

# **Die Versorgung der Bevölkerung mit Spitexleistungen im Kanton Schwyz – Standortbestimmung und Ausblick**

## **Schlussbericht**

Ein Projekt im Rahmen des Forschungsprogramms Öffentliches Gesundheitsmanagement

Jürg Krummenacher, Leiter IS Gesellschaftliche Sicherheit und Sozialversicherung, HSLU – Wirtschaft

Matthias Wächter, Co-Leiter Forschungsprogramm Öffentliches Gesundheitsmanagement, HSLU – Wirtschaft

Unter Mitarbeit von Hannes Egli, Leiter CC Regionalökonomie. IBR, HSLU – Wirtschaft

Luzern, 27. August 2013

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>5</b>
1.1	Hintergrund der Studie	5
1.2	Auftrag und Projektziele	6
1.3	Projektorganisation und Projektverständnis	6
1.4	Methodisches Vorgehen	7
1.5	Aufbau und Gliederung des Schlussberichts	8
1.6	Dank an die Finanzierer und Sponsoren der Studie	8
<b>2</b>	<b>Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege im Kanton Schwyz</b>	<b>9</b>
2.1	Einleitung	9
2.2	Die Versorgung der Bevölkerung mit Spitexleistungen im Kanton Schwyz	13
2.2.1	Charakterisierung der Spitexregionen und Spitexorganisationen	13
2.2.2	Die Kerndienstleistungen der Spitex: Pflege und Hauswirtschaft	15
2.2.3	Der Wettbewerb zwischen privat-erwerbswirtschaftlicher und öffentlich-gemeinnütziger Spitex	19
2.2.4	Die Ausgestaltung des Angebots Hauswirtschaft, Betreuung und Begleitung	21
2.2.5	Das ergänzende Angebot der öffentlich-gemeinnützigen Spitex im Kanton Schwyz	23
2.3	Die stationäre Langzeitpflege und Tages-/Nachtstrukturen im Kanton Schwyz	26
2.3.1	Die stationäre Pflege im Heim	26
2.3.2	Tages- und Nachtstrukturen	29
2.4	Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung im Kanton Schwyz	30
2.5	Die besondere Ausgangssituation der Pflege und Betreuung zu Hause und die Vermeidung von frühzeitigen Heimeintritten	32
2.5.1	Die besondere Ausgangssituation der Pflege und Betreuung zu Hause	32
2.5.2	Die Vermeidung von frühzeitigen Heimeintritten	33
2.6	Ergänzende Angebote, Netzwerke und Anlaufstellen	35
2.6.1	Ergänzende Angebote	35
2.6.2	Netzwerke, Informations- und Anlaufstellen	37
<b>3</b>	<b>Demografischer Wandel und Pflegebedürftigkeit im Kanton Schwyz</b>	<b>38</b>
3.1	Die zukünftige Bevölkerungsentwicklung	38
3.2	Die Entwicklung der allgemeinen Pflegebedürftigkeit	39
3.3	Demenz und Palliative Care im Kanton Schwyz	43
<b>4</b>	<b>Analyse der stationären und ambulanten Versorgung im Kanton Schwyz</b>	<b>47</b>
4.1	Stationäre Langzeitpflege	47
4.1.1	Der Ausbau der stationären Langzeitpflege	47
4.1.2	Die Erhöhung der Durchlässigkeit zwischen ambulanter und stationärer Pflege	48
4.2	Die ambulante Pflege	51
4.2.1	Lücken in den Angeboten	51
4.2.2	Eine bessere Vernetzung der ambulanten (und stationären) Angebote	54
4.2.3	Ein ausgebautes Monitoring der Bedarfs- und Angebotsentwicklung	57
4.3	Alternative Wohnformen und Betreutes Wohnen	58
4.4	Entlastung pflegender Angehöriger	59
4.5	Finanzielle Rahmenbedingungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege	61
4.6	Die Bildung einer neutralen Fach- und Koordinationsstelle	66

<b>5 Die Spitex im Kanton Schwyz – Analyse und Empfehlungen .....</b>	<b>68</b>
5.1 Evaluation der Bedarfsgerechtigkeit der von den Spitexorganisationen erbrachten Kerndienstleistungen .....	68
5.1.1 Die Kerndienstleistung Pflege nach KLV 7 .....	68
5.1.2 Die Kerndienstleistung Hauswirtschaft .....	70
5.1.3 Altersabhängige Pflegequoten in den verschiedenen Spitexregionen .....	72
5.2 Kostenstrukturen der Spitex-Basisorganisationen.....	74
5.3 Organisationsstrukturen und Zusammenarbeitsformen der Spitex-Basisorganisationen.....	75
5.4 Zusammenarbeit Spitex-Basisorganisationen und Spitex Kantonalverband Schwyz.....	77
5.5 Wettbewerb oder Kooperation – die Ausgestaltung der Beziehung zu den privaten erwerbswirtschaftlichen Organisationen .....	79
5.6 Massnahmen für eine bedarfsgerechte und kosteneffiziente Weiterentwicklung .....	81
5.6.1 Koordination-, Beratung und Begleitung durch die Spitex.....	82
5.6.2 Ein Beitrag zur Vermeidung von frühzeitigen Heimeintritten.....	84
5.6.3 Wahlleistungen.....	85
5.6.4 Personalrekrutierung, Aus- und Weiterbildung.....	86
5.7 Vernetzung der Spitexleistungen mit anderen Angeboten zu einem tragfähigen Netz ambulanter Pflege und Betreuung .....	87
5.8 Klärung der Angebote der Spitex im Rahmen von Konzepten «Betreuten Wohnens» und einer «Notfallversorgung» für Alterswohnungen .....	89
5.9 Klärung der Rolle der Spitexorganisation in der Beratung und Entlastung pflegender Angehöriger und der Koordination und Einbettung von Freiwilligenarbeit .....	90
5.9.1 Beratung und Entlastung pflegender Angehöriger .....	90
5.9.2 Koordination und Einbettung von Freiwilligenarbeit in häuslichen Pflege- und Betreuungsarrangements.....	91
<b>6 Schlussfolgerungen .....</b>	<b>93</b>
6.1 Schlussfolgerungen .....	93
6.2 Empfehlungen .....	98
<b>7 Literaturverzeichnis .....</b>	<b>100</b>



## 1 Einleitung

### 1.1 Hintergrund der Studie

Mit der Gesetzgebung zur neuen Pflegefinanzierung und der Pflegeheimplanung 2030 wurden wichtige Eckpunkte der ambulanten und stationären Langzeitpflege im Kanton Schwyz verabschiedet. Gleichzeitig haben Kanton und Gemeinden in den letzten Jahren proaktiv auf den sich abzeichnenden demografischen Wandel reagiert. Es wurden Altersleitbilder entwickelt, Analysen und Umsetzungskonzepte ausgearbeitet und Massnahmen ergriffen.

Die Pflegeheimplanung sieht einen Endausbau der heutigen Anzahl Pflegeheimplätze von 1'619 Betten (Stand Pflegeheimliste 2013) auf rund 2'300 Betten im Jahr 2030 vor.<sup>1</sup> Diese Planungsziele sind nur einzuhalten, wenn parallel dazu ein starkes Netz von ambulanten Pflege-, Betreuungs-, Beratungs- und Hauswirtschaftsleistungen besteht. Darüber hinaus werden alternative Wohnformen (Alters- oder Generationenwohnungen, Betreutes Wohnen, Pflegewohngruppen) eine wichtige stützende Funktion übernehmen müssen. Diese Entwicklung entspricht auch den Zielen der Altersleitbilder, die ambulante Versorgung zu stärken und den Wünschen von älteren oder pflegebedürftigen Menschen, in ihrer vertrauten Wohnumgebung bleiben zu können, gerecht zu werden.

Ein weiterer entscheidender Faktor für die Umsetzung der Planungsziele ist, dass es zusätzlich gelingt, die Angehörigen als wertvolle Ressource in der Betreuung der Betroffenen zu unterstützen und zu stärken. Nationale Zahlen zeigen mit 45 Mio. unbezahlten Pflegestunden im Jahr die grosse Bedeutung der Angehörigen und Freiwilligen.<sup>2</sup> Für den Kanton Schwyz liegen keine Zahlen vor. Die Haushaltstruktur legt jedoch ein starkes Engagement in der Angehörigenpflege nahe.<sup>3</sup> Die steigende Erwerbstätigkeit von Frauen, eine höhere allgemeine Arbeitsmobilität und zum Teil auch die Notwendigkeit eines Zweitverdienstes schränken die Möglichkeiten der Angehörigenpflege ein, wenn es nicht gelingt, die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Pflege zu verbessern und unterstützende Angebote für pflegende Angehörige auszubauen. In einzelnen Bereichen leisten darüber hinaus Freiwillige bereits heute einen wichtigen Beitrag im Erhalt der Selbstständigkeit und in der Betreuung pflegebedürftiger Menschen sowie bei der Entlastung Angehöriger. Zum Teil werden aber sehr grosse Erwartungen an die Freiwilligenarbeit in der näheren Zukunft gerichtet, ohne dass wichtige Rahmenbedingungen wie Koordination, Ausbildung und Kompetenzen (auf allen Seiten der Beteiligten) hinreichend geklärt sind.

#### ▪ Die wichtige Rolle der Spitex

Die Spitex ist als ein zentraler Anbieter von ambulanten Leistungen in diesen Handlungsfeldern der Langzeitpflege und Betreuung gefordert und zu einer Positionierung gezwungen. Gleichzeitig stellen sich der Spitex neue Herausforderungen an der Schnittstelle zu den Spitälern, Rehabilitationskliniken und zur ambulanten Gesundheitsversorgung. Mit der neuen Spitalfinanzierung ab dem 01. Januar 2012 ist es entgegen den Erwartungen nicht zu einem Anstieg «blutiger Entlassungen» gekommen, aber die Spitäler haben ihr Zuweisungs- und Entlassungsmanagement neu geordnet und gestärkt. Die Bedeutung von «gutem» Schnittstellenmanagement zwischen Versorgungsbereichen für die Behandlungs- und Ergebnisqua-

---

<sup>1</sup> Pflegeheimplanung 2010-2030. Die Pflegeheimplätze der Klöster für Klosterbewohnerinnen und -bewohner sind in dieser Zahl nicht berücksichtigt.

<sup>2</sup> Fux et al. (2006). Pflegen, betreuen und bezahlen. Familien in späteren Lebensphasen.

<sup>3</sup> Trotz Unterschieden in der Inner- und Ausserschweyz findet sich insgesamt beispielsweise ein hoher Anteil einer ländlichen Bevölkerung und an Höfen mit Mehrgenerationenhaushalten.

lität hat stark an Aufmerksamkeit gewonnen. Gleichzeitig weist die Zunahme chronischer Erkrankungen der Spitex eine neue, erweiterte Rolle an der Schnittstelle zwischen Grund- und Spezialversorgung zu. Wundmanagement, onkologische Pflege, Palliative Care, psychiatrische Pflege oder die Beratung und Koordination in komplexen Pflegesituationen stehen beispielhaft für diese Entwicklung.

Für das Profil der Spitex und ihre zukünftige Weiterentwicklung zentral ist die doppelte Aufgabe in der Langzeitpflege und Betreuung einerseits und in der ambulanten Versorgung an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Akutversorgung und Pflege andererseits.

#### ▪ **Wissenschaftliche Studie**

Die Spitex-Basisorganisationen und der Spitex Kantonalverband Schwyz stellen sich diesen Herausforderungen in Zusammenarbeit mit den Gemeinden als Auftraggebern, den Alters- und Pflegekommissionen sowie wichtigen Partnern in der Behandlungs- und Betreuungskette. Zu diesen Partnerorganisationen gehören unter anderem die Spitäler, Ärztinnen und Ärzte, Pflegeheime, Tagesstätten, andere Anbieter von ambulanten Dienstleistungen wie Pro Senectute, SRK, Krebsliga, Alzheimervereinigung, Haushaltsservice der Schwyzer Bäuerinnenvereinigung, private Spitexorganisationen oder Vereine und Freiwilligenorganisationen.

Anlässlich des 25-jährigen Jubiläums des Spitex Kantonalverbands haben der Kantonalverband und die Spitex-Basisorganisationen beschlossen, eine wissenschaftliche Studie zur «Versorgung der Bevölkerung im Kanton Schwyz mit Spitexleistungen - Standortbestimmung und Ausblick» bei der Hochschule Luzern – Wirtschaft in Auftrag zu geben. Den Auftraggebern war von Beginn an bewusst, dass es bei dieser Studie nicht allein um eine überarbeitete «Unternehmensstrategie» und die Erarbeitung eines operativen Massnahmenkatalogs der Spitexorganisationen gehen kann. Die Ausgestaltung der neuen Pflegefinanzierung und die Tatsache, dass eine Stärkung der ambulanten Pflege und Betreuung nur als Verbundaufgabe gelingen kann, erfordern parallel eine Bestandsaufnahme der ambulanten «Versorgungsstrategie(n)» im Kanton Schwyz und der darin angelegten Entwicklungslinien. Beide Stränge werden in der Studie parallel erarbeitet, aber anschliessend in zwei Schlussberichte – einen internen zu Händen der Spitexorganisationen und einen zweiten zu Händen der Öffentlichkeit – einfließen.

