrumente wie folgt definiert:

Steuerungsinstrumente sind Handlungsmöglichkeiten des Staates, mit denen die Nachfrage oder das Angebot nach Pflegeheimplätzen oder nach Spitex-Pflegeleistungen spürbar beeinflusst werden können.

Das Mass der Beeinflussung ist je nach Instrument sehr unterschiedlich. Dies mögen zwei Beispiele veranschaulichen: Es ist unzweifelhaft, dass eine restriktiv gehandhabte Pflegeheimliste das Angebot an Pflegeplätzen beeinflusst. Die Auswirkungen eines Mahlzeiten-

dienstes auf die Heimeintritte sind hingegen schwierig zu quantifizieren. Vorliegend werden diejenigen Instrumente aufgeführt, über deren Beeinflussungspotential ein Minimalkonsens bei den betroffenen Gemeinwesen besteht.

4.2.2 Steuerungsinstrumente in der stationären Langzeitpflege

Aus den untersuchten Dokumenten und Unterlagen zu den Fallstudien sowie aus den Interviews lassen sich folgende Instrumente zur Steuerung der stationären Langzeitpflege herleiten:

Pflegeheimliste:

Das KVG verlangt von den Kantonen, dass sie die Pflegeheime, die als Leistungserbringer der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen werden wollen, auf einer Pflegeheimliste aufführen. Die Aufnahme auf die Pflegeheimliste ist für die Pflegeheime ein wichtiges Erfordernis im Hinblick auf die Finanzierung der Pflegeleistungen durch die Krankenversicherer. Es gibt vereinzelt Pflegeheime, die nicht auf der Pflegeheimliste erscheinen. Deren Bewohner und Bewohnerinnen erhalten von den Krankenversicherern keine Beiträge und müssen diese Leistungen selbst bezahlen. Bei einem drohenden Überangebot an Pflegeheimplätzen können die Kantone mit der Pflegeheimliste wirksam das Angebot steuern.

In der Regel basiert der Entscheid zur Aufnahme auf die Pflegeheimliste auf einer Bedarfsabschätzung im Rahmen der Bedarfsplanung. Die Bedarfsplanung hat jedoch nur eine unterstützende Funktion für das Instrument der Pflegeheimliste und wird daher im Folgenden nicht als eigenes Steuerungsinstrument aufgeführt.

Staatliche Leistungserbringung:

Die staatliche Leistungserbringung gibt dem Staat die Möglichkeit, durch das Auftreten als Anbieter das Angebot direkt mit zu gestalten. Er kann dabei über die Menge der angebotenen Plätze und über den Preis das eigene Angebot steuern, aber auch auf das Gesamtangebot einwirken.

Zentrale Bettenvermittlung:

Eine zentrale Bettenvermittlungsstelle kann unterschiedlich ausgestaltet sein. In Basel müssen alle Anmeldungen für Heimeintritte über die vom Kanton geführte zentrale Koordinationsstelle erfolgen. In der Stadt Zürich gilt dies nur für Eintritte in die von der Stadt geführten Einrichtungen. Die zentrale Koordination führt zu einer gleichmässigen Auslastung der vorhandenen Heime und trägt dazu bei, dass das vorhandene Angebot möglichst optimal ausgeschöpft wird.

Einsatz in Leitungsgremien:

Über den Einsatz in Leitungsgremien von Pflegeheimen kann der Staat auf das Angebot Einfluss nehmen. Die Einflussmöglichkeiten hängen von den Mehrheitsverhältnissen bzw. von den Kompetenzen der vom Staat delegierten Personen ab.

Investitionsbeiträge:

Die Ausrichtung von Beiträgen an Investitionen kann sowohl das Angebot als auch die Nachfrage beeinflussen. Die Gewährung von Investitionsbeiträgen kann für die Anbieter ein Anreiz sein, neue Heime zu errichten bzw. zusätzliche Plätze in bestehenden Heimen zur Verfügung zu stellen. Die Beiträge funktionieren hier als Anreiz zur Ausweitung des Angebots. Die Beurteilung der Gesuche um Investitionsbeiträge kann auf eine Bedarfsplanung abgestützt werden, wie dies im Kanton Zürich der Fall ist.

Investitionsbeiträge ermöglichen den Heimträgern auf der anderen Seite, die Preise für den Heimaufenthalt entsprechend tiefer anzusetzen. Mit den staatlich vergünstigten Preisen wird die Nachfrage nach Heimplätzen tendenziell gesteigert. Dieser Mechanismus kommt allerdings nur bei Selbstzahlern und Selbstzahlerinnen zum Zug. Bei den Empfängern und Empfängerinnen von Ergänzungsleistungen, deren Anteil in den Pflegeheimen sehr hoch ist, führt eine Änderung der Preise nicht zu veränderten Anreizen.

Betriebsbeiträge:

Für staatliche Beiträge an den Betrieb gelten grundsätzlich die Ausführungen zu den Investitionsbeiträgen. Auch sie können sowohl das Angebot als auch die Nachfrage beeinflussen.

Spitex-Angebot:

Die Nachfrage nach Heimplätzen kann über den qualitativen und quantitativen Ausbau der Spitex-Leistungen dämpfend beeinflusst werden. Da der Staat in der Regel nicht selbst Anbieter von Spitex-Leistungen ist, erfolgt seine Einflussnahme über die Steuerungsinstrumente in der Spitex-Versorgung.

Entlastungsangebote:

Entlastungsangebote dienen der Entlastung der pflegenden Angehörigen und haben zum Ziel, die Tragfähigkeit dieses Versorgungsnetz langfristig zu gewährleisten. Dazu gehören z.B. Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, Tagesstätten, Präventionsprojekte, Freiwilligenarbeit und Besuchsdienste, aber auch stationäre und teilstationäre Angebote für Tagesbetreuung, Nachtbetreuung sowie Teilzeitaufenthalte und Tageszentren für einen regelmässigen Aufenthalt an einem oder mehreren Tagen pro Woche. Die Entlastungsangebote sollen Heimeintritte verhindern oder verzögern.

Obligatorische Beratung / Pflegebedarfsnachweis:

Der Heimeintritt in staatlich subventionierte Heime kann von der Ausstellung eines Pflegebedarfsnachweises abhängig gemacht werden. Dazu ist ein vorgängiges obligatorisches Beratungsgespräch mit einer Pflegefachperson bei der staatlichen Beratungsstelle erforderlich. Im Rahmen dieser Beratung wird insbesondere geprüft, ob alle Möglichkeiten der Hilfe und Pflege zu Hause ausgeschöpft sind. Wenn die Pflege zu Hause nicht mehr möglich ist oder die Kosten der Pflege zu Hause unverhältnismässig werden, wird der Pflegebedarfsnachweis aus-

gestellt, der zu einem Heimeintritt berechtigt. Mit diesem Instrument kann die Nachfrage gesteuert und der Heimtritt z.B. auf schwer pflegebedürftige Personen beschränkt werden.