## **1.2 Auftrag und Projektziele**

Der Spitex-Kantonalverband Schwyz (SKSZ) und die Spitex-Basisorganisationen stellten als Auftraggeber folgende Ziele an den Ausgangspunkt der Studie:

- Die Studie soll die Bedarfsgerechtigkeit der von den Spitexorganisationen erbrachten Leistungen bezüglich Angebotsmenge und Versorgungsqualität evaluieren. Diese Erhebung geht über eine Messung der Kundenzufriedenheit hinaus, indem die öffentliche Hand (Kanton, Gemeinden), die zuweisenden Stellen und die Partner in den Behandlungsketten in die Evaluation einbezogen werden.
- Aus der Erhebung sollen Massnahmen für eine bedarfsgerechte, kosteneffiziente Weiterentwicklung des Leistungsangebots der Spitexorganisationen abgeleitet werden.
- Die Studie soll auf der Ebene der Öffentlichkeit, des Kantons, der Bezirke und Gemeinden Impulse für eine bedarfsgerechte, koordinierte und zukunftsorientierte sozialmedizinische Versorgung in der Langzeitpflege vermitteln.

Die Projektziele wurden in einem partizipativen Verfahren gemeinsam mit den Spitex-Basisorganisationen und dem Spitex Kantonalverband verfeinert und konkretisiert.

## **1.3 Projektorganisation und Projektverständnis**

Das Projekt wurde vom Institut für Betriebs- und Regionalökonomie der Hochschule Luzern – Wirtschaft durchgeführt. Die Studie erarbeitet haben Prof. Dr. h.c. Jürg Krummenacher, Leiter Interdisziplinärer

Schwerpunkt Gesellschaftliche Sicherheit und Sozialversicherungen, und Dr. Matthias Wächter, Co-Leiter Forschungsprogramm Öffentliches Gesundheitsmanagement, unter Mitarbeit von Dr. Hannes Egli, Leiter Kompetenzzentrum Regionalökonomie. Die Projektleitung lag bei Matthias Wächter.

Das Projekt wurde von einer Steuergruppe begleitet, der folgende Personen angehörten: Bruno Suter (Vizepräsident SKSZ), Sibylle Ochsner (Geschäftsleiterin Spitex Obermarch, Kantonsrätin), Irene Pfyl Werlen (Geschäftsleiterin Spitex Küssnacht am Rigi), Markus Walker (Geschäftsleiter SKSZ), Agatha Steiner (Sekretariat SKSZ), Jürg Krummenacher (HSLU, Leitung Steuergruppe), Matthias Wächter (HSLU, Teilnahme mit beratender Stimme).

Die Hochschule Luzern orientierte sich in der Projektdurchführung am Praxisnutzen. Das Vorgehen sollte es ermöglichen, konkrete Entscheidungsgrundlagen zu entwickeln. Aus diesem Grund fanden neben regelmässigen Sitzungen mit der Steuergruppe wiederholte Austauschtreffen mit den Geschäftsleitenden und Vorstandsmitgliedern der Spitex-Basisorganisationen und des Spitex-Kantonalverbands statt.

Die Einbettung in die «Versorgungsstrategie» der öffentlichen Hand und der Einbezug wichtiger Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens Kanton Schwyz fanden über qualitative Interviews statt.

#### 1.4 Methodisches Vorgehen

Die Studie wurde im Zeitraum Dezember 2012 bis August 2013 durchgeführt. Sie basiert auf einem Methodenmix von Dokumentenanalyse, Literaturrecherchen, eigenen statistischen Auswertungen und Berechnungen, qualitativen Interviews, Expertinnen- und Expertengesprächen und Workshops.

Zwischen Dezember 2012 bis April 2013 wurde auf der Grundlage einer Literaturrecherche und einer ausführlichen Dokumentenanalyse eine Umfeldanalyse vorgenommen. Sie wurde ergänzt um die Auswertung nationaler und kantonaler Statistiken sowie eigene Analysen und Berechnungen.

Im April/Mai 2013 wurde ein erweitertes Kennzahlenmodell zur Analyse der Kostenstrukturen der Spitex-Basisorganisationen entwickelt. Das Modell ist mit den Betriebsabrechnungsbögen verlinkt und steht den Spitexorganisationen auch für die Folgejahre zur Verfügung.

Im Rahmen der Studie wurden zwischen März 2013 und Juli 2013 insgesamt 27 qualitative Interviews durchgeführt.

**Tabelle 1 Interviewpartnerinnen und -partner**

Interviewpartner (Anzahl Interviews)	
<b>Institutionen und Expertinnen/Experten (12)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kanton Schwyz / Departement des Innern</li> <li>– Verband Schwyzer Gemeinden und Bezirke (VSZGB)</li> <li>– Spital Schwyz, Spital Einsiedeln</li> <li>– Facharzt für Innere Medizin, Hausarzt</li> <li>– CURAVIVA Schwyz</li> <li>– Stiftung Wohn- und Pflegezentrum Stockberg</li> <li>– SRK Schwyz</li> <li>– Pro Senectute Schwyz</li> <li>– Schwyzer Bäuerinnenvereinigung</li> <li>– Drehscheibe Höfe</li> </ul>	<b>Patientinnen/Patienten und Angehörigen-Interviews (5)</b>  <b>Spitex-Basisorganisationen und Spitex Kantonalverband Schwyz (SKSZ) (10)</b>

Die Überprüfung der Studienergebnisse erfolgte über eine schriftliche Vernehmlassung zum internen Zwischenbericht.

## 1.5 Aufbau und Gliederung des Schlussberichts

Der Schlussbericht ist in sechs Kapitel gegliedert.

In Kapitel 2 werden die zentralen Strukturen der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege im Kanton Schwyz als Grundlage für die weiteren Analysen und Evaluationen der Studie herausgearbeitet und zusammengestellt. Dieses Kapitel fokussiert dabei auch stark auf die Planungsdaten und Leistungskennzahlen, die für den Kanton Schwyz zur Verfügung stehen. Sie bilden eine wichtige Basis für die späteren Empfehlungen. Lücken in den Planungsgrundlagen, die mit den für diese Studie zur Verfügung stehenden Mitteln nicht geschlossen werden konnten, werden herausgearbeitet und dokumentiert.

Kapitel 3 zeigt die wichtigsten Trends in der zukünftigen Entwicklung der Bevölkerung, der allgemeinen Pflegebedürftigkeit und der spezifischen Entwicklung in den Feldern Demenz und Palliative Care für den Kanton Schwyz auf und stellt sie der Pflegeheimplanung des Kanton Schwyz gegenüber.

In Kapitel 4 wird eine Analyse der stationären und ambulanten Versorgung im Kanton Schwyz auf der Versorgungsebene vorgenommen. Dieses Kapitel ist die Basis für die Schlussfolgerungen und Empfehlungen auf der Versorgungsebene für den öffentlichen Schlussbericht. Es kennzeichnet zugleich das Umfeld, in dem die strategischen Entscheidungen der Spitexorganisationen und des Spitex Kantonalverbands Schwyz bezüglich der Weiterentwicklung ihrer Organisationen und ihres Leistungsangebots stehen.

Kapitel 5 richtet sich auf die Analyse der Spitex im Kanton Schwyz. Es stellt die wichtigsten Ergebnisse der Interviews und Dokumentenanalyse dar.

In Kapitel 6 werden die wichtigsten Schlussfolgerungen und Empfehlungen zusammengefasst.

## 1.6 Dank an die Finanzierer und Sponsoren der Studie

Die Erarbeitung der Studie wurde möglich, indem die Finanzierung auf verschiedene Schultern abgestützt werden konnte. Der Spitex Kantonalverband Schwyz und die Spitex-Basisorganisationen leisteten als Auftraggeber einen wesentlichen Beitrag an die Kosten. Die Studie wurde vom Finanzdepartement des Kantons Schwyz durch einen Beitrag aus dem Lotteriefonds 2013 mitfinanziert. Das Institut für Betriebs- und Regionalökonomie der Hochschule Luzern unterstützte die Studie mit Fördermitteln. Untersuchungen zu grundlegenden Anreiz- und Steuerungsmechanismen in der Langzeitpflege wäre ohne die Einbettung der Studie in das Forschungsprogramm «Öffentliches Gesundheitsmanagement» der Hochschule Luzern, welches von der Stiftung Konkordia finanziert wird, nicht möglich gewesen.

Der Spitex Kantonalverband Schwyz, die Spitex-Basisorganisationen und die Autoren danken darüber hinaus den folgenden Unternehmen und Stiftungen, ohne deren grosszügigen Beitrag die Realisierung dieser Studie nicht möglich geworden wäre.

- Brusa Bauunternehmung AG, Steinen
- Convisa AG Unternehmens-, Steuer- & Rechtsberatung, Schwyz, Freienbach
- Kuehne + Nagel International AG, Schindellegi
- Margarethe Meyer-Stiftung, Basel
- Max Felchlin AG - Verein zur Förderung der Wirtschaft und des Kulturschaffens im Kanton Schwyz, Schwyz
- Root Service und Software AG, Bürglen TG
- Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft - Generalagentur Lachen - Roland Egli
- Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft - Generalagentur Schwyz - Stephan Annen
- Schwyzer Kantonalbank
- Schwyzer Verband der Raiffeisenbanken
- Stiftung Zukunft Alter – Wohnen und Betreuung, Sarnen OW
- Tulux AG, Tuggen
- Victorinox AG, Ibach



## 2 Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege im Kanton Schwyz

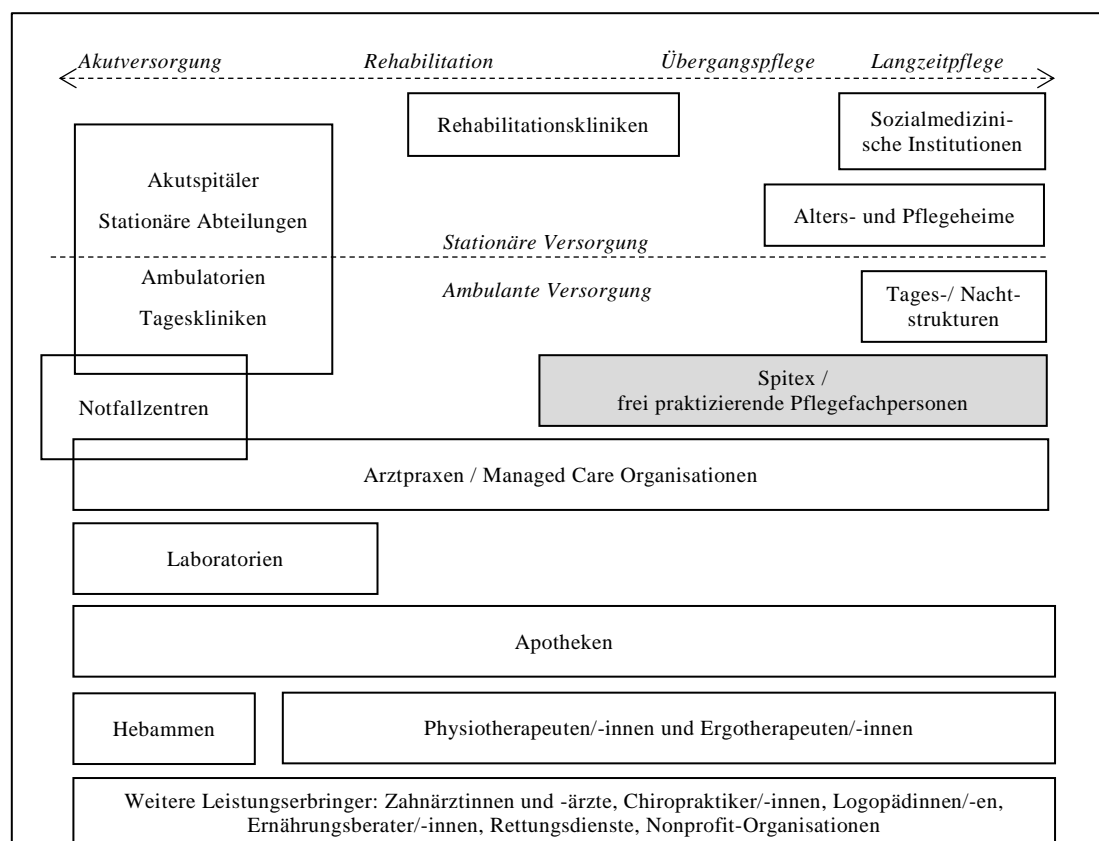
### 2.1 Einleitung

#### ▪ Bereiche und Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung

Die Gesundheitsversorgung des Kantons Schwyz für seine 147'904 Einwohner/-innen (Stand 2011) wird in enger Zusammenarbeit mit anderen Kantonen sichergestellt. Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung 2012 wurde den Bewohnerinnen und Bewohnern des Kantons Schwyz die Wahlfreiheit bezüglich aller Leistungen zwischen den inner- und ausserkantonalen Spitälern auf der kantonalen Spitalliste gewährt. Rund ein Drittel der Schwyzer Patientinnen/-en liess sich bereits vor diesem Zeitpunkt in anderen Kantonen behandeln. Innerkantonale zugelassen sind aktuell die Spitäler Schwyz, Lachen und Einsiedeln sowie, beschränkt auf die Komplementärmedizin, die Aeskulap Klinik in Brunnen. Aufgrund eines fehlenden innerkantonalen Angebots wird die medizinische Versorgung in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie ausschliesslich durch ausserkantonale Kliniken sichergestellt.

In der ambulanten medizinischen Versorgung sind, Stand 1. Quartal 2013, 198 Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit zugelassen. Davon sind 106 Allgemeinpraktiker/-innen und 92 Spezialärztinnen/-ärzte.<sup>4</sup>

**Abbildung 2 Bereiche und Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung**



Quelle: Sager, Rüfli et al. (2010), ergänzte Darstellung

<sup>4</sup> Zum Vergleich: Im Jahr 2008 waren im Kanton Schwyz 179 Ärztinnen u. Ärzte mit Praxistätigkeit zugelassen, darunter 80 Allgemein- und 99 Spezialärztinnen/-ärzte. Dieser Vergleich berücksichtigt nicht die abgedeckten Stellenprozente.