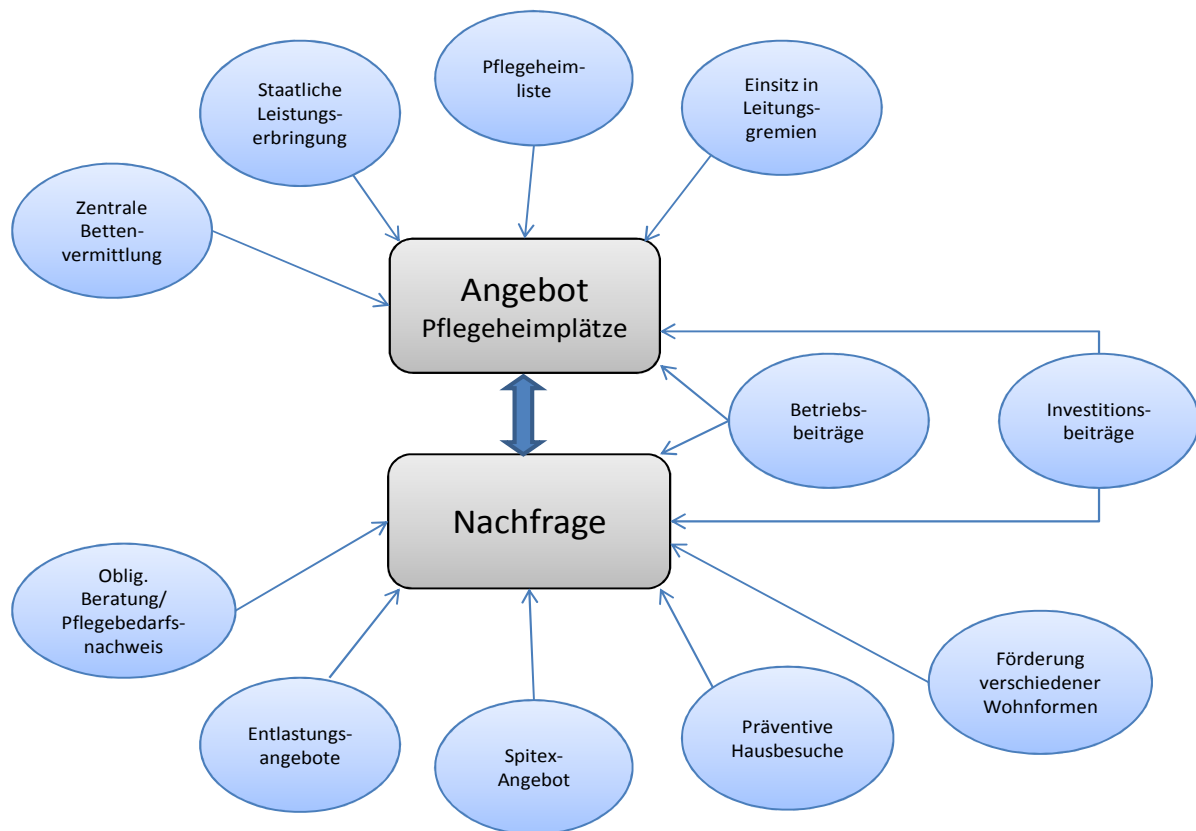
Präventive Hausbesuche:

Präventive Hausbesuche haben das Ziel, ältere Menschen mit einer individuellen Beratung über gesundheitliche Risiken im Alter und mögliche vorbeugende Massnahmen zu informieren. Damit soll erreicht werden, dass Pflegeleistungen gar nicht oder erst später beansprucht werden und der Eintritt in ein Pflegeheim vermieden oder verzögert werden kann.

Förderung verschiedener Wohnformen:

Mit der Förderung verschiedener Wohnformen sollen Alternativen zum Wohnen zu Hause einerseits und zum Heimeintritt andererseits gefördert werden. Dazu gehört das Wohnen in Alterswohngemeinschaften, in gemeinschaftlichen Modellen sowie im betreuten Wohnen. Damit sollen die Pflegeheime entlastet werden.

In Abbildung 1 werden die Steuerungsinstrumente der stationären Langzeitpflege und ihr Einfluss auf Angebot und/oder Nachfrage grafisch dargestellt.

Abbildung 1: Steuerungsinstrumente stationäre Langzeitpflege

Die Abbildung zeigt, dass ein breites Instrumentarium besteht, sowohl für die Steuerung der Nachfrage, als auch für die Steuerung des Angebots.

4.2.3 Steuerungsinstrumente in der ambulanten Langzeitpflege

Aus den Fallstudien ergeben sich folgende Steuerungsinstrumente in der ambulanten Langzeitpflege:

Vorgabe einer maximalen Leistungsmenge:

Der Staat kann gegenüber subventionierten Spitex-Organisationen maximale Leistungsmengen vorgeben, d.h. die Anzahl der subventionierten Leistungsstunden für einen bestimmten Zeitraum nach oben begrenzen. Dies führt bei den Spitex-Organisationen zu einem Anreiz, die Menge der erbrachten Stunden entsprechend zu beeinflussen, wobei sie hier allerdings nur über einen geringen Spielraum verfügen.

Vorgabe einer Kostenobergrenze pro Stunde:

Statt die Mengen vorzuschreiben, kann der Staat gegenüber subventionierten Spitex-Organisationen Kostenobergrenzen pro subventionierte Leistungsstunde vorgeben. Die Spitex-Organisationen können darauf unterschiedlich reagieren. Neben der Ergreifung von Massnahmen zur Verbesserung der Effizienz können sie auch versucht sein, die Personalkosten durch den Einsatz von weniger gut qualifiziertem Personal zu senken. Dies hat Auswirkungen auf die Qualität der Leistungserbringung und somit auf das Angebot und könnte schliesslich zu einem Nachfragerückgang führen. Diese Wirkungskette erfährt allerdings dort Grenzen, wo gleichzeitig Vorgaben zur Qualität und zur Qualifikation des Personals bestehen.

Vorgaben zum Leistungsangebot:

Im Rahmen von Leistungsvereinbarungen kann der Staat den subventionierten Spitex-Organisationen Vorgaben zum Leistungsangebot machen. Dazu gehören insbesondere Vorgaben zur zeitlichen Verfügbarkeit und zur Qualität, aber auch die Verpflichtung zur Erbringung spezialisierter Angebote wie Onko-Spitex oder Palliativ-Spitex. Mit solchen Vorgaben wird das Einsatzspektrum der Spitex-Organisationen breiter und damit das Angebot verbessert. Das qualitativ bessere und umfassendere Angebot wirkt sich wiederum auf die Nachfrage aus.

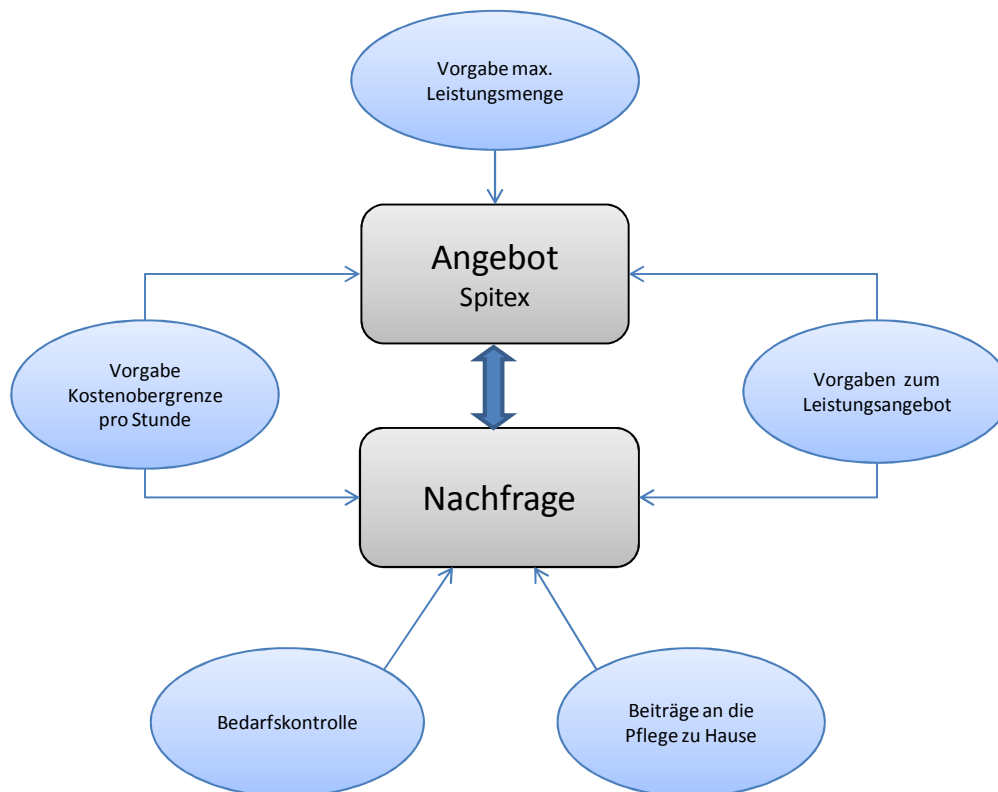
Bedarfskontrolle:

Ein weiteres Instrument gegenüber subventionierten Spitex-Organisationen ist die Bedarfskontrolle im Einzelfall. So kann z.B. bei grösserem Pflegebedarf der Umfang der Leistungserbringung zu Beginn des Pflegeauftrags geprüft und damit eine Überversorgung verhindert werden.

Beiträge an die Pflege zu Hause:

Um das private Netz von pflegenden Angehörigen zu unterstützen, kann der Staat Beiträge an Personen ausrichten, die regelmässig eine pflegebedürftige Person pflegen. Die Wirkung solcher Beiträge ist allerdings schwierig zu beurteilen. Mit den Pflegebeiträgen kann allenfalls die Nachfrage nach Spitex-Leistungen gesenkt oder ein Pflegeheimeintritt verhindert oder verzögert werden.

In Abbildung 2 werden die Steuerungsinstrumente der ambulanten Langzeitpflege und ihr Einfluss auf Angebot und/oder Nachfrage grafisch dargestellt.

Abbildung 2: Steuerungsinstrumente ambulante Langzeitpflege

Es fällt auf, dass für die Steuerung der Spitex deutlich weniger Instrumente zur Verfügung stehen als im stationären Bereich.

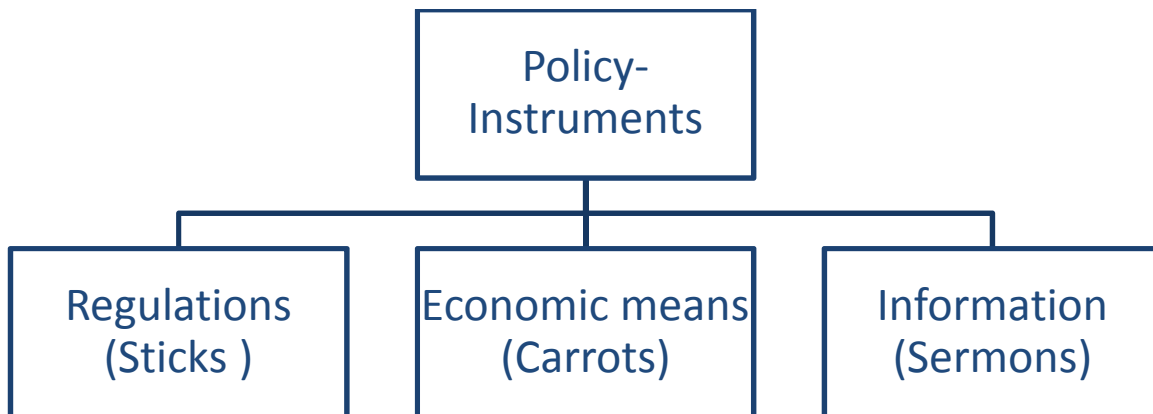
4.2.4 Typisierung von Policy-Instrumenten

4.2.4.1 Theoretische Grundlage

Bei der Umsetzung einer Politik (Policy) stehen dem Staat in der Regel zahlreiche Instrumente mit unterschiedlichem Charakter und vielfältigen Wirkungsweisen zur Verfügung. Für die Umsetzungsplanung einer Politik ist es daher wichtig, einen Überblick über die verschiedenen Formen von Instrumenten zu haben. In der Literatur findet sich eine Vielfalt von Kategorisierungen zu Policy-Instrumenten. Die Modelle reichen von sehr einfachen Klassifizierungen bis zu umfassenden Ansätzen. Ein Beispiel für ein einfaches Modell ist der Minimalist Approach von Brigham und Brown, die nur zwischen negativ-unterdrückenden und positiv-bejahenden Instrumenten unterscheiden. Auf der anderen Seite gibt es Ansätze im Sinne eines Maximalist Approach mit einer langen Liste von Instrumenten, die jedoch kaum in Gruppen unterteilt ist (vgl. Vedung 1998: 21ff.).

Eine nützliche Kategorisierung soll einerseits einfach und übersichtlich, andererseits genügend differenziert sein. Ein solches Modell kann sich jedoch nur auf ein bestimmtes Thema beziehen und nicht Allgemeingültigkeit beanspruchen. Eine gute Grundlage dazu bietet Vedung mit seiner dreiteiligen Kategorisierung:

Abbildung 3: Policy-Instrumente nach Vedung



Quelle: Vedung 1998: 30

Vedung unterscheidet die drei Kategorien Regulierung, ökonomische Mittel und Information. Populär ausgedrückt bezeichnet er diese als Stöcke, Karotten und Predigten. Auf den Punkt gebracht formuliert er die Möglichkeiten des Staates wie folgt (Vedung 1998: 30): „The government may either force us, pay us or have us pay, or persuade us.“

Unter *Regulierungen* versteht Vedung Massnahmen des Staates zur Einflussnahme auf die Bevölkerung durch formelle Regelungen und Anweisungen, welche die Adressaten verpflichten danach zu handeln. Nach Vedung sind damit jedoch nicht zwingend Sanktionen für den Fall der Nichteinhaltung verbunden. Als *ökonomische Mittel* gelten die Verteilung oder die Wegnahme von materiellen Ressourcen, sei es Geld oder Sachen. Hier geht es um wirtschaftliche Anreize finanzieller oder nicht-finanzieller Art. Es werden Anreize für oder gegen ein bestimmtes Handeln gesetzt. Die Adressaten sind jedoch im Gegensatz zur Regulierung nicht verpflichtet, sich im gewünschten Sinne zu verhalten. Die Kategorie *Information* (auch moralische Appelle genannt) umfasst Versuche, die Zielgruppen durch Wissenstransfer, Kommunikation und rationales Argumentieren zu beeinflussen. Sie umfasst alle Kommunikationsmittel und -wege. Es ist jedoch kein staatlicher Zwang oder Druck damit verbunden. Der Entscheid darüber, ob im Sinne der Information gehandelt wird oder nicht, ist vollständig den Adressaten überlassen (vgl. Vedung 1998: 31ff.).

4.2.4.2 Typisierung der Instrumente in der Langzeitpflege

Im Folgenden wird versucht, die Instrumente der Langzeitpflege auf der Grundlage des Modells von Vedung zu kategorisieren. Die Abbildung 1 und die Abbildung 2 haben gezeigt,

dass die Steuerungsinstrumente auf das Angebot und/oder die Nachfrage einwirken. Aus der Beschreibung der Steuerungsinstrumente ergibt sich zudem, dass nicht mit allen Instrumenten die gesamte Nachfrage oder das gesamte Angebote gesteuert werden kann. Oft haben die Instrumente nur einen Einfluss auf das subventionierte Angebot bzw. die Nachfrage nach subventionierten Leistungen. Daher soll ergänzend zu den Kategorien von Vedung danach unterschieden werden, ob die Steuerungsinstrumente auf der Anbieter- oder auf der Nachfrageseite Wirkung entfalten und welcher Teil der Anbieter bzw. der Nachfrager davon betroffen ist.

Tabelle 20: Typisierung der Steuerungsinstrumente in der stationären Langzeitpflege

	Zielgruppen auf Anbieterseite			Zielgruppen auf Nachfrageseite	
	Alle Anbieter	Subventionierte Anbieter	Staatliche Anbieter	Alle Nachfrager	Nachfrager nach subv. Leistungen
Regulative Instrumente	Pflegeheimliste	Einsatz in Leitungsgremien von subv. Anbietern Bettenvermittlung (mit Regulierungskompetenz)	Staatliche Leistungserbringung		
Anreize		Betriebsbeiträge Investitionsbeiträge		Ausgebautes Spitex-Angebot Entlastungsangebote Förderung verschiedener Wohnformen	Betriebsbeiträge (über Preisgestaltung) Investitionsbeiträge (über Preisgestaltung)
Persuasive Instrumente				Präventive Hausbesuche	

Die Zuordnung der Instrumente wird im Folgenden kurz erläutert: Mit der Pflegeheimliste kann das Angebot aller Anbieter regulativ gesteuert werden. Bei den subventionierten Anbietern kann über den Einsatz in Leitungsgremien ebenfalls reguliert werden. Dasselbe gilt für eine zentrale Bettenvermittlung mit der Kompetenz, Zuteilungen vorzunehmen. Die Betriebs- und Investitionsbeiträge an subventionierte Anbieter schaffen für diese einen Anreiz, das Angebot an Pflegeplätzen auszubauen. Ein Spezialfall ist die Leistungserbringung durch den Staat selbst. In dieser Rolle kann er selbst im Sinne einer Regulierung das Angebot bestimmen. Auf der Nachfrageseite stellen ein ausgebautes Spitex-Angebot, Entlastungsangebote und eine Auswahl an verschiedenen Wohnformen einen Anreiz dar, auf einen Heimeintritt zu verzichten und stattdessen diese Angebote zu nutzen. Die präventiven Hausbesuche sollen die Nachfrager davon überzeugen, frühzeitig Massnahmen zur Förderung ihrer eigenen Gesundheit zu ergreifen und damit einen Heimeintritt zu verzögern. Betriebs- und Investitionsbeiträge an subventionierte Heime führen zu tieferen Preisen und setzen damit Anreize für einen Heimeintritt.