Die stationäre und ambulante Langzeitpflege liegt im Wesentlichen in der Verantwortung der 30 Gemeinden. Sie wird heute von 33 Pflegeheimen, zehn regional verankerten, öffentlich-gemeinnützigen Spitexorganisationen, dreizehn privaten Spitexorganisationen und 30 selbstständig tätigen Pflegefachpersonen erbracht. Im Bereich der Palliative Care ergänzt das Hospiz St. Antonius in Hurden das Angebot der Palliativstation Spital Schwyz, des Konsiliardienstes sowie des geplanten mobilen ambulanten Palliative Care Dienstes. Die stationäre sozialmedizinische Versorgung für Menschen mit Behinderungen und psychosozialen Problemen wird von vier innerkantonalen Einrichtungen und weiteren ausserkantonalen Einrichtungen, diejenige für Menschen mit Suchtproblemen von ausserkantonalen Einrichtungen wahrgenommen. Darüber hinaus übernehmen der Sozialpsychiatrische Dienst des Kantons Schwyz, verschiedene Tagesstätten sowie die Spitex eine wichtige Rolle in der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung.

Abbildung 2 zeigt eine schematische Übersicht über die wichtigsten Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung. Die in der Abbildung aufgeführten Bereiche und Leistungserbringer bilden zugleich die wichtigsten Kategorien der Leistungs-, Kosten- und Finanzierungsstatistiken des Gesundheitswesens. Die Abbildung verdeutlicht die doppelte Rolle der Spitexorganisationen in der zeitlich befristeten ambulanten Nachsorge im Anschluss an die Akutversorgung, Rehabilitation oder Übergangspflege einerseits und in der Langzeitpflege andererseits. In beiden Funktionen der Spitex kommt dem Schnittstellenmanagement zwischen Versorgungsbereichen sowie der Durchlässigkeit und Vernetzung von Versorgungsformen und Leistungserbringern eine zentrale Bedeutung zu.

#### ▪ Kosten nach Leistungserbringern

In Tabelle 3 werden die Anteile der verschiedenen Leistungserbringer an den Bruttokosten der Obligatorischen Krankenversicherung wiedergegeben.

**Tabelle 3 Bruttokosten der Krankenversicherung nach Leistungserbringern 2011 und 2012 im Kanton Schwyz und der Schweiz**

	2011				2012					
	Kanton Schwyz		Schweiz		Kanton Schwyz			Schweiz		
	Bruttokosten pro Versicherte und Jahr (CHF)	Bruttokosten pro Jahr (Mio. CHF)	Bruttokosten pro Versicherte und Jahr (CHF)	Bruttokosten pro Jahr (Mio. CHF)	Bruttokosten pro Versicherte und Jahr (CHF)	Bruttokosten pro Jahr (Mio. CHF)	Anteil Kosten-gruppe an Total	Bruttokosten pro Versicherte und Jahr (CHF)	Bruttokosten pro Jahr (Mio. CHF)	Anteil Kosten-gruppe an Total
Ärzte Behandlungen (ohne Labor)	587.12	86.5	666.53	5'240.8	610.69	91.1	21.3%	689.38	5'482.9	21.2%
Medikamente (Arzt)	384.08	56.6	202.36	1'591.1	391.57	58.4	13.7%	205.05	1'630.8	6.3%
Medikamente (Apotheken)	111.20	16.4	403.68	3'174.0	117.57	17.5	4.1%	409.69	3'258.4	12.6%
Spital ambulant	474.29	69.9	542.36	4'264.5	475.58	70.9	16.6%	557.79	4'436.3	17.2%
Spital stationär	590.73	87.1	719.26	5'655.4	680.31	101.5	23.7%	727.55	5'786.5	22.4%
Pflegeheime	202.64	29.9	223.85	1'760.1	193.90	28.9	6.8%	228.67	1'818.7	7.0%
Spitex	43.23	6.4	70.75	556.3	42.83	6.4	1.5%	75.61	601.4	2.3%
Laboratorien	62.35	9.2	74.22	583.6	66.82	10.0	2.3%	78.48	624.2	2.4%
Labor Arztpraxis	62.54	9.2	47.82	376.0	65.00	9.7	2.3%	49.00	389.7	1.5%
Physiotherapie	71.52	10.5	76.53	601.7	73.26	10.9	2.6%	77.58	617.0	2.4%
Übrige	100.52	14.8	125.47	986.5	148.22	22.1	5.2%	152.39	1'212.0	4.7%
<b>Total</b>	<b>2'690.20</b>	<b>396.5</b>	<b>3152.82</b>	<b>24'789.9</b>	<b>2'865.73</b>	<b>427.5</b>	<b>100.0%</b>	<b>3'251.19</b>	<b>25'857.9</b>	<b>100.0%</b>

Datenquelle: BAG, Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung (gemäss Datenpool santésuisse) und KVG-Statistik. Eigene Darstellung.

Die Bruttokosten beliefen sich im Kanton Schwyz im Jahr 2012 gemäss Datenpool santésuisse auf 427.5 Mio. Franken.<sup>5</sup> Der grösste Anteil floss mit CHF 101.5 Mio. (23.7 Prozent) in die stationäre Versorgung in den Spitälern. In einer ähnlichen Grössenordnung bewegten sich die Anteile für die ärztliche Versorgung (ohne Labor und Medikamente) mit CHF 91.1 Mio. (21.3 Prozent) und für die ambulante Versorgung im Spital mit CHF 70.9 Mio. (16.6 Prozent). Der Anteil der Pflegeheime an den Krankenversicherungskosten 2012 lag mit 28.9 Mio. Franken bei 6.8 Prozent, derjenige der Spitex mit CHF 6.4 Mio. bei 1.5 Prozent.

Die jährlichen Bruttokosten der Krankenversicherung pro Versicherte/-en sind im Kanton Schwyz mit CHF 2'690 (2011) und CHF 2'866 (2012) noch deutlich unter dem nationalen Durchschnitt von CHF 3'153 (2011) resp. 3'251 (2012).

Die Bruttokosten der Krankenversicherung pro Versicherte/-en und Jahr für die Pflegeleistungen der Pflegeheime und Spitex sind nach Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Kanton Schwyz zwischen 2011 und 2012 leicht zurückgegangen. Im Bereich der Pflegeheime lagen sie 2012 mit CHF 194 wieder auf der Höhe der Kosten des Jahres 2006 (CHF 196) und niedriger als 2007 (CHF 215). Die im nationalen Vergleich niedrigeren Bruttokosten pro Versicherte/-en und Jahr im Bereich Spitex im Kanton Schwyz in Höhe von CHF 43 pro Jahr (2012) beruhen nach der inzwischen weitgehend abgeschlossenen Annäherung aller kantonalen Tarife an den nationalen Tarif nach Krankenpflegeleistungsverordnung Art. 7 auf einer unterdurchschnittlichen Pflegequote (Anzahl Klientinnen/-en auf 1'000 Einwohner/-innen) und einer gleichzeitig niedrigeren durchschnittlich geleisteten Stundenzahl pro Klient/-in (siehe Kapitel 2.2).

#### ▪ Finanzierung der Gesundheitsversorgung in der Schweiz

Die Bruttokosten der Krankenversicherung geben nur einen Teil der Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung wieder. Dies betrifft vor allem die stationäre Versorgung in Spitälern und Rehabilitationskliniken, die stationäre Pflege und Betreuung in sozialmedizinischen Institutionen und Alters- und Pflegeheimen sowie die Spitex. In diesen Bereichen wird ein beträchtlicher Teil der Kosten durch die öffentliche Hand, insbesondere durch Kanton und Gemeinden übernommen.

Da eine Auflösung der Finanzierungsströme nach verschiedenen Quellen und Regimes für die Gesundheitsversorgung auf kantonaler Ebene mit den heute publizierten Statistiken praktisch unmöglich ist, werden in Tabelle 4 die Finanzierungsströme auf nationaler Ebene dargestellt. Die wichtigsten strukturellen Aussagen gelten aber auch auf kantonaler Ebene. Da für 2011 erst provisorische Daten vorliegen, bezieht sich Tabelle 4 auf das Jahr 2010. In Kapitel 4.5 wird für den Kanton Schwyz eine Abschätzung der Finanzierungsströme eingeschränkt auf die Bereiche Pflege und Betreuung vorgenommen.

Tabelle 4 zeigt in der oberen Hälfte die Finanzierungsanteile der fünf Quellen Bund, Kanton, Gemeinden (alle drei steuerfinanziert), Unternehmen und private Haushalte an den hier unterschiedenen sechs Finanzierungsregimes Staat, Krankenversicherung, UV/IV/AHV, bedarfsabhängige Sozialleistungen, private Versicherungen und private Haushalte.

Bund, Kanton und Gemeinden trugen 2010 gesamthaft 32 Prozent (19'866 Mio. CHF) zur Finanzierung des Gesundheitswesens bei. Davon flossen 60 Prozent (11'843 Mio. CHF) via Direktfinanzierung an die Leistungserbringer. 40 Prozent der Beiträge von Bund, Kanton und Gemeinden (CHF 8'023 Mio.) flossen bereits via Krankenversicherung (Prämienverbilligung), bedarfsabhängige Leistungen (Ergänzungsleistungen), Hilfenentschädigung oder als Bundesbeitrag an die Unfallversicherung oder AHV/IV über die anderen Säulen (Regimes) der Finanzierung in die Gesundheitsversorgung ein. Diese 40 Prozent laufen praktisch im Hintergrund mit, fallen aber oft aus der Rechnung, wenn es um die Auswirkungen von Investitionen oder Kostenverlagerungen geht.

---

<sup>5</sup> Die Hochrechnung der Bruttokosten 2011 gemäss Datenpool santésuisse auf der Basis von 147'387 Versicherten weicht nur leicht von den Bruttokosten der Krankenversicherungsstatistik in Höhe von 399.2 Mio. SFr. ab. Die Hochrechnung 2012 beruht auf der Zahl von 149'174 Versicherten. Die Krankenversicherungsstatistik 2012 liegt noch nicht vor.

**Tabelle 4 Finanzierung der Gesundheitsversorgung nach Quellen und Regimes in der Schweiz 2010 (in Mio. CHF)**

Finanzierungsquellen	Finanzierungsregimes						Total nach Finanzierungsquelle
	I	II	III	IV	V	VI	
	Staat	Krankenversicherung	UV, IV, AHV	Bedarfsabhängige Sozialleistungen	Private Versicherungen	Private Haushalte	
Bund	194.0	1'975.6	1'217.6	306.4			3'693.6
Kantone	10'018.5	2'004.2 <sup>6</sup>		1'565.4			13'588.1
Gemeinden	1'630.5			954.1			2'584.5
Unternehmen			2'857.6		1'124.2	310.0	4'291.7
Private Haushalte		18'045.3			4'280.5	16'011.2	38'336.9
<b>Total nach Finanzierungsregime</b>	<b>11'843.0</b>	<b>22'025.1</b>	<b>4'075.2</b>	<b>2'825.9</b>	<b>5'404.7</b>	<b>16'321.2</b>	<b>62'494.9</b>
<b>Leistungserbringer</b>							<b>Total nach Leistungserbringer</b>
Krankenhäuser stationär	7'932.1	5'287.6	1'041.6	-	2'298.0	1'035.9	17'595.2
Krankenhäuser ambulant	-	3'277.7	294.5	-	-	1'280.3	4'852.5
Ambulante Versorger (ohne Spitex)	336.3	7'123.7	871.1	99.0	1'675.4	7'541.8	17'647.2
<b>Spitex</b>	<b>717.8</b>	<b>483.4</b>	<b>17.7</b>	<b>46.5</b>	<b>49.9</b>	<b>269.7</b>	<b>1'585.0</b>
<b>Alters- und Pflegeheime</b>	<b>789.5</b>	<b>1'634.9</b>	<b>470.5</b>	<b>1'827.6</b>	<b>-</b>	<b>3'414.1</b>	<b>8'136.6</b>
Sozialmedizinische Institutionen	1'180.6	-	164.8	852.8	-	434.0	2'632.2
Detailhandel	-	3'076.5	420.3	-	420.6	1'538.7	5'456.2
Staat	886.6	-	-	-	-	324.8	1'211.4
Versicherer	-	1'141.3	610.7	-	960.8	-	2'712.8
Organisationen ohne Erwerbscharakter	-	-	183.9	-	-	481.9	665.8

Datenquelle: BFS, Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung (gemäss Datenpool santésuisse) und KVG-Statistik. Erweiterte Darstellung aufbauend auf Gesundheitsstatistik (2012).

Die unterschiedlichen Kostenträger in den einzelnen Leistungsbereichen verbunden mit unterschiedlichen Vergütungssystemen und Steuerungsmechanismen erschweren in vielen Fällen versorgungsbereichsübergreifende Lösungen und das Schliessen von Versorgungslücken. Umgekehrt bieten sie Anreize für eine Überversorgung.

Die untere Hälfte von Tabelle 4 zeigt für jede Kategorie der Leistungserbringer die Finanzierungsanteile der sechs Finanzierungsregimes. Bei den Finanzierungsanteilen der Krankenversicherung ist zu beachten, dass es sich in dieser Darstellung im Gegensatz zu Tabelle 3 um die Nettokosten der Krankenversicherung nach Abzug von Selbstbehalt und Franchisen der Versicherten handelt. Letztere werden unter der Finanzierung durch die privaten Haushalte erfasst.

Tabelle 4 zeigt die zentrale Mitfinanzierung des stationären Spitalbereichs durch die öffentlich Hand und die Privatversicherungen. Der Anteil der öffentlichen Hand lag 2010 für die Schweiz mit CHF 7'900 Mio.<sup>7</sup> deutlich über dem Anteil der Krankenversicherung (Nettokosten ohne Selbstbehalte

<sup>6</sup> Die Prämienverbilligung, welche in vielen Kantonen gemeinsam von Kanton und Gemeinden getragen wird, wird in der nationalen Darstellung der Finanzströme nicht weiter aufgeteilt. Würde man die Aufteilung gemäss den gesetzlichen Regelungen in den Kantonen vornehmen, erhöht sich entsprechend der Finanzierungsanteil der Gemeinden an der Gesundheitsversorgung.