Tabelle 21: Typisierung der Steuerungsinstrumente in der ambulanten Langzeitpflege

	Zielgruppe auf Anbieterseite		Zielgruppe auf Nachfrageseite	
	Alle Anbieter	Subventionierte Anbieter	Alle Nachfrager	Nachfrager nach subventionierten Leistungen
Regulative Instrumente		Vorgaben Leistungsangebot		Bedarfskontrolle
Anreize		Vorgabe max. Leistungsmenge Vorgabe Kostenobergrenze	Beiträge an Pflege zu Hause	Vorgaben Leistungsangebot
Persuasive Instrumente				

Im Folgenden wird die Zuteilung der einzelnen Instrumente kurz erläutert: Mit den Vorgaben zum Leistungsangebot wird den subventionierten Anbietern verpflichtend das Leistungsangebot vorgegeben. Die Vorgabe der maximalen Leistungsmenge ist hingegen nicht verpflichtend. Der Anbieter kann darüber hinaus gehen, hat aber einen Anreiz, dies nicht zu tun, da er dann keine Subventionen mehr dafür erhält. Das Gleiche trifft auf die Vorgabe der Kostenobergrenze zu. Die Bedarfskontrolle schränkt bei nicht gegebenem Bedarf den Zugang zu subventionierten Spitex-Leistungen ein. Die Beiträge an die Pflege zu Hause bieten einen Anreiz, auf die Inanspruchnahme von Spitex zu verzichten und stattdessen die pflegenden Angehörigen über Pflegebeiträge entschädigen zu lassen. Die Vorgaben zum Leistungsangebot an subventionierte Spitex-Organisationen führen zu einem attraktiven Spitex-Angebot und fördern die Nachfrage nach Spitex-Leistungen.

Die Übersicht in Tabelle 21 zeigt, dass sich die Spitex auf der Ebene aller Anbieter und Nachfrager, mit Ausnahme des eher untergeordneten Instruments der Beiträge an die Pflege zu Hause, nicht steuern lässt. Alle übrigen Steuerungsinstrumente zielen auf die subventionierten Anbieter und die Nachfrage nach subventionierten Leistungen.

5 Synthese und Schlussfolgerungen

5.1 Synthese

5.1.1 Einführung

Abschliessend sollen die Erkenntnisse aus der Darstellung der konzeptionellen Rahmenbedingungen und den Fallstudien im Sinne einer Synthese zusammengeführt werden. Die Synthese geht von den Fragestellungen aus, welche dieser Arbeit zugrunde liegen.

Zu Beginn dieser Arbeit wurden folgende Fragen gestellt:

- welche staatlichen Akteure steuern die stationäre und ambulante Langzeitpflege?
- welche Strategien haben sie?
- welche Instrumente stehen ihnen zur Verfügung?

5.1.2 Steuernde Akteure

Die Zuständigkeiten und Kompetenzen in der Langzeitpflege verteilen sich auf alle drei Staatsebenen. Die Zuständigkeit des Bundes beschränkt sich zwar auf die Regelung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Mit dieser Kompetenz hat er jedoch die Möglichkeit, in grundsätzlichen Fragen auf die Ausgestaltung der Langzeitpflege einzuwirken.

Die in den Fallstudien untersuchten Kantone haben die Zuständigkeiten in der Langzeitpflege unterschiedlich geregelt. Der *Kanton Basel-Stadt* übernimmt die Aufgaben der Stadt Basel, da diese keine eigenen Verwaltungsbehörden hat. Im *Kanton Bern* ist die Gewährleistung der Langzeitversorgung eine Verbundaufgabe von Kanton und Gemeinden. In der ambulanten Versorgung sind die Gemeinden für die Bereitstellung des Angebots verantwortlich und vergeben Leistungsaufträge an Spitex-Organisationen. Der Kanton kann dabei über die Mitfinanzierung Einfluss nehmen. In der stationären Versorgung steuert vor allem der Kanton. Er gibt die maximale Anzahl Pflegeplätze für den Kanton vor, führt eine Bedarfsplanung durch und regelt die Finanzierung. Im *Kanton Zürich* ist die Sicherstellung der Versorgung mit Angeboten der stationären und ambulanten Langzeitpflege eine Aufgabe der Gemeinden. Der Kanton macht jedoch Vorgaben zum Angebot der Spitex und nimmt über die Ausrichtungen von Investitions- und Betriebsbeiträgen Einfluss. Zudem ist er zuständig für den Erlass der Pflegeheimliste. In der *Stadt Zürich* besteht die spezielle Situation, dass die Stadt ein grosser Anbieter von Pflegeplätzen ist. Dies eröffnet verschiedene Steuerungsmöglichkeiten und gibt der Stadt in der stationären Langzeitpflege eine starke Position.

Zusammenfassend ergibt sich, dass der Bund über das KVG verschiedene Pfeiler der Langzeitversorgung festlegt. Dennoch verbleibt den Kantonen bei der Umsetzung des KVG und insbesondere in ihren eigenen Kompetenzbereichen ein grosser Spielraum. In den Kantonen Bern und Zürich kommen sowohl dem Kanton als auch den Gemeinden Aufgaben zu, aller-

dings mit unterschiedlichen Gewichtungen. In beiden Kantonen ist die Gestaltung der Langzeitpflege ein Zusammenspiel von Kanton und Gemeinden. Im Kanton Basel-Stadt ist der Kanton allein bestimmend, da die Stadt Basel keine eigene Verwaltung hat.

5.1.3 Strategien

Der Bund hat eine Strategie für eine schweizerische Alterspolitik formuliert. Im Zusammenhang mit der Versorgung vertritt er eine bedürfnis- und risikoorientierte Ausrichtung. Diese soll für die älteren Menschen die nötigen Mittel sicher stellen, damit sie ihren individuellen Bedürfnissen und Wünschen entsprechend würdig leben und sterben können (vgl. Schweizerischer Bundesrat 2007: 45). Im Bereich der Langzeitpflege ist die Strategie des Bundesrates allgemein gehalten und präsentiert lediglich Handlungsoptionen, jedoch keine konkreten Ziele und Massnahmen.

Die Kantone Basel-Stadt, Bern und Zürich sowie die Städte Bern und Zürich haben zum Teil sehr umfangreiche Konzepte und Strategien zur Langzeitpflege entwickelt. In der Grundausrichtung stimmen alle darin überein, dass die Selbstständigkeit des älteren Menschen gefördert werden soll und dass es den älteren Menschen ermöglicht werden soll, möglichst lange zu Hause zu leben.

Bei der Ausrichtung der *stationären Langzeitpflege* ergibt sich ein differenzierteres Bild. Es bestehen überall Wartelisten für den Eintritt in ein Pflegeheim. Einen Ausbau der Pflegeplätze plant jedoch nur der Kanton Basel-Stadt.³⁰ Im Kanton Bern besteht eine Kontingentierung, die zur Folge hat, dass der Anteil an Pflegeplätzen für die über 80-Jährigen mittelfristig deutlich sinken wird. Der Kanton Zürich verlangt für die Aufnahme einer Einrichtung auf die Pflegeheimliste keinen Bedarfsnachweis und verzichtet somit auf eine Steuerung des Gesamtangebots an Pflegeheimplätzen.

Der Kanton Bern will die stationäre Langzeitpflege aktiv steuern und hat sich für eine Politik im Sinne des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ entschieden. Generell soll es möglichst wenige Heimeintritte geben und die zur Verfügung stehenden Heimplätze sollen möglichst für schwer Pflegebedürftige zur Verfügung stehen. Um den Druck auf die Pflegeheime wegzunehmen, werden verschiedene Wohnformen gefördert sowie Projekte zur Prävention und Angebote zur Entlastung von pflegenden Angehörigen unterstützt. Um die Versorgung der Pflegebedürftigen trotz sinkendem Anteil an Heimplätzen zu gewährleisten, soll das Spitex-Angebot quantitativ und qualitativ ausgebaut werden. Die Stadt Bern verfolgt eine ähnliche Politik wie der Kanton Bern.

Auch in der *ambulanten Langzeitpflege* zeigen sich Unterschiede in der strategischen Ausrichtung. Der Kanton Zürich strebt ein hochstehendes Standardangebot für die Bevölkerung

³⁰ Dies ist aus der Strategie nicht ersichtlich, ergibt sich jedoch aus dem Interview mit M. Birrer (vgl. Interview Birrer 2009: 5).

an und will damit stationäre Aufenthalte vermeiden, hinauszögern oder verkürzen. Er geht jedoch nicht soweit, dass er sich explizit für den Grundsatz „ambulant vor stationär“ ausspricht und damit der Spitex eine Vorrangstellung einräumt. Die Stadt Zürich postuliert einen qualitativen und quantitativen Ausbau der Spitex und spricht davon, dass „[...] bei der langfristigen Entwicklung des städtischen Leistungsangebots [...] weniger die stationären Angebote, sondern mehr ambulante Leistungselemente im Vordergrund stehen“ (Stadtrat Zürich 2005: 2). Auch die Stadt Zürich spricht sich damit nicht explizit für eine Vorrangstellung der Spitex aus. Anders sieht die Situation in den Kantonen Basel-Stadt und Bern aus. Der Kanton Basel-Stadt setzt eine Priorität zugunsten der Spitex im Sinne von „ambulant vor stationär“. Auch der Kanton Bern setzt hohe Erwartungen in die Spitex. Er strebt einen qualitativen und quantitativen Ausbau an und will damit den sinkenden Anteil an Pflegeheimplätzen für die über 80-jährige Bevölkerung kompensieren.

Auch wenn zur Rolle der Spitex im Rahmen der strategischen Formulierungen gewisse Unterschiede bestehen, ist doch festzustellen, dass die grossen subventionierten Spitex-Organisationen in den letzten Jahren einen massiven Zuwachs bei der Anzahl erbrachter pflegerischer Leistungsstunden zu verzeichnen haben. Die Spitex ist damit ein stark wachsendes Angebot, unabhängig davon, ob ihr in den Strategiedokumenten Priorität gegenüber dem Heimaufenthalt zugesprochen wird oder nicht.

5.1.4 Steuerungsinstrumente

Im Kapitel 4.2.4 wurde eine Typisierung der Steuerungsinstrumente in der Langzeitpflege versucht, je separat für den ambulanten und den stationären Bereich. Im *stationären Bereich* zeigt sich, dass mit den Steuerungsinstrumenten oft nur das subventionierte Angebot und nur die Nachfrage nach subventionierten Leistungen gesteuert werden kann. Die Ausrichtung von Subventionen ist damit der Hebel, mit dem Angebot und Nachfrage beeinflusst werden können. Auf der Angebotsseite gilt dies für die Einsitznahme in Leitungsgremien von subventionierten Organisationen und für eine regulierende zentrale Bettenvermittlungsstelle. Die Nachfrage nach subventionierten Leistungen kann über die Gewährung von Betriebs- oder Investitionsbeiträgen beeinflusst werden.

Gegenüber allen Anbietern wirksam ist hingegen die Pflegeheimliste. Mit ihr kann das Angebot an Pflegeplätzen, falls dies politisch gewünscht ist, beschränkt werden. Die Nachfrageseite kann mit Anreizen wie einem ausgebauten Spitex-Angebot, Entlastungsangeboten oder dem Angebot unterschiedlicher Wohnformen beeinflusst werden. Als einziges persuasives Instrument im stationären Bereich erscheinen die präventiven Hausbesuche.

Eine spezielle Stellung nimmt das Instrument der staatlichen Leistungserbringung ein. Damit kann das Angebot regulativ sowohl in Bezug auf den Preis als auch auf die Anzahl der angebotenen Pflegeplätze gesteuert werden. Falls das Angebot genügend gross ist – so wie dies auf das Angebot der Stadt Zürich zutrifft –, kann mit der damit verbundenen Marktmacht sogar auf das gesamte Angebot am Markt eingewirkt werden.

In der *ambulanten Langzeitpflege* stehen nur wenige Steuerungsinstrumente zur Verfügung. Zudem wirken sie – mit Ausnahme der Beiträge an die Pflege zu Hause – nur auf das subventionierte Angebot und die Nachfrage nach subventionierten Leistungen ein. Auch im ambulanten Bereich ist somit die Ausrichtung von Subventionen der Hebel, um Angebot und Nachfrage zu beeinflussen. Das subventionierte Angebot kann über Vorgaben zum Leistungsangebot regulativ gesteuert werden. Als Anreize funktionieren die Vorgabe von maximalen Leistungsmengen und die Vorgabe von Kostenobergrenzen bei subventionierten Anbietern. Die Nachfrage nach subventionierten Leistungen kann über eine Bedarfskontrolle reguliert werden. Mit Vorgaben zum Leistungsangebot wird die Nachfrage im Sinne eines Anreizes gefördert. Auch als Anreiz funktionieren die Beiträge an Pflege zu Hause. Dieser Anreiz hat jedoch seinen potentiellen Einfluss nicht nur auf das subventionierte, sondern auf das ganze Angebot.

5.2 Schlussfolgerungen

5.2.1 Einfluss der konzeptionellen Rahmenbedingungen

Der Bund nimmt über die Ausgestaltung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung massgebend Einfluss auf das Versorgungssystem der Langzeitpflege. Mit der Pflegeheimliste stellt er ein wichtiges Instrument zur Steuerung der Anzahl Pflegeheimplätze zur Verfügung. Der Tarifschutz für KVG-Leistungen führt bei der Spitex dazu, dass über die Preisgestaltung für kassenpflichtige Spitex-Leistungen keine Steuerung möglich ist. Spitex-Leistungen können nur dann zu Lasten der Krankenversicherung abgerechnet werden, wenn sie auf ärztliche Anordnung erfolgt sind und eine Bedarfsabklärung erfolgt ist. Dies sind einige Beispiele dafür, wie der Bund über das KVG Eckpfeiler der Langzeitversorgung bestimmt.

Wenn die notwendige Pflege sowohl durch ein Pflegeheim als auch durch die Spitex erbracht werden kann, stellt sich die Frage, welche Leistungen die Krankenversicherer vergüten müssen. Dazu hat das Bundesgericht eine reichhaltige und differenzierte Rechtsprechung entwickelt. Das Bundesgericht stellt dabei nicht die Vollkosten der beiden Leistungsformen gegenüber, sondern stellt auf die Kosten ab, die den Krankenversicherern entstehen. Der Entscheid, ob die erforderliche Pflege durch die Spitex oder ein Pflegeheim erbracht werden soll, ist damit nicht nur von der Präferenz der pflegebedürftigen Person und dem Grad ihrer Pflegebedürftigkeit abhängig, sondern auch von der mit der Wahl verbundenen Belastung der Krankenversicherer. Die Vergütungsregeln für die Pflegeleistungen durch Spitex und Heime können somit zur Folge haben, dass eine pflegebedürftige Person in ein Heim eintreten muss, auch wenn aus volkswirtschaftlicher und sozialer Betrachtungsweise ein Verbleib zu Hause vorteilhafter wäre.

Die konzeptionellen Rahmenbedingungen, insbesondere die Bestimmungen des KVG und die dazu ergangene Rechtsprechung, haben demnach in verschiedenen Bereichen einen massgeblichen Einfluss auf das System der Langzeitpflege.

5.2.2 Handlungsspielräume in der strategischen Ausrichtung und Steuerung

Das Gesundheitswesen ist geprägt von einer Vielfalt von Akteuren mit unterschiedlichen Rollen und Interessen. Dies gilt auch für den Bereich der Langzeitpflege. Auf Seiten des Staates haben sowohl der Bund als auch die Kantone und Gemeinden je eigene Zuständigkeiten und Aufgaben. Auf der Seite der Leistungserbringer gibt es private und öffentliche Anbieter mit unterschiedlichen Trägerschaften und gemeinnütziger oder kommerzieller Ausrichtung.

Diese Komplexität erschwert die strategische Ausrichtung und Steuerung der Langzeitpflege. Bereits heute ist absehbar, dass die zukünftigen Herausforderungen in der Langzeitpflege nicht mit einer einseitig ausgerichteten Strategie bewältigt werden können. Eine wirksame Strategie muss auf verschiedenen Pfeilern ruhen, gleichzeitig jedoch Prioritäten setzen und mit den übergeordneten Strategien abgestimmt sein. Die Strategien des Kantons und der Stadt Bern sind ein gutes Beispiel für diesen Weg. Sie sind aufeinander abgestimmt, breit angelegt und setzen dennoch klare Prioritäten.