<sup>7</sup> Dieser Anteil verteilte sich im Jahr 2010 folgendermassen auf die drei föderalen Ebenen: Bund SFr. 1.4 Mio., Kantone SFr. 7'495 Mio., Gemeinden SFr. 436 Mio.

und Franchisen) von CHF 5'300 Millionen. Auch im Kanton Schwyz trug der Kanton 2010 mit CHF 105 Mio.<sup>8</sup> einen höheren Anteil an der Finanzierung als die Krankenkassen mit rund 85 Mio. Franken. Die Spitalfinanzierung durch den Kanton Schwyz entspricht einem Beitrag von CHF 710 pro Einwohner und Jahr.

#### ▪ Finanzierung der Spitex und der stationären Langzeitpflege in der Schweiz

Im Bereich der Spitex sind es die Gemeinden und in verschiedenen Kantonen auch die Kantone selbst, die über die Restfinanzierung der Pflegevollkosten und die Subventionierung von Hauswirtschaftsleistungen sowie weiterer Angebote wie Mahlzeitendienst mit CHF 718 Mio. rund 45 Prozent zur Finanzierung der Gesamtkosten in Höhe von CHF 1'585 Mio. beitragen. Die Kantone übernahmen davon 2010 auf der Ebene Schweiz CHF 327 Mio., die Gemeinden CHF 392 Mio.<sup>9</sup> Die Ergänzungsleistungen als bedarfsabhängige Leistungen spielen im ambulanten Bereich noch eine untergeordnete Rolle.

In der stationären Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen trugen Kanton und Gemeinden vor Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung über die Deckung von Betriebsdefiziten oder direkte Beiträge zur Finanzierung der Alters- und Pflegeheime bei, ab 2011 über die Restfinanzierung der Pflegevollkosten. Im Jahr 2010 betrug die Direktfinanzierung der Kantone und Gemeinden für die Schweiz 790 Mio. Franken. Der Anteil der Direktfinanzierung ist 2011 gegenüber 2010 um rund 10 Prozent auf CHF 874 Mio. gestiegen.

Tabelle 4 zeigt vor allem die grosse Bedeutung der Ergänzungsleistungen für die Finanzierung der Pflegeheimaufenthalte. Im nationalen Schnitt beziehen rund 50 Prozent der Heimbewohner/-innen Ergänzungsleistungen. Der Beitrag der Ergänzungsleistungen, welcher das individuelle Deckungsdefizit betreffend Unterkunft, Pension, Betreuung und seit 2011 auch der Patientenbeteiligung abdeckt, lag 2010 mit CHF 1'828 Mio. über dem Beitrag der Krankenversicherung an der Finanzierung der stationären Langzeitpflege im Pflegeheim.

Eine Verschiebung der Gewichte zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, ein Ausbau der Kompetenzen der Spitex wie auch ihrer Verfügbarkeit (z.B. Nachtabdeckung im Bereich Palliative Care oder Aufgaben im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Versorgung) und andere Entwicklungen innerhalb der Gesundheitsversorgung stehen in diesem Feld unterschiedlicher Finanzierungsträger und Finanzflüsse.

## 2.2 Die Versorgung der Bevölkerung mit Spitexleistungen im Kanton Schwyz

### 2.2.1 Charakterisierung der Spitexregionen und Spitexorganisationen

Die zehn gemeinnützigen Spitex-Organisationen mit Leistungsauftrag sind im Kanton Schwyz stark regional ausgerichtet und verankert. Die Basisorganisationen folgen mit ihren Standorten und ihrer Ausrichtung zum Teil den geografischen Strukturen, zum Teil aber auch historisch gewachsen den politischen Strukturen.

Es finden sich erhebliche Unterschiede in der Grösse der Versorgungsregion, damit auch in der Organisationsstruktur und im Leistungsspektrum. Dies verdeutlicht Tabelle 5 mit ausgewählten Kennzahlen zu den «Spitexregionen». Die Spitexregionen wurden geordnet nach 1. Region (Nord, Mitte, Süd) und 2.

---

<sup>8</sup> Gemäss BFS-Statistik Finanzierung des Gesundheitswesens - Direktzahler: Kantone, 14.05.03-05 und Gemeinden, 14.05.03-04.

<sup>9</sup> Gemäss der Spitex Statistik 2011 des BFS «Finanzen nach Kanton» (14.03.04.02-15.2) betragen der Anteil der Kantone 2011 nach Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung auf der Ebene Schweiz SFr. 399 Mio., auf der Ebene Gemeinden SFr. 349 Mio.

Einwohnerzahl. Die Gemeinde Rothenthurm wurde analog der Gliederung der Pflegeplanung 2030 der Spitexregion Sattel-Rothenthurm und der Region Süd zugeordnet.

**Tabelle 5** Ausgewählte statistische Kennzahlen zu den «Spitexregionen»

Spitexregion	Gemeinden	Bevölkerung 2011				Mitarbeitende 2011		Leistungszahlen Kerndienste 2011			
		Total	davon 65-79	80+.	Alters- quoti- ent <sup>10</sup>	Voll- zeit- äquiv.	Stel- len	Klientinnen/-en		Stunden	
								KLV	Hausw.	KLV	Hausw.
<b>Region Nord</b>											
<b>Höfe</b>	Feusisberg, Freienbach, Wollerau	27'550	3'318	928	23.3%	30.5	71	357	210	17'962	7'307
<b>Untermarch</b>	Altendorf, Lachen, Tuggen, Wangen	21'749	2'462	766	22.9%	28.9	57	320	187	19'800	6'497
<b>Obermarch</b>	Galgenen, Innerthal, Reichenburg, Schübelbach, Vorderthal	17'724	1'680	538	19.2%	17.7	37	318	152	9'984	5'542
<b>Region Mitte</b>											
<b>Einsiedeln</b>	Alpthal, Einsiedeln, Oberiberg, Unteriberg	18'150	2'242	774	27.1%	23.5	33	388	192	14'555	4'997
<b>Region Süd</b>											
<b>Schwyz</b>	Ingenbohl, Mohrschach, Riemenstalden, Schwyz, Steinen, Steinerberg	28'143	3'507	1'347	28.3%	33.9	58	369	203	20'267	4'505
<b>Küssnacht</b>	Küssnacht	12'238	1'436	515	25.2%	12.1	17	193	81	6'543	1'911
<b>Arth-Goldau</b>	Arth-Goldau, Lauerz	11'970	1'271	478	23.2%	13.9	25	219	92	6'936	2'892
<b>Muotathal</b>	Illgau, Muotathal	4'318	450	173	24.0%	2.5	13	66	25	1'794	927
<b>Sattel-Roth.</b>	Rothenthurm, Sattel	3'954	330	126	18.1%	1.0	10	42	18	1'097	335
<b>Gersau</b>	Gersau	2'108	305	113	32.3%	3.1	12	50	21	2'500	789
<b>Total</b>		147'904	17'001	5'758	24.2%	168.5	350	2'322	1'181	101'438	35'702

Datenquelle: BFS Bevölkerungsstatistik EOSOP, Spitex Statistik 2011 Spitex-Kantonalverband Schwyz

Die 30 Gemeinden sind in Tabelle 5 den zehn Spitexorganisationen zugeordnet. Die Spitexregionen sind zum Teil bezirksübergreifend ausgerichtet. In den vergangenen Jahren haben sich in der psychiatrischen Pflege und anderen spezialisierte Pflegefeldern Zusammenarbeitsformen etabliert. Die in der kantonalen Pflegefinanzierungsverordnung geforderte erweiterte Abendabdeckung wird zum Teil ebenfalls über Kooperationen sichergestellt.

Die Grösse der Versorgungsgebiete spiegelt sich in der Mitarbeitendenstruktur. Die Spitexorganisationen Muotathal, Sattel-Rothenthurm und Gersau gewährleisten die Versorgung von je zwischen 50 und 70 Klientinnen/-en (ohne Doppelzählung) im Jahr. Sie erbringen im Jahr in den Kerndienstleistungen Pflege und Hauswirtschaft zwischen 1'400 und 3'300 Stunden. Die drei grössten Spitexorganisationen Schwyz, Höfe oder Untermarch besetzen einen Stellenumfang von gegen 30 Vollzeitäquivalenten mit zwischen 60 und 71 Mitarbeitenden. Sie versorgen zwischen 390 und 460 Klientinnen/-en (ohne Doppelzählung) pro Jahr<sup>11</sup> und erbringen durchschnittlich rund 25'000 Stunden in den Kerndienstleistungen. Dies entspricht rund dem zehnfachen der kleineren Spitexorganisationen und zeigt die Spannbreite innerhalb des Kantons auf.

<sup>10</sup> Altersquotient = Altersstufe 65+ / Altersstufe 20 bis 64

<sup>11</sup> Dies entspricht zwischen 500 und 600 Klientinnen/-en pro Jahr mit Doppelzählung.

Für die Pflege von kranken oder verunfallten Kindern wird das Angebot der Spitex-Basisorganisationen durch die Kinderspitex Zentralschweiz (zuständig für die Innerschwyzer Gemeinden) und die Kinderspitex Kanton Zürich (zuständig für die Ausserschwyzer Gemeinden) ergänzt. Diese verfügen ebenfalls über einen Leistungsauftrag.

Darüber hinaus zur Spitexversorgung zugelassen, aber ohne Leistungsauftrag der öffentlichen Hand, sind aktuell zehn private Spitexorganisationen mit einem Leistungsangebot für den ganzen Kanton und drei private Spitexorganisationen mit eingeschränktem Leistungsangebot. Hinzu kommen noch 30 selbstständig tätige Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner.<sup>12</sup>

### 2.2.2 Die Kerndienstleistungen der Spitex: Pflege und Hauswirtschaft

Die Aktivitäten der Spitex fokussieren sich insbesondere auf zwei Kerndienstleistungen: zum einen die Pflege-Leistungen (gemäss der Krankenpflegeleistungsverordnung, im fortlaufenden Text als KLV-Pflege abgekürzt), zum anderen Hauswirtschafts-Leistungen (im folgenden als HWS bezeichnet).

Tabelle 6 gibt die Entwicklung der Klientinnen-/Klientenzahlen und Leistungsstunden in den Kerndienstleistungen gemäss der Statistik des Bundesamts für Statistik (BFS) wieder.

**Tabelle 6 Die Entwicklung der Kerndienstleistungen der Spitex gemäss BFS-Statistik**

Jahr	Klientinnen/-en (Personen) ohne Doppelzählung			KLV-Klientinnen/-en			HWS-Klientinnen/-en		
	Frauen	Männer	Total	KLV-Klientinnen/-en	KLV-Stunden	pro 1'000 Einw. <sup>13</sup>	HWS-Klientinnen/-en	HWS-Stunden	pro 1'000 Einw.
2001	1'517	605	2'122	1'626	63'993	12.4	1'140	54'835	8.7
2002	1'720	614	2'334	1'895	67'537	14.3	1'124	51'949	8.5
2003	1'686	648	2'334	1'923	70'947	14.3	1'141	48'741	8.5
2004	1'720	650	2'370	1'990	75'356	14.7	1'125	48'770	8.3
2005	1'573	594	2'167	1'922	77'477	14.1	1'104	46'535	8.1
2006	1'612	694	2'306	2'127	78'165	15.4	1'038	44'630	7.5
2007	1'584	685	2'269	2'068	84'195	14.8	1'079	42'891	7.7
2008	1'695	720	2'415	2'255	92'826	15.8	1'122	41'772	7.9
2009	1'741	678	2'419	2'291	98'349	15.9	1'131	40'862	7.8
2010	1'745	784	2'529	2'206	111'554	15.0	1'212	46'762	8.3
2011				2'450	108'656	16.6	1'243	46'897	8.4

Datenquelle: BFS, Spitex-Statistik<sup>14</sup>

Aus der Spitex-Statistik nicht ersichtlich ist die Bestandesgrösse der Klientinnen/-en in der ambulanten Langzeitpflege. Zum einen werden bei der Anzahl Klientinnen/-en (mit oder ohne Doppelzählung) die laufenden Klientinnen-/Klientenverhältnisse während des ganzen Jahres erfasst. Zum anderen fallen sowohl die Klientinnen/-en in der klar befristeten ambulanten Nachsorge nach dem Spital als auch die Langzeitpflegeklientinnen/-en unter die Statistik. Auch wenn es immer einen Überlappungsbereich geben wird und beide Gruppen nicht scharf zu trennen sind, wäre es interessant, abzuschätzen, wie viel Wachstum vom einsetzenden demografischen Wandel und wie viel von kürzeren Aufenthaltszeiten in den Spitälern und gewachsenen Kompetenzen in der Spitexpflege generiert wurde.

<sup>12</sup> Angaben gemäss Merkblatt 8: Liste der im Kanton Schwyz zugelassenen Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und der selbstständig erwerbstätigen Pflegefachpersonen, Stand 27.03.2013.

<sup>13</sup> Diese Kennzahl entspricht der Pflegequote: der Anzahl Klientinnen/-en pro 1'000 Einwohner/-innen im Bezugsjahr.

<sup>14</sup> Ab 2010 sind in der BFS Statistik auch die privaten Spitexorganisationen und selbstständig erwerbstätigen Pflegefachpersonen erfasst, 2010 allerdings noch mit Lücken.