Die Praxis der untersuchten Gemeinwesen zeigt, dass heute die Anzahl Pflegeheimplätze entweder nur noch begrenzt oder gar nicht mehr erweitert wird. Die KLV-Leistungen der Spitex erfahren jedoch einen richtiggehenden Boom mit jährlich stark steigenden Zuwachsraten. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Entwicklung in den nächsten Jahren fortsetzen wird. In Bezug auf die Steuerungsinstrumente bedeutet dies, dass Instrumente zur Beschränkung der Pflegeheimplätze und zur massvollen Nutzung der Spitex-Leistungen gebraucht werden. Die Fallstudien haben gezeigt, dass nur wenige regulative Instrumente zur Verfügung stehen. Mit der Pflegeheimliste kann allerdings das Angebot an Pflegeplätzen wirksam begrenzt werden. Die Nachfrage nach Spitex-Leistungen lässt sich nur beschränkt steuern. Mit dem Mittel der individuellen Bedarfskontrolle versucht der Kanton Basel-Stadt bei Einzelfällen mit einem erheblichen Pflegeaufwand den Bedarf zu kontrollieren. Angesichts der Tatsache, dass im Jahr 2008 kein einziger Auftrag beanstandet werden musste, stellt sich jedoch die Frage nach dem Nutzen einer solchen Kontrolle. Neben der Beschränkung der Spitex-Leistungen auf den ausgewiesenen Bedarf wird ein Schwerpunkt auf den effizienten Einsatz der finanziellen Mittel gelegt werden müssen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass in Zukunft die Herausforderung nicht darin bestehen wird, den Ausbau von Pflegeheimplätzen zu begrenzen, sondern die wachsende Anzahl an Pflegebedürftigen adäquat betreuen zu können. Wenn die Kantone und Gemeinden das Angebot an Pflegeheimen nicht massiv ausbauen wollen, müssen konsequent Alternativen zu einem Heimeintritt entwickelt und gefördert werden. Dazu gehört eine qualitativ hochstehende Spitex-Versorgung mit einem fachlich differenzierten Angebot und einer Verfügbarkeit rund um die Uhr. Alternative Wohnformen zu den bisher dominierenden Wohnformen des Wohnens zu Hause und des Wohnens im Heim können neue Potentiale erschliessen. Differenzierte Entlastungsangebote tragen dazu bei, das informelle Betreuungsnetz tragfähig zu erhalten. Verstärkt werden auch die Prävention und die Gesundheitsförderung unterstützt werden müssen.

6 Literaturverzeichnis

Bundesamt für Statistik (Hrsg.) (2009a): Spitex-Statistik 2007. Neuchâtel 2009

Bundesamt für Statistik (Hrsg.) (2009b): Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2007. Standardtabellen. Definitive Resultate. Neuchâtel 2009

Brühlmeier, Daniel u.a. (2001): Politische Planung. Mittelfristige Planung in der wirkungsorientierten Verwaltungsführung. Bern, Stuttgart, Wien 2001

Eugster, Gebhard (2007): Krankenversicherung. In: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2. Auflage, hrsg. v. Ulrich Meyer. Basel, Genf, München 2007, S. 337 - 823

Gmür, Rahel/Rüfenacht, Marcel (2007): Spitex. In: Gesundheitswesen Schweiz 2007 - 2009. Eine aktuelle Übersicht, 3. Auflage, hrsg. v. Gerhard Kocher und Willy Oggier. Bern 2007, S. 353 - 364

Höpfliger, François/Hugentobler, Valérie (2003): Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Bern 2003

Jaccard Ruedin, Hélène/Weaver, France (2009): Ageing Workforce in an Ageing Society. Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030? Neuchâtel 2009

Landolt, Hardy (2002): Das soziale Pflegesicherungssystem. Eine Darstellung der sozialen Pflegeleistungen des Bundes und der Kantone unter besonderer Berücksichtigung der Spital-, Heim- und Hauspflegeleistungen. Bern 2002

Mösle, Hansueli (2007): Pflegeheime und Pflegeabteilungen. In: Gesundheitswesen Schweiz 2007 - 2009. Eine aktuelle Übersicht, 3. Auflage, hrsg. v. Gerhard Kocher und Willy Oggier. Bern 2007, S. 251 - 263

Pfiffner Rauber, Brigitte (2003): Das Recht auf Krankheitsbehandlung und Pflege. Zürich, Basel, Genf 2003

Poledna, Tomas/Berger, Brigitte (2002): Öffentliches Gesundheitsrecht. Bern 2002

Schedler, Kuno/Proeller, Isabella (2006): New Public Management. 3. Auflage, Bern, Stuttgart, Wien 2006

-
- Schweizerischer Bundesrat (Hrsg.) (2005): Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 16. Februar 2005, Bern 2005
- Schweizerischer Bundesrat (Hrsg.) (2007): Strategie für eine schweizerische Alterspolitik. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates Leutenegger Oberholzer vom 3. Oktober 2003. Bern 2007
- Spitex-Verband Schweiz (2009): Spitex-Tarifverträge für Pflege 2009. Bern 2009
- Vedung, Evert (1998): Policy Instruments: Typologies and Theories. In: Carrots, Sticks & Sermons. Policy Instruments & Their Evaluation, hrsg. v. Marie-Louise Bemelmans-Videc/Ray C. Rist/Evert Vedung, New Jersey 1998, S. 21 - 58
- Wächter, Matthias/Stutz Heidi (2007): Neuregelung der Pflegefinanzierung. Kurzbericht der Studie. Im Auftrag der Bundeshausfraktion SP Schweiz. Bern 2007
- Weaver, France u.a.: (2008): Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse. Neuchâtel 2008

7 Anhang

Anhang 1: Interviewleitfaden

Vorbemerkung:

Den interviewten Personen werden nur diejenigen Fragen gestellt, die in ihrem Zuständigkeitsbereich liegen, d.h. zum Beispiel nur zur ambulanten oder nur zur stationären Langzeitpflege.

A. Einführung

- Vorstellung: M. Allgäuer, Executive Master of Public Administration (MPA), Thema der Masterarbeit, Ziel des Interviews, Ablauf (halbstrukturiertes Interview, Protokollierung, Tonbandaufnahme zur Unterstützung)
- Vorstellung InterviewpartnerIn: Funktion, Aufgaben im Hinblick auf die Steuerung der Langzeitpflege (ambulant / stationär)
- Begriffsklärung:
 - „Steuerung“: Mengenmässige Regelung oder Beeinflussung des Angebots und/oder der Nachfrage
 - „Steuerungsinstrumente“: Instrumente zur mengenmässigen Regelung oder Beeinflussung des Angebots
- Ausgangslage: Strategische Dokumente der Stadt X / des Kantons Y
- Einverständnis für die namentliche Erwähnung in der Masterarbeit

B. Hauptteil

1. *Ambulante Langzeitpflege (Spitex)*

a. *Steuerung generell*

- Wer steuert die ambulante Langzeitpflege (Spitex): der Kanton und/oder die Gemeinden?
- Welche Ämter bzw. Abteilungen steuern innerhalb des Kantons/der Gemeinde?
- Welches ist aus Ihrer Sicht das wichtigste Steuerungsinstrument?

b. *Instrument: Eigenerstellung der Leistungen (Kanton/Gemeinde als Leistungserbringer)*

- Tritt der Kanton/die Gemeinde selbst als Leistungserbringer auf?
 - Falls Ja: wie und in welchem Umfang?
 - Falls Ja: welchem Amt bzw. welcher Abteilung ist der staatliche Leistungserbringer organisatorisch zugeordnet?
 - Falls Ja: wird die Eigenerstellung der Leistungen bewusst als Steuerungsinstrument eingesetzt?
 - Falls Ja: welche Wirkungen werden damit beabsichtigt?