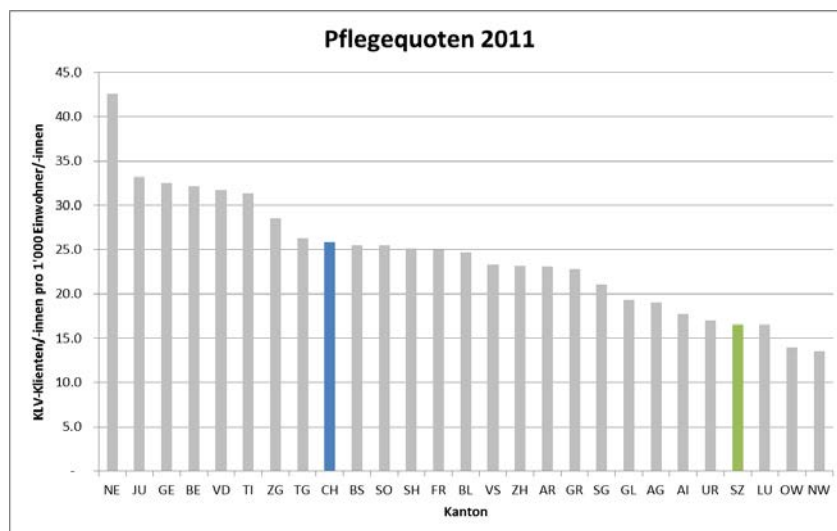
### ▪ Entwicklung der Klientinnen-/Klientenzahlen und Leistungsstunden in der Pflege

In der Kerndienstleistung Pflege hat in den Jahren 2001 bis 2009 ein kontinuierlicher Anstieg in den Klientinnen-/Klientenzahlen wie auch bei den Leistungsstunden (plus 50 Prozent) der öffentlich-gemeinnützigen Spitex stattgefunden. Im Jahr 2010 wurden erstmals auch die Leistungskennzahlen der privaten, erwerbswirtschaftlichen Spitexorganisationen in die Spitexstatistik des Bundesamts für Statistik aufgenommen. Dies erklärt die sprunghafte Zunahme in den Leistungsstunden 2010 in Tabelle 6.

2011 gingen im Kanton Schwyz die Leistungsstunden in der Pflege erstmals zurück bei gleichzeitig weiter steigenden Klientinnen-/Klientenzahlen.<sup>15</sup> Hinter dieser Entwicklung stehen verschiedene Faktoren, die jedoch aufgrund fehlender Angaben in der Spitexstatistik nicht voneinander getrennt werden können. Erstens sank die Zahl der verrechenbaren Stunden pro Klient/-in durch die Änderung in der neuen Pflegefinanzierung, die anstelle einer Abrechnung in 10 Minuten Schritten eine Abrechnung in 5 Minuten Schritten einführt. Zweitens könnte die Einführung der Patientenbeteiligung Einfluss auf die pro Klient/-in nachgefragten Einsätze gehabt haben. Zusätzlich könnte sich auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Klientinnen-/Klientenbesuch verringert haben. Drittens war im Jahr 2011 in einzelnen Regionen ein starker Anstieg der Pflegebetten zu verzeichnen.

Trotz der Zunahme der Spitexleistungen in den Jahren 2001 bis 2011 liegt die Anzahl Klientinnen/-en, die Pflege und Hauswirtschaft bei der Spitex beziehen, im Kanton Schwyz deutlich unter dem nationalen Durchschnitt. Die Inanspruchnahme von Spitexleistungen einer Region wird häufig mit der Kennzahl Pflegequote erfasst. Die Pflegequote misst die Anzahl KLV-Klientinnen/-en pro 1'000 Einwohner/-innen im Bezugsjahr. Sie liegt im Kanton Schwyz 2011 mit 16.6 um 36 Prozent niedriger als der nationale Durchschnitt von 25.5 Klienten.

**Tabelle 7 Die Pflegequoten 2011 im interkantonalen Vergleich**



Datenquelle: BFS, Spitex-Statistik.

Der Kanton Schwyz liegt mit seiner Pflegequote im Bereich der anderen Zentralschweizer Kantone. Er liegt aber deutlich unter den Pflegequote der Spitex in den Kantonen Tessin, Waadt, Neuenburg, Bern Jura und Genf, die sich zwischen 32 und 42 Klientinnen/-en auf 1'000 Einwohner/-innen bewegt und damit 2 bis 2.5 Mal so hoch ist. Angesichts dieser Unterschiede in den Pflegequoten wurde im Evaluationsbericht der Finanzkontrolle Kanton Schwyz zur «Sicherstellung eines bedarfsgerechten Betreuungs-

<sup>15</sup> Eine Zunahme an kürzeren Einsätzen dürfte mit dieser Entwicklung einhergehen. Die Zahl der Einsätze wird in der nationalen Statistik jedoch nicht ausgewiesen.



und Pflegeangebots für Betagte im Kanton Schwyz» die Frage aufgeworfen, ob die Spitex im Kanton Schwyz aktuell ein bedarfsgerechtes Angebot erbringt oder ob im Kanton Schwyz eine Unterversorgung an Spitexleistungen vorliegt.<sup>16</sup>

Die Altersstruktur eines Kantons hat einen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen. Deshalb wurden in Tabelle 8 altersabhängige Pflegequoten für den Kanton Schwyz im Vergleich zu den nationalen Zahlen berechnet.

**Tabelle 8 Altersabhängige Pflegequoten Kanton Schwyz-Schweiz im Vergleich**

KLV-Leistungen 2011				
	Altersgruppen			
	0-64	65-79	80+	Total
Bevölkerung Kanton Schwyz	125'145	17'001	5'758	147'904
Klientinnen/-en KLV Kanton Schwyz	705	684	1'060	2'449
Pflegequote Kanton Schwyz	5.6	40.2	184.1	16.6
Pflegequote Schweiz	7.2	60.0	258.2	25.8
Differenz (Schweiz und Kanton Schwyz)	21.7%	33.0%	28.7%	35.8%

Datenquelle: BFS, Spitex-Statistik und Statistik der Wohnbevölkerung. Eigene Berechnungen.

Die Differenz verringert sich je nach Altersgruppe um einige Prozentpunkte. Doch sind die Unterschiede mit beispielsweise 184 Klientinnen/-en im Alter 80+ auf 1'000 Einwohner derselben Altersgruppe im Kanton Schwyz zu 258 Klientinnen/-en auf 1'000 Einwohner im nationalen Schnitt weiterhin signifikant.

#### ▪ Entwicklung der hauswirtschaftlichen Leistungen

Die hauswirtschaftlichen Leistungen gingen zwischen 2001 und 2011 von rund 55'000 auf 47'000 Stunden um 25 Prozent bei ungefähr gleichbleibenden Klientinnen-/Klientenzahlen zurück (siehe Tabelle 6). Im Bereich Hauswirtschaft und Entlastung werden wichtige Anbieter in der Spitex-Statistik jedoch nicht ausgewiesen. Diese beschränkt sich auf die hauswirtschaftlichen Dienstleistungen von Organisationen, die eine Spitexzulassung haben. Damit werden bestimmte Anbieter mit einem doch deutlichen Anteil an Hauswirtschafts-, Betreuungs- und Unterstützungsleistungen nicht erfasst. Dazu gehören in einigen Kantonen z.B. Home Instead<sup>17</sup> oder auch Pro Senectute.

Im Kanton Schwyz bieten mit dem SRK Entlastungsdienst und dem Haushaltsservice der Schwyzer Bäuerinnenvereinigung zwei nicht gewinnorientierte Organisationen Entlastungsleistungen für pflegende Angehörige und Haushaltsleistungen an, die eine wichtige Ergänzung zu den Spitexleistungen darstellen und nicht in den Statistiken erscheinen. Auch wenn beim Haushaltsservice nicht zwischen berufstätigen Bezügerinnen und Bezüger im AHV-Alter unterschieden werden kann, stellt letztere Gruppe einen erheblichen Teil der Klientinnen/-en.<sup>18</sup> Insgesamt wurden im Jahr 2012 14'730 Stunden in ca. 5'200 Einsätzen geleistet. Den SRK Entlastungsdienst für pflegende Angehörige nahmen 2012 126 Klientinnen/-en für insgesamt 17'795 Stunden in Anspruch. Beide Angebote sind in den letzten Jahren stark gewachsen. Die Einsatzstunden des SRK Entlastungsdienstes stiegen seit 2006 von 5'000 Stunden auf das Dreifache an. Ein Teil des Rückgangs der von den öffentlich-gemeinnützigen Spitexorganisationen erbrachten Hauswirtschaftsstunden dürfte in dem Zuwachs dieser beiden Angebote wie auch anderer privaten Anbieter begründet sein.

<sup>16</sup>Finanzkontrolle Kanton Schwyz, Schlussbericht «Evaluation der Sicherstellung eines bedarfsgerechten Betreuungs- und Pflegeangebots für Betagte im Kanton Schwyz», 2012

<sup>17</sup>Home Instead kommt zum Teil mit seinen Leistungen, welche als Unterstützung bei der Grundpflege (Leistungspaket 3, Hilfe beim An- und Auskleiden, bei der Haar- und Körperpflege, bei Toilettengängen, etc.) bezeichnet werden, der Grundpflege auch ohne Spitexbewilligung recht nahe.

<sup>18</sup>Die beiden Bezugsgruppen werden statistisch nicht unterschieden. Die Koordinatorin ging im Interview aber davon aus, dass vielleicht die Hälfte der Einsätze für ältere Menschen erfolgt.

### ▪ Unterschiedliche Ziele der Hauswirtschaftsleistungen

Die Aussagekraft der aktuellen Spitex-Statistik des Bundesamts für Statistik (BFS) für die Versorgung der Bevölkerung mit Hauswirtschaftsleistungen ist aus zwei weiteren Gründen beschränkt. Zum einen fasst sie spätestens seit der Aufnahme der privaten Spitexorganisationen ärztlich verordnete Hauswirtschaftsleistungen und Wahlleistungen in einer einzigen Statistik zusammen. Wahlleistungen sind Leistungen, die von den Klient/innen bezogen werden, gemäss Bedarfsabklärung aber nicht notwendig sind.

Zum anderen verfolgen auch die ärztlich verordneten Hauswirtschaftsleistungen der Spitex vier unterschiedliche Ziele, die in der Statistik nicht getrennt werden können.

1. Die Spitex übernimmt zeitlich begrenzt die Haushaltsführung als Teil der ambulanten Nachsorge nach dem Spital. Die Inanspruchnahme erfolgt oft im Rahmen einer Zusatzversicherung. Die Spitexorganisationen sehen sich hier zum Teil Anforderungen der Klientinnen/-en gegenüber (Anspruch auf eine bestimmte Stundenzahl und Aufteilung auf verschiedene Tage), die von den Versicherungsbestimmungen getragen sind und gegen die sie sich (mehr oder weniger) erfolgreich abgrenzen müssen oder wollen.
2. Die Spitex erbringt Hauswirtschaftsleistungen für den Erhalt und die Förderung der Selbstständigkeit im Alltag, wenn diese aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen und schwindender Kräfte gefährdet ist. Die Hauswirtschaftsleistungen stehen hier im Kontext einer kontinuierlichen Unterstützung unter Aktivierung und Aufbau der Ressourcen und Fähigkeiten der Klientinnen/-en sowie Einbezug der Ressourcen des sozialen Umfelds.
3. Die Spitex übernimmt Hauswirtschaftsleistungen zur Stabilisierung der Haushaltsführung in Krisensituationen, die durch einen plötzlichen Ausfall der bisherigen Strukturen oder das Aufdecken eines Zustands der Verwahrlosung gekennzeichnet sind.
4. In einigen Fällen übernimmt die Spitex auch stellvertretend über einen längeren Zeitraum Aufgaben, die eine Person aufgrund einer Erkrankung, eines Unfalls, einer Behinderung nicht selbst vornehmen kann, in einer ansonsten stabilen Situation.

Die Beiträge der öffentlichen Hand haben in diesen vier Hauswirtschaftsfeldern eine unterschiedliche Funktion.

### ▪ Hauswirtschaftliche Leistungen nach Altersgruppen

Nur eine Differenzierung der Hauswirtschaft auf die vier verschiedenen Zielgruppen würde eine Aussage erlauben, in welchem Masse pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen im Rahmen des Leitbildes «ambulant vor stationär» neben pflegerischen Leistungen weitere Unterstützungsleistungen zum Erhalt und zur Förderung der selbständigen Haushaltsführung zur Verfügung stehen. Leider lässt die heutige Spitexstatistik keine direkte Aussage über die Aufteilung der von der öffentlichen Hand subventionierten Hauswirtschaftsleistungen auf die verschiedenen Zielgruppen zu. Einen gewissen Hinweis liefert jedoch die Altersstruktur der Hauswirtschaftsklientinnen.

**Abbildung 9 Die Verteilung der Hauswirtschaftsklientinnen/-en und -stunden nach Altersgruppen, 2011**

Altersgruppe	Klient/innen			Hauswirtschaftsstunden			Stunden pro Klient		
	Öffentlich-gemeinn.	Privat	Total	Öffentlich-gemeinn.	Privat	Total	Öffentlich-gemeinn.	Privat	Total
<b>Total</b>	<b>1'181</b>	<b>62</b>	<b>1'243</b>	<b>35'702</b>	<b>11'195</b>	<b>46'897</b>	<b>30</b>	<b>181</b>	<b>38</b>
0-4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5-19	2	0	2	91	0	91	46	0	46
20-64	503	18	521	14'294	832	15'126	28	46	29
65-79	289	10	299	8'420	456	8'876	29	46	30
80+	387	34	421	12'897	9'907	22'804	33	291	54

Datenquelle: BFS, Spitex-Statistik 2011, und SKSZ, Spitex-Statistik, eigene Berechnung und Darstellung.

14'400 Stunden, d.h. 40 Prozent der 2011 geleisteten Stunden der öffentlich-gemeinnützigen Spitex gehen an Klientinnen/-en unter 65 Jahren. Bei den übrigen 60 Prozent der hauswirtschaftlichen Stunden der öffentlich-gemeinnützigen Spitex für die Altersgruppe 65plus, d.h. rund 21'200 Stunden, dürfte ein gewisser Teil unter die erste Gruppe, die zeitlich begrenzte Unterstützung als Teil der ambulanten Nachsorge nach einem Spitalaufenthalt fallen. Nur die nach Abzug dieser Gruppe verbleibenden Stunden ständen dann als öffentlich subventionierte Stunden für die Förderung und den Erhalt der Selbständigkeit in der Haushaltsführung und damit dem Verbleib in der gewohnten Wohnumgebung zur Verfügung.

Abbildung 9 zeigt, dass die privaten erwerbswirtschaftlichen Spitexorganisationen ihre hauswirtschaftlichen Leistungen mit rund 10'000 Stunden mehrheitlich für die Gruppe der über 80 jährigen und älteren erbringen. Die durchschnittliche Stundenzahl in dieser Altersgruppe liegt mit 291 Stunden pro Klient/-in deutlich über derjenigen der öffentlich-gemeinnützigen Spitex und weist auf einen hohen Anteil an Wahlleistungen hin.

### 2.2.3 Der Wettbewerb zwischen privat-erwerbswirtschaftlicher und öffentlich-gemeinnütziger Spitex

Mit der neuen Pflegefinanzierung hat der Gesetzgeber bewusst die privaten erwerbswirtschaftlichen Spitexorganisationen gestärkt. In den meisten Kantonen erhalten diese Spitexorganisationen, neben den national einheitlichen Tarifen für die Pflege, neu die Patientenbeteiligung und bis auf wenige Ausnahmen auch eine Restfinanzierung der öffentlichen Hand. Diese Restfinanzierung orientiert sich meistens an anerkannten Vollkosten oder Normtarifen, die unter denjenigen der Spitexorganisationen mit Leistungs- oder Versorgungsauftrag liegen. Bei der Festlegung der anerkannten Pflegevoll- oder Pflegenormkosten für Spitexorganisationen mit und ohne Leistungsauftrag stehen die Gemeinden vor der grossen Herausforderung, gleich lange Spiesse zu schaffen. Die gewinnorientierten Spitex haben gegenüber den gemeinnützigen Spitex den Vorteil, dass sie keine Leistungspflicht haben, wenn es sich für sie nicht rechnet. Bei der Berechnung der anerkannten Kosten gilt es zudem, Einflussfaktoren wie Lohnreglemente, Zusatzleistungen wie Weiterbildung, unterschiedliche geografische und soziodemografische Voraussetzungen, Vorhalteleistungen, Kurzinterventionen, gewünschte nicht verrechenbare Zusatzleistungen einerseits gegenüber kostentreibenden Faktoren wie einen zu hohen Administrativaufwand, unklare Prozesse und unerwünschte nicht verrechenbare Stunden andererseits zu unterscheiden und zu gewichten.

Auch im Kanton Schwyz ist eine Zunahme an Leistungen der privaten Spitexorganisationen zu beobachten. Je nach Versorgungsregion sind diese Spitexorganisationen unterschiedlich stark vertreten.<sup>19</sup> Ihre

<sup>19</sup> Eine Verteilung der 2012 von privaten erwerbswirtschaftlichen erbrachten Spitex-Pflegeleistungen nach Regionen liesse sich aufgrund der von den Gemeinden geleisteten Restfinanzierungsbeiträge abschätzen. Diese Daten wären für diese Studie aber nicht ohne einen erheblichen Erhebungsaufwand zugänglich gewesen.

Präsenz ist gegenwärtig in der Ausserschwyz und im Bezirk Küssnacht höher, aber sie treten vermehrt auch in anderen Regionen auf.

Tabelle 10 zeigt das Verhältnis der Leistungskennzahlen zwischen öffentlich-gemeinnütziger und privat-erwerbswirtschaftlicher Spitex.

Für 2012 liegen aktuell erst die Zahlen für die öffentlich-gemeinnützige Spitex vor. Während die verrechneten Leistungsstunden der öffentlich-gemeinnützigen Spitex bei steigenden Klientinnen-/Klientenzahlen zwischen 2010 und 2011 zurückgingen, stiegen die Leistungsstunden der privaten Spitex an. Im Jahr 2012 waren bei den öffentlich-gemeinnützigen Spitexorganisationen ein leichter Rückgang bei den Klientinnen/-en und eine Fortsetzung des Rückgangs bei den verrechneten Stunden auf den Stand von 2009 zu beobachten.

Der Anteil der privaten Spitex an der Pflege ist im Kanton Schwyz im Vergleich zu anderen Kantonen mit 5.2 Prozent der Klientinnen/-en und 6.6 Prozent der erbrachten Stunden im Jahr 2011 noch gering. So betrug der Anteil der privaten Spitex an den geleisteten Stunden Pflege im Jahr 2011 im Kanton Luzern 17.8 Prozent und im Kanton Zürich 19.2 Prozent. Der Wettbewerbsdruck ist heute in den verschiedenen Kantonsteilen und Tälern des Kantons Schwyz unterschiedlich deutlich zu spüren. Er wird aber gesamthaft weiter zunehmen.

**Tabelle 10 Die Leistungen der öffentlich-gemeinnützigen und privaten erwerbswirtschaftlichen Spitex im Vergleich**

KLV-Pflege								
Jahr	Öffentlich-gemeinnützige Spitex		Private erwerbswirtschaftliche Spitex		Total		Anteil Private Spitex an Total	
	Klient/-innen	Stunden	Klient/-innen	Stunden	Klient/-innen	Stunden	Klient/-innen	Stunden
2010	2'161	104'798	45	6'756	2'206	111'554	2.0%	6.1%
2011	2'322	101'438	127	7'218	2'449	108'656	5.2%	6.6%
2012	2'233	98'327						
Hauswirtschaft/Sozialbetreuung								
Jahr	Öffentlich-gemeinnützige Spitex		Private erwerbswirtschaftliche Spitex		Total		Anteil Private Spitex an Total	
	Klient/-innen	Stunden	Klient/-innen	Stunden	Klient/-innen	Stunden	Klient/-innen	Stunden
2010	1'127	36'644	85	10'118	1'212	46'762	7.0%	21.6%
2011	1'181	35'702	62	11'195	1'243	46'897	5.0%	23.9%
2012	1'082	33'959						

Datenquelle: Spitex-Statistik des BFS und Statistik SKSZ

Im Bereich Hauswirtschaft ist der Anteil der privaten Spitex an den gesamthaft geleisteten Stunden mit rund 24 Prozent bereits deutlich höher. Bei der Interpretation ist aber zu beachten, dass die Spitexstatistik unterschiedliche Leistungen unter der Hauswirtschaft der öffentlich-gemeinnützigen Spitex und der privaten Spitex erfasst. Im Kanton Schwyz erbringen die öffentlich-gemeinnützigen Spitexorganisationen bis auf einen minimalen Anteil an Grundreinigungsstunden die Hauswirtschaft auf ärztliche Verordnung hin. Es sind in ihren Stunden damit praktisch keine Wahlleistungen enthalten. Bei den Stunden Hauswirtschaft und Sozialbetreuung der privaten erwerbswirtschaftlichen Spitexorganisationen werden neben den ärztlich verordneten Stunden auch die Wahlleistungen in der Spitexstatistik erfasst.

Dieser Unterschied zeigt sich deutlich in der durchschnittlichen Anzahl Stunden pro Klient/-in. Leisteten die öffentlich-gemeinnützigen Spitexorganisationen im Jahr 2011 in der Hauswirtschaft durchschnittlich über alle Altersgruppen gemittelt 30.2 Stunden pro Klient/-in, lag diese Kennzahl bei den privaten erwerbswirtschaftlichen Spitexorganisationen bei 180.6 Stunden pro Klient/-in. In der Pflege lagen die

öffentlich-gemeinnützigen Spitexorganisationen mit durchschnittlich 43.7 Stunden pro Klient/-in und die privaten erwerbswirtschaftlichen mit 56.8 Stunden pro Klient/-in deutlich näher beieinander.

#### 2.2.4 Die Ausgestaltung des Angebots Hauswirtschaft, Betreuung und Begleitung

Die öffentlich-gemeinnützigen Spitexorganisationen bieten in Abstimmung mit den Leistungsaufträgen der Gemeinden im Bereich Hauswirtschaft unterschiedliche Leistungen an und sie verfolgen unterschiedliche Tarifsysteme. Dies beginnt bei den Tarifen für Abklärung und Beratung.

**Tabelle 11 Unterschiedliche Tarife und «Philosophien» in der Abklärung und Beratung Hauswirtschaft**

Abklärung und Beratung Hauswirtschaft					
Spitex	Sattel-Rothenthurm	Einsiedeln	Schwyz	Gersau, Höfe, Untermarch	Arth-Goldau, Küsnacht, Muotathal-Illegau, Obermarch
Betrag	34.00 CHF /Std.	52.00 CHF /Std.	54.60 CHF /Std.	75.00 CHF /Std.	79.80 CHF /Std.
«Philosophie»: Gleicher Tarif wie	eigentliche Hauswirtschaftsleistung	Grundpflege (noch alter Tarif)	Grundpflege	Abklärung & Beratung (noch alter Tarif)	Abklärung & Beratung

Datenquelle: Interne Liste SKSZ, eigene Darstellung.

Die Unterschiede setzen sich fort beim Umfang der Leistungen in der Hauswirtschaft selbst sowie den dortigen Tarifen. Eine grundsätzliche Entscheidung im Umfang des Leistungsangebots ist, ob zusätzlich zur ärztlich verordneten Hauswirtschaft auch weitere Leistungen, beispielsweise in der Grundreinigung, angeboten werden.

**Tabelle 12 Unterschiedliche Tarife und unterschiedliches Angebot der Spitex in der Hauswirtschaft**

Hauswirtschaftliche Leistung							
Spitex	Haushaltshilfe mit ärztlicher Verordnung		Haushaltshilfe mit ärztlicher Verordnung		Grundreinigung	Wegpauschale	Sonstiges
	Sozialtarif	Normaltarif	Mitglied	Nicht-Mitglied			
Küssnacht	30.00				keine	keine	
Sattel-Rothenthurm	31.00				keine	keine	
Einsiedeln	24.00				keine	6.00	
Gersau	33.00				keine	5.00	
Höfe	30.00				40.00	keine	
Muotathal-Illegau	26.00				65.25	keine	50% Nacht- und WE-Zuschlag
Schwyz	27.00	35.00			40.00	6.00	
Arth-Goldau	27.00	35.00			40.00	6.00	Sozialtarif wird aus Spendenfonds finanziert
Obermarch			30.00	36.00	keine	keine	
Untermarch			30.00	36.00	40.00	keine	

Datenquelle: Interne Liste SKSZ, eigene Darstellung.

Fünf von zehn Spitex-Basisorganisationen erbringen Leistungen in der Reinigung, die über die ärztlich verordnete Hauswirtschaft hinausgehen. Sie verlangen für diese Leistungen einen Preisaufschlag. Bei der Spitex Region Muotathal-Illegau sind die Kosten für die Grundreinigung nicht subventioniert. Bei den anderen Spitexorganisationen deckt der Tarif von CHF 40 eventuell die Grenzkosten, nicht die Vollkosten pro Stunde. Zusätzlich sind die nicht ärztlich-verordneten Dienstleistungen ebenfalls mehrwertsteuerbefreit (im Gegensatz zur erwerbswirtschaftlichen Spitex).

Die von den Spitex-Organisationen verrechneten Tarife unterscheiden sich teilweise recht stark, nicht nur bezüglich Tarifhöhe, sondern vor allem auch bezüglich Tarifstruktur.

Es lassen sich vier Gruppen von Tarifstrukturen unterscheiden:

1. Einheitstarif mit oder ohne Wegpauschale, ohne Grundreinigungsangebot
2. Einheitstarif, plus Angebot von Grundreinigung zu höherem Tarif, keine Wegpauschale
3. Sozialtarif bei ärztlicher Verordnung neben Normaltarif, plus Angebot von Grundreinigung zu höherem Tarif, Wegpauschale
4. Unterschiedliche Tarife für Mitglieder und Nichtmitglieder

Würde man die Wegpauschalen pro Einsatz auf die Stundenkosten umlegen, dann liegen die Tarife Muotathal-Illgau, Sattel-Rothenturm, Höfe, Einsiedeln und Küssnacht alle zwischen CHF 26 und Fr. 30 pro Stunde ärztlich verordnete Hauswirtschaft. Schwyz, Arth-Goldau, Untermarch und Obermarch liegen mit ihren Sozial- oder Mitgliedertarifen ebenfalls in diesem Bereich. Mit den Normaltarifen ergibt sich bei den letztgenannten Organisationen hingegen ein Sprung auf Kosten von CHF 36 und höher pro Stunde (bei Einberechnung Anteil Wegpauschale). Gersau liegt mit Kosten von CHF 33 pro Stunde plus Wegpauschale etwa in diesem Bereich.

In Tabelle 13 werden die Tarife anderer Anbieter, soweit erhältlich, dargestellt.