- Falls Ja: wie beurteilen Sie dieses Instrument insgesamt?
 - c. *Instrument: Vorgaben zum Umfang des Leistungsangebots*
 - Bestehen Vorgaben zum Umfang des Leistungsangebots?
 - Falls Ja: werden die Vorgaben zum Umfang des Leistungsangebots als Steuerungsinstrument eingesetzt?
 - Falls Ja: wie beurteilen Sie dieses Instrument insgesamt?
 - d. *Weitere Steuerungsinstrumente*
 - Gibt es weitere Steuerungsinstrumente?
 - Falls Ja. wie ist die Wirkungsweise dieser Instrumente?
 - Falls Ja: welche Wirkungen werden damit beabsichtigt?
 - Falls Ja: aus welchen Gründen wurden diese Instrumente gewählt?
 - Falls Ja: wie beurteilen Sie diese Instrumente insgesamt?
2. *Stationäre Langzeitpflege (Pflegeheime)*
- a. *Steuerung generell*
 - Wer steuert die stationäre Langzeitpflege (Pflegeheime): der Kanton und/oder die Gemeinden?
 - Welche Ämter bzw. Abteilungen steuern innerhalb des Kantons/der Gemeinde?
 - Welches ist aus Ihrer Sicht das wichtigste Steuerungsinstrument?
 - b. *Instrument: Bedarfsplanung*
 - Gibt es eine Bedarfsplanung?
 - Falls Ja: wie sieht diese aus?
 - Falls Ja: wie beurteilen Sie dieses Instrument insgesamt?
 - c. *Instrument: Pflegeheimliste*
 - Welches Amt ist zuständig für die Vorbereitung der Pflegeheimliste?
 - Welche Stellen werden einbezogen bei der Vorbereitung der Pflegeheimliste?
 - Welche Behörde erlässt die Pflegeheimliste?
 - Gibt es einen Kriterienkatalog für die Aufnahme auf die Pflegeheimliste?
 - Wurden seit Inkrafttreten des KVG am 1.1.1996 Gesuche um Aufnahme auf die Pflegeheimliste abgelehnt?
 - Falls Ja: wie viele? Mit welcher Begründung wurden die Gesuche abgelehnt?
 - Wie beurteilen Sie dieses Instrument insgesamt?
 - d. *Instrument: Zentrale Bettenvermittlungsstelle*
 - Gibt es eine zentrale Bettenvermittlungsstelle?
 - Falls Ja: welche Kompetenzen hat sie?
 - Falls Ja: wo ist sie organisatorisch angesiedelt?
 - Falls Ja: welche Wirkungen werden damit beabsichtigt?
 - Falls Ja: wie beurteilen Sie dieses Instrument insgesamt?
 - e. *Instrument: Massnahmen/Projekte zur Verhinderung von Pflegeheimenriten*
 - Gibt es Massnahmen/Projekte, die Pflegeheimenriten verhindern oder hinauszögern sollen?

- Falls Ja: Wo sind diese organisatorisch angesiedelt?
 - Falls Ja: Welche Wirkungen werden damit beabsichtigt?
 - Falls Ja: wie beurteilen Sie diese Instrumente insgesamt?
 - f. *Instrument: Eigenerstellung der Leistungen (Kanton/Gemeinde als Leistungserbringer)*
 - Tritt der Kanton/die Gemeinde selbst als Leistungserbringer auf?
 - Falls Ja: wie und in welchem Umfang?
 - Falls Ja: welchem Amt bzw. welcher Abteilung ist der staatliche Leistungserbringer organisatorisch zugeordnet?
 - Falls Ja: wird die Eigenerstellung der Leistungen bewusst als Steuerungsinstrument eingesetzt?
 - Falls Ja: welche Wirkungen werden damit beabsichtigt?
 - Falls Ja: wie beurteilen Sie dieses Instrument insgesamt?
 - g. *Weitere Instrumente?*
 - Gibt es weitere Steuerungsinstrumente?
 - Falls Ja. Wie ist die Wirkungsweise dieser Instrumente?
 - Falls Ja: welche Wirkungen werden damit beabsichtigt?
 - Falls Ja: aus welchen Gründen wurden diese Instrumente gewählt?
 - Falls Ja: wie beurteilen Sie diese Instrumente insgesamt?
3. *Lücken/Bedürfnisse*
- Werden die bestehenden Steuerungsinstrumente aus Ihrer Sicht richtig eingesetzt?
 - Falls Nein: Was könnte verbessert werden?
 - Braucht es aus Ihrer Sicht neue, zusätzliche Steuerungsinstrumente?
 - Falls Ja: Welche?
4. *Allgemeine Bemerkungen*
- Haben Sie generelle Bemerkungen zum Thema Steuerung und Steuerungsinstrumente in der Langzeitpflege?

C. Abschluss

- Weiteres Vorgehen (inkl. Zeitplan)

Anhang 2: Liste der interviewten PersonenKanton Basel-Stadt

Birrer, Martin: Leiter Abteilung Langzeitpflege, Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt; Basel, 2. September 2009

Kanton Bern

Hornung, Andrea: Leiterin Abteilung Alter, Alters- und Behindertenamt, Kanton Bern; Bern, 14. September 2009

Stadt Bern

Leuthold, Urs: Leiter Bereich Alter, Alters- und Versicherungsamt, Stadt Bern; Bern, 11. September 2009

Kanton Zürich

Arts, Monique: Fachverantwortliche Langzeitpflege und Spitex, Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich; Zürich, 18. August 2009

Stadt Zürich

Meier, Kurt: Direktor, Pflegezentren, Stadt Zürich; Zürich, 2. Oktober 2009

Monego, Renate: Direktorin, Städtische Gesundheitsdienste, Stadt Zürich; Zürich, 17. September 2009

Anhang 3: In den Fallstudien verwendete Dokumente und Unterlagen

Kanton Basel-Stadt

- Gesundheitsdepartement (Hrsg.) (2003 - 2008): Statistische Daten (auf Anfrage zusammengestellt)
- Gesundheitsdepartement (Hrsg.) (2008a): Vermittlung eines Pflegeplatzes: Ablauf und Regeln, Basel 2008
- Gesundheitsdepartement (Hrsg.) (2008b): Ein Eintritt in ein Pflegeheim steht zur Diskussion. Was müssen Sie wissen? Basel 2008
- Gesundheitsdepartement (Hrsg.) (2009a): Jahresbericht 2008 des Fachbereichs Beratung und Bedarfsabklärung, Basel 2009
- Gesundheitsdepartement (Hrsg.) (2009b): Eintritt in ein Pflegeheim oder Betreuung zu Hause?, Basel 2009
- Gesundheitsdepartement (Hrsg.) (2009c): Entlastungs- und Ferienaufenthalte? Basel 2009
- Gesundheitsdepartemente (Hrsg.) (2009d): Beiträge an die Pflege zu Hause, Basel 2009
- Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt (Hrsg.) (2005a): Ratschlag des Regierungsrates an den Grossen Rat betreffend Erneuerung der Leistungsaufträge und der Betriebssubventionsverträge mit Tagespflegeheimen für die Jahre 2006 bis 2010, Basel 2005
- Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt (Hrsg.) (2005b): Stellungnahme des Regierungsrates zum Anzug Markus Benz und Konsorten betreffend die Einführung von Seniorenräten in den Basler Altersheimen und den verstärkten Einbezug von Seniorenverbänden in die kantonale Alterspolitik, Basel 2005
- Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt (Hrsg.) (2006): Ratschlag des Regierungsrates an den Grossen Rat betreffend Liegenschaftsbeiträge zugunsten von baselstädtischen Pflegeheimen in den Jahren 2007 - 2011, Basel 2006
- Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt (Hrsg.) (2007): Leitlinien für eine umfassende Alterspolitik, Basel 2007
- Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt (Hrsg.) (2008a): Ratschlag des Regierungsrates an den Grossen Rat betreffend Finanzierung von Spitex-Dienstleistungen im Kanton Basel-Stadt, Basel 2008
- Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt (Hrsg.) (2008b): Ratschlag des Regierungsrates an den Grossen Rat betreffend Staatsbeiträge an die Gesamtanierung des Pflegeheimes im Alterszentrum Wiesendamm, Basel 2008
- Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt (Hrsg.) (2008c): Beschluss des Regierungsrates betreffend Liste der Pflegeheime für den Kanton Basel-Stadt 2008, Basel 2008
- Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt (Hrsg.) (2009): Beschluss des Regierungsrates betreffend Liste der Pflegeheime für den Kanton Basel-Stadt 2009, Basel 2009

Spitex Basel (Hrsg.) (2003 - 2007): Statistische Daten (auf Anfrage zusammengestellt)

Wirtschafts- und Sozialdepartement (Hrsg.) (2006): Statistisches Jahrbuch des Kantons Basel-Stadt, Basel 2006

Wirtschafts- und Sozialdepartement (Hrsg.) (2008): Statistisches Jahrbuch des Kantons Basel-Stadt, Basel 2008

Kanton Bern

Alters- und Behindertenamt (Hrsg.) (2003 - 2008): Statistische Daten (auf Anfrage zusammengestellt)

Alters- und Behindertenamt (Hrsg.) (2004): Tarifweisung 2005, Bern 2004

Alters- und Behindertenamt (Hrsg.) (2007a): Steuerung und Finanzierung des stationären Langzeitbereichs 2008, Bern 2007

Alters- und Behindertenamt (Hrsg.) (2007b): Tagesstätten im Altersbereich, Konzept zur Finanzierung und Steuerung ab 2008, Bern 2007

Alters- und Behindertenamt (Hrsg.) (2008a): Investitionsvorhaben in Institutionen der Alterspflege und -Betreuung, Bern 2008

Alters- und Behindertenamt (Hrsg.) (2008b): Kostenobergrenzen 2009 in der Spitex, Bern 2008