**Tabelle 13 Unterschiedliche Tarife anderer Anbieter (pro Stunde)**

Hauswirtschaftliche Leistung, Betreuung, Entlastung und Begleitung (in Franken pro Stunde)					
Organisation	Haushaltshilfe mit ärztlicher Verordnung	Leistungen ohne ärztliche Verordnung	Entlastungsdienst	Wegpauschale	Sonstiges
<b>Spitex zur Mühle</b>	45.00	45.00 plus MwSt.		10.00	Spitexzulassung
<b>Haushaltsservice der Schwyzer Bäuerinnenvereinigung</b>		35.80 plus MwSt. (wiederholte Einsätze) 39.50 plus MwSt. (Einzeleinsätze)		5.00	
<b>SRK Schwyz Entlastungsdienst</b>			Subventioniert: 4 Std. pro Woche 60.00 2 Tage oder 2 Nächte pro Monat à 120.- Jede weitere Stunde: 30.00	5.00	
<b>Haus- und Betreuungsdienst Stadt und Land</b>	39.80 (Mo-Fr) <sup>20</sup> 42.50 (Sa-So)	39.80 plus MwSt. (Mo-Fr) 42.50 plus MwSt. (Sa-So)		5.00 oder realer Aufwand	Spitexzulassung, Nachteinsätze
<b>Home Instead</b>		46.00 plus MwSt.			Auch Nachteinsätze

Datenquelle: Angaben der einzelnen Organisationen.

Der Haushaltsservice der Schwyzer Bäuerinnenvereinigung arbeitet nicht gewinnorientiert. Ein zentrales Ziel ist es, für die ländliche Bevölkerung eine Situation zu schaffen, in der Mitarbeitende und die Bevölkerung profitieren. Einerseits werden Arbeitsplätze zu fairen, sozialversicherten Löhnen mit flexiblen Einsatzmöglichkeiten geschaffen. Auf der anderen Seite werden auch in ländlichen Regionen Unterstützungsdienste angeboten, die dank der Verankerung in der Schwyzer Bäuerinnenvereinigung und der angebotenen Grund- und Weiterbildung eine hohe Reputation geniesst. Die Angebotspreise in Höhe von CHF 35.80 (ohne MwSt., CHF 38.70 mit MwSt.) für wiederholte Einsätze und von CHF 39.50 (ohne MwSt., CHF 42.70 mit MwSt.) bilden sich gemäss der Schwyzer Bäuerinnenvereinigung aus der Balance

<sup>20</sup> In der Ausserschwyz liegen die Preise ohne MwSt. bei SFr. 40.50 (Mo-Fr) und SFr. 43.70 (Sa-So).

zwischen schlanken Koordinations- und Verwaltungsstrukturen einerseits und Investitionen in die Aus- und Weiterbildung der Mitarbeitenden sowie fairen Löhne andererseits.

Der SRK Entlastungsdienst bietet seine Unterstützungsleistungen durch SRK Pflegehelferinnen an. Dank Leistungsaufträgen mit allen Gemeinden kann er stark subventionierte Tarife, die einem Stundenansatz von CHF 15.00 pro Stunde entsprechen, für ein bestimmtes monatliches Grundpaket anbieten.<sup>21</sup> Darüber hinausgehende Stunden werden mit CHF 30.00 in Rechnung gestellt.

#### ▪ **Private, erwerbswirtschaftliche Organisationen**

Private Spitexorganisationen bieten in vielen Fällen neben der Pflege ebenfalls Leistungen in der Hauswirtschaft, Betreuung und Begleitung an. Soweit sie nicht ärztlich verordnet sind, sind sie frei in der Menge der erbrachten Leistungen und Ausrichtung. Oft gilt eine Mindeststundenzahl von zwei Stunden pro Einsatz. Die Preise der in Tabelle 13 aufgeführten Anbieter liegen zwischen CHF 40 und CHF 45 pro Stunde (ohne MwSt., zwischen CHF 43 und CHF 49 mit MwSt.). Ohne Spitexzulassung, aber national und international als Franchise-Unternehmen in den Bereichen Betreuung, Begleitung, Hauswirtschaft und Entlastung tätig, ist Home Instead. Der Stundenansatz liegt dort bei CHF 46 (ohne MwSt., CHF 49.70 mit MwSt.).

Darüber hinaus stehen den Haushalten eine Vielzahl von privaten Reinigungsfirmen, Reinigungspersonen oder Haushaltshilfen offen. Während es klare Zugänge, weitgehend einheitliche Abklärungen und einheitliche Tarife im Bereich der Pflege gibt, ist das Angebot im Bereich der Hauswirtschaft für die Klientinnen/en breiter gefächert und unübersichtlich. Sie stehen einem grossen Spektrum von Angeboten gegenüber:

- ärztlich verordnete und/oder gemäss Bedarfsklärung notwendige Hauswirtschaftsleistungen der öffentlich-gemeinnützigen Spitex, welche via Leistungsaufträge subventioniert werden,
- ärztlich verordnete Hauswirtschaftsleistungen, welche von einer privaten Spitex erbracht werden und nicht subventioniert sind,
- Wahlleistungen aller Spitexorganisationen zu nicht subventionierten Tarifen,
- subventionierte Leistungen des SRK Entlastungsdienstes, die zur Entlastung der Angehörigen in Anspruch genommen werden können,
- Haushaltsservice der Schwyzer Bäuerinnenvereinigung,
- Angebote privater Betreuungsorganisationen wie Home Instead oder ganz private Lösungen.

Werden notwendige Leistungen von einer anerkannten Spitexorganisation erbracht, werden sie von den Ergänzungsleistungen ganz übernommen. Werden sie von einer nicht anerkannten Organisation oder einer privaten Person ausserhalb des Haushalts durchgeführt, betragen die Ergänzungsleistungen CHF 25 pro Stunde und 4'800 CHF im Jahr. Hier müssen die Klientinnen/-en den für sie richtigen Weg finden. Aufgrund der unterschiedlichen «Zulassungsbedingungen» zu den einzelnen Angeboten werden sie oft nicht ein Angebot aus einer Hand erhalten, es sei denn, sie sind hinreichend zahlungskräftig, um die Leistung auf dem freien «Markt» einzukaufen.

Die Zusammenstellung der verschiedenen Angebotspreise beschreibt gleichzeitig das Marktumfeld, in dem sich die öffentlich-gemeinnützigen Spitexorganisationen sowohl preislich als auch mit der inhaltlichen Ausgestaltung ihrer hauswirtschaftlichen Leistungen und gegebenenfalls weiterer Wahlleistungen bewegen.

#### **2.2.5 Das ergänzende Angebot der öffentlich-gemeinnützigen Spitex im Kanton Schwyz**

Tabelle 14 gibt eine Übersicht über die ergänzenden Angebote der öffentlich-gemeinnützigen Spitex.

---

<sup>21</sup> In den Leistungsverträgen werden von einigen wenigen Gemeinden bestimmte Obergrenzen im monatlichen Leistungsumfang sowie Vermögensobergrenzen beim Bezug von subventionierten Leistungen gesetzt.

**Tabelle 14 Die ergänzenden Angebote der öffentlich-gemeinnützigen Spitex im Kanton Schwyz (Stand Juli 2013)**

Angebot	Wer	Bemerkungen/Besonderheiten
<b>Familien mit Kindern/Jugendlichen</b>		
<b>Babymassage-Kurse</b>	Sattel-Rothenthurm; Ober- und Untermarch im Rahmen der Mütter- und Väterberatung March	
<b>Erziehungsberatung</b>	Höfe	
<b>Mütter- und Väterberatung</b>	Alle Spitexorganisationen ausser Küssnacht	Die Mütter- und Väterberatung wird im Bezirk Küssnacht von der Mütter- und Väterberatung Region Luzern abgedeckt.
<b>Erweiterte Leistungen</b>		
<b>Blutdruck und -zucker messen</b>	Alle Spitexorganisationen ausser Küssnacht, Höfe und Einsiedeln	
<b>Drehscheibe Höfe</b>	Höfe	Die Drehscheibe Höfe ist keine eigene Leistung der Spitex Höfe. Sie ist dort aber via Pflegekommission Höfe und der engen operationellen Zusammenarbeit eng eingebunden.
<b>Fahrdienste</b>	Einsiedeln, Arth-Goldau (bis Ende 2012)	Der Fahrdienst wird ab 2013 nur noch in Einsiedeln über die Spitex koordiniert. In Einsiedeln SRK Fahrdienst und Behindertentaxi.
<b>Generationencafé</b>	Höfe	Jeden 2. Dienstag findet ein Treffen im Spitex Zentrum statt.
<b>Gesundheitsförderung Altersinfo</b>	Höfe	Das Projekt «Gesund ins Alter» bietet für alle Interessierten drei öffentliche Veranstaltungen pro Jahr. Die Themen sind Ernährung, Bewegung und Soziales.
<b>Krankenmobilen / Material</b>	Alle Spitexorganisationen ausser Höfe, Rothenthurm-Sattel und Untermarch	
<b>Mahlzeitendienst</b>	Küssnacht, Einsiedeln, Höfe, Untermarch, Obermarch	Die übrigen Spitexorganisationen stellen den Mahlzeitendienst in Zusammenarbeit mit externen Anbietern sicher.
<b>Palliative Care / Sterbegleitung</b>	Küssnacht / Alle Organisationen	Kontaktstelle im Rahmen des Netzes Palliative Care Küssnacht. Darüber hinaus arbeiten alle Spitexorganisationen eng mit Vereinen und Gruppen ihrer Region zur Begleitung Schwerkranker und Sterbender zusammen.
<b>Pikettdienst (Nacht/Notfälle)</b>	Einsiedeln	Die anderen Spitexorganisationen übernehmen in Einzelfällen ebenfalls ein Nachtpikett.
<b>Spitex Point</b>	Untermarch	
<b>Wahlleistungen</b>		
<b>Botengänge Apotheke/Arzt</b>	Küssnacht	
<b>Fusspflege, Pedicure, Podologie</b>	Arth-Goldau, Einsiedeln, Höfe, Muotathal-Illgau, Obermarch, Schwyz, Untermarch	Die Fusspflege wird teilweise nur für Spitex-Klientinnen und -Klienten erbracht.
<b>Komfort- &amp; Betreuungsleistungen</b>	Höfe, Untermarch	

Datenquelle: Angaben der einzelnen Organisationen und Internetrecherche.

Diese Dienstleistungen bieten die Spitexorganisationen zusätzlich zu den Kerndienstleistungen Pflege und Hauswirtschaft an.



Dieses Angebot ist regional unterschiedlich. Im Prinzip lassen sich drei Arten von Leistungen unterscheiden: 1. erweiterte Leistungsaufträge und weitere Angebote im Bereich Familien mit Kindern/Jugendliche; 2. erweiterte Leistungsaufträge und Dienstleistungen im Bereich Betreuung, Begleitung und Entlastung von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen; 3. Wahlleistungen als Dienstleistungen zu weitgehend kostendeckenden Preisen oder Mitgliederpreisen.

#### ▪ **Familien mit Kindern/Jugendliche**

Alle Spitexorganisationen bieten im Rahmen eines Leistungsauftrags der Gemeinden die Mütter- und Väterberatung an. Eine Ausnahme stellt Küssnacht dar, wo dieses Angebot durch die Mütter- und Väterberatung Region Luzern erbracht wird. Die Mütter- und Väterberatung ist für die Eltern bis auf eine Einschreibgebühr in Höhe von CHF 30, die in acht von zehn Regionen erhoben wird, kostenlos. Die Spitex Höfe hat im Rahmen der Mütter- und Väterberatung Höfe einen ergänzenden Leistungsauftrag in der Erziehungsberatung für Eltern mit Kleinkindern bis fünf Jahre.

#### ▪ **Betreuung, Begleitung und Entlastung von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen**

Klassische Dienstleistungen zur Entlastung und Unterstützung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen sind der Fahrdienst, der Mahlzeitendienst und die Versorgung mit Krankenmobilen / Material. Die Spitexorganisationen bieten ihren Klientinnen/-en Zugang zu diesen Dienstleistungen. In vielen Regionen sind sie aber nicht länger selbst Erbringer oder Koordinator der Dienstleistungen, sondern arbeiten eng mit anderen Organisationen zusammen. So wird beispielsweise der Fahrdienst bis auf die Region Einsiedeln inklusive Koordination der Fahrten von der Partnerorganisation SRK Kanton Schwyz erbracht. Analoges gilt für den Mahlzeitendienst, welcher in der Zwischenzeit nur noch über fünf Spitexorganisationen abgerechnet wird, aber in allen Regionen in Zusammenarbeit mit Partnern sichergestellt ist.

Eine enge Zusammenarbeit besteht auch in der Sterbebegleitung, bei der alle Spitexorganisationen eng mit anderen Vereinen und Gruppen zur Begleitung Schwerkranker und Sterbender zusammenarbeiten.

Eine wichtige Erweiterung der Kerndienstleistung Pflege ist der systematische Pikettdienst, welcher in der Region Einsiedeln allen Klientinnen und Klientinnen/-en der Spitex angeboten wird. Die anderen Spitexorganisationen übernehmen in Einzelfällen, zumeist in der palliativen Pflege und Sterbebegleitung, ebenfalls ein Nachtpikett.

Neue Angebote, die in den letzten Jahren hinzugekommen sind, sind der Spitexpoint Untermarch, das Generationencafé Höfe und die Gesundheitsförderung/Altersinfo Höfe. Diese Angebote sind lokal begrenzt. Überregional oder kantonale hat sich keine neue Dienstleistung entwickeln können.

#### ▪ **Wahlleistungen**

Mit Wahlleistungen werden im Folgenden Leistungen bezeichnet, für die keine Leistungsauftrag besteht. Diese Leistungen werden von der Spitex entweder aus Dienstleistungserträgen allein oder einer Kombination von Dienstleistungserträgen und Spenden oder Mitgliederbeiträgen finanziert. Sowohl bezüglich der Anzahl Angebote als auch in Bezug auf den Anteil dieser Leistungen im Verhältnis zu den übrigen erbrachten Leistungen ist die Bedeutung der Wahlleistungen zurzeit noch begrenzt.

Den grössten Anteil an den geleisteten Stunden weist mit rund 730 verrechneten Stunden (Stand 2012) die Fusspflege, Podologie, auf. Sie wird in sieben von zehn Spitexregionen angeboten. Die Preise differieren je nach Spitexregion und sind zum Teil nicht kostendeckend.