Alters- und Behindertenamt (Hrsg.) (2008c): Wegleitung für Gemeinden und Institutionen betreffend Bereitstellung und Finanzierung von ambulanten Angeboten für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen im Kanton Bern, Bern 2008

Alters- und Behindertenamt (Hrsg.) (2008d): Leistungsvertrag 2009, Bern 2008

Alters- und Behindertenamt (Hrsg.) (2009): Zuschüsse nach Dekret zur Finanzierung der Baukosten, Bern 2009

Gesundheits- und Fürsorgedirektion (Hrsg.) (2004): Alterspolitik im Kanton Bern, Planungsbericht und Konzept für die weitere Umsetzung der vom Grossen Rat mit dem „Altersleitbild 2005“ festgelegten Ziele, Bern 2004

Gesundheits- und Fürsorgedirektion (Hrsg.) (2005): Kanton - Gemeinden - Spitex: Wer macht was? Bern 2005

Gesundheits- und Fürsorgedirektion (Hrsg.) (2007): Alterspolitik im Kanton Bern, Zwischenbericht, Bern 2007

Gesundheits- und Fürsorgedirektion (Hrsg.) (2009): Geschäftsbericht 2008 Gesundheits- und Fürsorgedirektion, Bern 2009

Regierungsrat des Kantons Bern (Hrsg.) (2008): Pflegeheimliste des Kantons Bern, Bern 2008

Verband Berner Pflege- & Betreuungszentren (Hrsg.) (2008): Voll- und Teilpauschalen der Krankenkassen ab 1. Januar 2009, Riggisberg 2008

Vertrag zwischen santésuisse und Spitex Verband Kanton Bern vom 26. November 2007,
Bern 2007

Stadt Bern

Alters- und Versicherungsamt (Hrsg.) (2003 - 2008): Statistische Daten (auf Anfrage zusammengestellt)

Alters- und Versicherungsamt (Hrsg.) (2008): Internes Handbuch EL und Zuschüsse, Kap. 18 Heimaufenthalt von älteren Menschen, Bern 2008

Alters- und Versicherungsamt (Hrsg.) (2009a): Finanzierung von Heimaufenthalten, Bern 2009

Alters- und Versicherungsamt (Hrsg.) (2009b): Die Alterspolitik der Stadt Bern, Kurzfassung des Alterskonzepts 2000 sowie der Umsetzungsberichte 2001, 2004 und 2008, Bern 2009

Gemeinderat der Stadt Bern (Hrsg.) (2000): Alterskonzept, Strategiepapier für die zukünftige Alterspolitik der Stadt Bern, Bern 2000

Gemeinderat der Stadt Bern (Hrsg.) (2001): 1. Bericht zum Stand der Umsetzung des Alterskonzepts, Bern 2001

Gemeinderat der Stadt Bern (Hrsg.) (2004): 2. Bericht zum Stand der Umsetzung des Alterskonzepts, Bern 2004

Gemeinderat der Stadt Bern (Hrsg.) (2008): 3. Bericht zum Stand der Umsetzung des Alterskonzepts, Bern 2008

Stadt Bern (Hrsg.) (2005): Statistisches Jahrbuch der Stadt Bern. Berichtsjahr 2003, Bern 2005

Stadt Bern (Hrsg.) (2006): Statistisches Jahrbuch der Stadt Bern. Berichtsjahr 2004, Bern 2006

Stadt Bern (Hrsg.) (2007): Statistisches Jahrbuch der Stadt Bern. Berichtsjahr 2005, Bern 2007

Stadt Bern (Hrsg.) (2008a): Statistisches Jahrbuch der Stadt Bern. Berichtsjahr 2006, Bern 2008

Stadt Bern (Hrsg.) (2008b): Statistisches Jahrbuch der Stadt Bern. Berichtsjahr 2007, Bern 2008

Stadt Bern (Hrsg.) (2009): Jahresbericht 2008, Produktgruppen-Rechnung Band 2, Bern 2009

Kanton Zürich

- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (Hrsg.) (2004): Langzeitversorgung. Kenndaten 2003, Zürich 2004
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (Hrsg.) (2005): Langzeitversorgung. Kenndaten 2004, Zürich 2005
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (Hrsg.) (2006): Langzeitversorgung. Kenndaten 2005, Zürich 2006
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (Hrsg.) (2007): Langzeitversorgung. Kenndaten 2006, Zürich 2007
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (Hrsg.) (2008): Langzeitversorgung. Kenndaten 2007, Zürich 2008
- Regierungsrat des Kantons Zürich (Hrsg.) (1997): Zürcher Pflegeheimliste (Festsetzung), Zürich 1997
- Regierungsrat des Kantons Zürich (Hrsg.) (2005): Alterspolitik im Kanton Zürich. Bericht zur Alterspolitik im Kanton Zürich, Zürich 2005
- Regierungsrat des Kantons Zürich (Hrsg.) (2007): Richtlinien über das Leistungsangebot und die Qualität der Leistungserbringung der Spitex-Institutionen, Zürich 2007
- Regierungsrat des Kantons Zürich (Hrsg.) (2009): Teilrevision des Gesetzes über das Gesundheitswesen und des Gesetzes über die Beitragsleistungen des Staates für Altersheime sowie Heime, Eingliederungsstätten und Werkstätten für Invalide (Pflegefinanzierung, Konzept), Zürich 2009
- Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenhäuser und santésuisse betreffend Entschädigung von Pflichtleistungen gemäss KVG nach dem System RAI/RUG in den Alters- und Pflegeheimen des Kantons Zürich vom 1. Januar 2008

Stadt Zürich

- Altersheime Stadt Zürich (Hrsg.) (o.J.): Leitsätze zur Ausrichtung der Altersheime der Stadt Zürich, Zürich
- Gesundheits- und Umweltdepartement (Hrsg.) (o.J.): Alt sein in Zürich. Alterskonzept, Zürich
- Gesundheits- und Umweltdepartement (Hrsg.) (2007): Strategische Leitsätze des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich, Zürich 2007
- Pflegezentren Stadt Zürich (Hrsg.) (o.J.): Strategische Grundsätze und Haltungen der Pflegezentren der Stadt Zürich, Zürich
- Pflegezentren Stadt Zürich (2009a): wohl sein. Unsere Angebote in der Langzeitpflege, Zürich 2009
- Pflegezentren Stadt Zürich (2009b): durchatmen. Unsere Entlastungsangebote, Zürich 2009

Stadt Zürich (Hrsg.) (2005): Statistisches Jahrbuch der Stadt Zürich 2005/2006, Zürich 2005

Stadt Zürich (Hrsg.) (2007): Statistisches Jahrbuch der Stadt Zürich 2007, Zürich 2007

Stadt Zürich (Hrsg.) (2008): Statistisches Jahrbuch der Stadt Zürich 2008, Zürich 2008

Stadt Zürich (Hrsg.) (2009a): Statistisches Jahrbuch der Stadt Zürich 2009, Zürich 2009

Stadt Zürich (Hrsg.) (2009b): Geschäftsbericht 2008. Gesundheits- und Umweltdepartement, Zürich 2009

Stadt Zürich (2009c): Beratungsstelle Wohnen im Alter. [Online: http://www.stadt-zuerich.ch/gud/de/index/alter/beratungsstelle_wohnenimalter.html, 8. Oktober 2009]

Stadtrat der Stadt Zürich (Hrsg.) (2005): Spitexversorgung der Stadt Zürich. Strategie 2014, Zürich 2005

8 Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Mir ist bekannt, dass andernfalls der Senat gemäss dem Gesetz über die Universität zum Entzug des auf Grund dieser Arbeit verliehenen Titels berechtigt ist.

Ort und Datum

Vorname Name

9 Über den Autor

Michael Allgäuer

Michael Allgäuer hat von 1986 bis 1992 an der Universität Bern Rechtswissenschaften studiert und anschliessend am Bezirksgericht Dielsdorf ein Praktikum als Auditor absolviert. 1995 legte er die Rechtsanwaltsprüfung in Kanton Zürich ab und trat als Stabsmitarbeiter in das Gesundheits- und Umweltdepartement (GUD) der Stadt Zürich ein. Im Juli 2008 hat er dort die Funktion des Departementssekretärs übernommen und ist für den Bereich Gesundheit verantwortlich.

Michael Allgäuer ist verheiratet und hat drei Kinder. Er lebt in der Stadt Zürich.

Adresse:

Michael Allgäuer, Scheuchzerstrasse 22, 8006 Zürich