Stundenmässig von eher geringer Bedeutung sind die Betreuungsleistungen und Service- und Komfortleistungen, welche in Untermarch, und die Botengänge Arzt/Apotheke, welche in Küssnacht angeboten werden. Die Preise liegen je nach Qualifikation der Mitarbeitenden zwischen 75 und 105 Franken pro Stunde.

Überregional oder kantonale haben die Spitexorganisationen kein Angebot von Wahlleistungen etabliert.

## 2.3 Die stationäre Langzeitpflege und Tages-/Nachtstrukturen im Kanton Schwyz

### 2.3.1 Die stationäre Pflege im Heim

Der ambulanten Pflege zu Hause standen im Jahr 2011 rund 1'800 Betten in Pflegeheimen (davon 250 Betten in Klöstern) gegenüber. In der SOMED Statistik für den Kanton Schwyz sind die Betten der Klöster nicht enthalten. Gemäss SOMED-Statistik nutzten 2'154 Klienten und Klientinnen das stationäre Angebot, darunter 1'952 Langzeitaufenthalter und 189 Kurzaufenthalter. Diese Unterscheidung bezieht sich auf den Status der Klientinnen/-en bei der Anmeldung und ist somit in denjenigen Fällen unpräzise, in denen aus dem befristeten Aufenthalt ein unbefristeter Aufenthalt wird. Unter die Kurzaufenthalter fallen statistisch auch die Klientinnen/-en in der Akut- und Übergangspflege. Diese Leistung wurde im Kanton Schwyz aber mit Ausnahme des Spitals Schwyz nicht verordnet und in Anspruch genommen. Die Anzahl Kurzaufenthalter ist ein wichtiger Indikator für die Durchlässigkeit und Zusammenarbeit von ambulanter und stationärer Pflege, z.B. für Ferienaufenthalte, Entlastungsangebote oder temporäre Aufenthalte zur Stabilisierung. Der Anteil von 9 Prozent Kurzaufenthalter liegt im Kanton Schwyz um rund 25 Prozent unter dem nationalen Durchschnitt. Ihr Anteil an den Aufenthaltstagen macht nur 1.4 Prozent aller Pflegetage aus. Die Bettenkapazität im Jahr 2011 (ohne Klosterbetten) entsprach einer Quote von 28 Prozent der Bevölkerung im Alter von 80 Jahren und älter.<sup>22</sup>

**Tabelle 15 Die Entwicklung der Pflegeheime im Kanton Schwyz zwischen 2006 und 2011**

Jahr	Klient/-innen					Betten <sup>23</sup>	Vollzeitäquivalente	
	Langzeitaufenthalter (Stand 31.12)	Langzeitaufenthalter (Jahr)	Kurzaufenthalter (Jahr)	Anzahl Externe (Jahr)	Gesamtzahl (Jahr)	Anzahl Betten	Pflegefachpersonal + Alltagsgest.	Verwaltung, Hausdienste, techn. Dienste
2006	1'402	1'775	102	17	1'894	1'443	709	440
2007	1'446	1'843	171	13	2'027	1'496	738	437
2008	1'449	1'897	145	10	2'052	1'492	778	441
2009	1'451	1'847	174	15	2'036	1'493	810	460
2010	1'486	1'903	175	18	2'096	1'497	821	467
2011	1'502	1'952	189	13	2'154	1'552	852	467
Durchschnittliches Wachstum pro Jahr	1.4%	1.9%	13.1%	-5.2%	2.6%	1.5%	3.7%	1.2%

Datenquelle: BFS, SOMED-Statistiken der Jahre 2006 bis 2011.

Gemäss Pflegeheimliste wurde die Bettenkapazität bis 2012 auf 1'626 Betten (inkl. Klöster 1'876 Betten) ausgebaut. Durch den Abbau von Mehrbettzimmern und die Umnutzung eines Altersheims (Kloster) sank die Zahl Betten 2013 wieder leicht auf 1'609 Betten (inkl. Klöster 1'839 Betten). Aufgrund von Schwierigkeiten in zurückliegenden Jahren, zeitgerecht Langzeitpflegeplätze im Anschluss an einen stationären Aufenthalt zu finden, bietet das Spital Schwyz seit 2011 selbst Plätze in der Akut- und Übergangspflege an. Die Bettenzahl wurde von anfangs fünf Betten (2011) auf zwei Betten im Jahr 2013 reduziert.

Die Bettenkapazitäten verteilten sich gemäss Tabelle 16 unterschiedlich auf die verschiedenen Regionen. In der Region Nord bestand im Jahr 2010 im Vergleich zur Quote von 28 Prozent, die der Pflegeheimplanung 2010-2030 zugrunde liegt, eine Unterkapazität. Diese wurde auch mit den Neubauten bis 2013 noch nicht ausgeglichen. In den Regionen Mitte und Süd ist demgegenüber die Kapazität gemäss Pflegeheimplanung mit den bis 2013 errichteten neuen Betten auch nach Abzug der Klosterbetten ausreichend.

<sup>22</sup> Diese Berechnung geht von einem Auslastungsfaktor von 0.97 aus.

<sup>23</sup> Langzeit- und Kurzaufenthalterplätze

**Tabelle 16 Zuordnung Pflegeheimplätze nach Spitexregionen**

«Spitexregion»	Gemeinden	Zuordnung Pflegeheime <sup>24</sup>	Betten gemäss		
			Pflegeheimlis- te 2010	Quotient 80+ (28%) <sup>25</sup> 2010	Pflegeheimlis- te 2013
<b>Höfe</b>	Feusisberg, Freienbach, Wollerau	Alterszentrum am Etzel Pflegezentren Freienbach Tertianum Huob AG Alterszentrum Turm-Matt St. Antoniushaus Hurden	210	264	265
<b>Untermarch</b>	Altendorf, Lachen, Tuggen, Wangen	Seniorenzentrum Engelhof Alters- und Pflegeheim Biberzelten <i>Alterswohnheim zur Rose</i> Seniorenzentrum Brunnenhof	155	215	163
<b>Obermarch</b>	Galgenen, Innerthal, Reichenburg, Schübelbach, Vorderthal	Altersheim Obigrueh Alterswohnheim zur Rose Wohn- und Pflegezentrum Stockberg <i>Seniorenzentrum Engelhof</i>	145	151	139
<b>Total Nord</b>			<b>510</b>	<b>630</b>	<b>567</b>
<b>Einsiedeln</b>	Alpthal, Einsiedeln, Oberiberg, Unteriberg	Alters- und Pflegeheim Langrüti Genossenschaft für Alterssiedlungen Gerbe Kloster Einsiedeln Alters- und Pflegeheim Ybrig	222 (davon im Kloster: 20)	217	235 (davon im Kloster: 20)
<b>Total Mitte</b>			<b>222</b> <b>(davon im</b> <b>Kloster: 20)</b>	<b>217</b>	<b>235</b> <b>(davon im</b> <b>Kloster: 20)</b>
<b>Schwyz</b>	Ingenbohl, Mohrschach, Riemenstalden, Schwyz, Steinen, Steinerberg	Altersheim Acherhof Pflegestation Kapuzinerkloster Alters- und Pflegeheim der Gmd.Schwyz Alters- und Pflegeheim St. Joseph Alters- und Pflegeheim St. Anna Schwesternheim Paradies Alterswohnheim Brunnen Alters- und Pflegezentrum Au Alters- und Pflegeheim St. Annaheim Spital Schwyz	604 (davon im Kloster: 205)	376	574 (davon im Kloster: 175)
<b>Küssnacht</b>	Küssnacht	Alters- und Pflegeheim Sunnehof Missionshaus Betlehem Pflegezentrum Seematt	159 (davon im Kloster: 25)	141	175 (davon im Kloster: 25)
<b>Arth-Goldau</b>	Arth-Goldau, Lauerz	Gemeinde Altersheim Hofmatt Zentrum für aktives Alter Frohsinn AG Alterszentrum Mythenpark <i>Alters- und Pflegezentrum Au</i>	167	136	167
<b>Muotathal</b>	Illgau, Muotathal	Alters- und Pflegeheim Buobenmatt Altersheim Acherhof	65	48	65
<b>Sattel-Rothenth.</b>	Rothenthurm, Sattel	<i>Alters- und Pflegeheim St. Annaheim</i>	0	34	0
<b>Gersau</b>	Gersau	Alters- und Pflegeheim Rosenpark	56	31	56
<b>Total Süd</b>			<b>1051</b> <b>(davon im</b> <b>Kloster: 230)</b>	<b>767</b>	<b>1037</b> <b>(davon im</b> <b>Kloster: 200)</b>
<b>Total alle Regionen</b>			<b>1783</b> <b>(davon im</b> <b>Kloster: 250)</b>	<b>1614</b>	<b>1839</b> <b>(davon im</b> <b>Kloster: 220)</b>

Datenquelle: Pflegeheimlisten 2010 und 2013 des Kantons Schwyz, eigene Darstellung.

<sup>24</sup> Das Alters- und Pflegezentrum Au wurde im WOV-Bericht der Finanzkontrolle der Spitexregion Arth-Goldau zugerechnet, da ihm auch Lauerz zugewiesen ist, das Alters- und Pflegeheim St. Annaheim der Spitexregion Sattel-Rothenthurm zugerechnet, da ihm auch Sattel und Rothenthurm zugewiesen sind. Hier kursiv aufgeführt, da die Plätze der Standortregion zugerechnet werden.

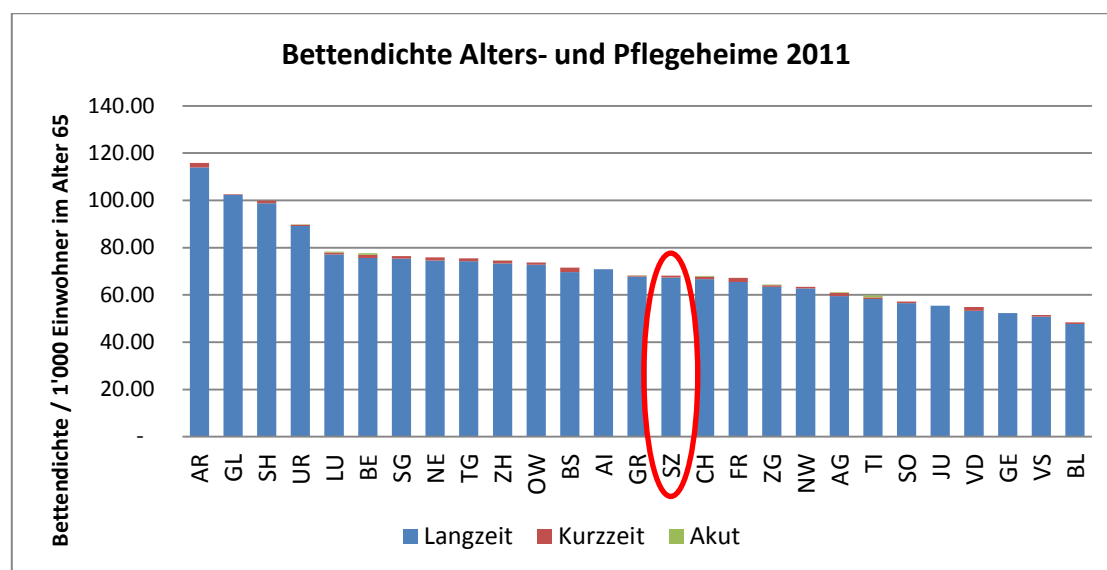
<sup>25</sup> Berechnungsbasis sind 28 Prozent der ständigen Wohnbevölkerung 80+ bei einer Belegung von 0.97 im Jahr. Da die Klosterbewohner/-innen zum grossen Teil zur ständigen Wohnbevölkerung gehören, gehen sie hier in die Berechnung des Bettenbedarfs ein.

### ▪ Interkantonaler Vergleich

In einer weiter ausdifferenzierten Analyse bezogen auf die zehn Spitexregionen würden sich weitere deutliche regionale Unterschiede mit entsprechenden Unter- und Überkapazitäten zeigen.

Im interkantonalen Vergleich der Anzahl Betten in Alters- und Pflegeheimen liegt der Kanton Schwyz mit einer Bettendichte von 68.2 Betten auf 1'000 Einwohner/-innen im Alter 65 und älter auf dem Niveau des schweizerischen Durchschnitts.<sup>26</sup> In dieser Statistik ist die unterschiedliche Altersstruktur der Kantone ansatzweise berücksichtigt. Tabelle 17 zeigt, dass die Bettendichte in der Romandie und im Kanton Tessin deutlich tiefer liegt als in der Deutschschweiz.

**Tabelle 17 Bettendichte Alters- und Pflegeheime in der Schweiz im Vergleich, 2011**



Datenquelle: SOMED 2011, eigene Darstellung.

Der interkantonale Vergleich der Bettendichte weist verschiedene Schwächen auf, welche die Aussagekraft einschränken. Zum einen müsste eine Korrektur wegen «Import und Export» von Bettenkapazitäten erfolgen. Die Wanderungssaldi sind in einzelnen Kantonen recht hoch, fallen aber in Kanton SZ mit nur 1.1 Prozent «Importüberschuss» im Vergleich mit dem nationalen Durchschnitt nicht ins Gewicht. Eine zweite Schwäche liegt in der unterschiedlichen Erfassung von reinen Altersheimen ohne Pflegeangebot, welche in der SOMED erscheinen, und von Alterswohnungen oder Einrichtungen Betreuten Wohnens, welche von einer Spitex betreut werden, die in der SOMED nicht erfasst werden.

Vergleicht man die Bettenkapazitäten anhand der Bettenquote bezogen auf die Altersgruppe der 80-jährigen und älteren, so steht der Quote von 28 Prozent im Kanton Schwyz eine nationale Durchschnittsquote von 25.4 Prozent im Jahr 2011 gegenüber.

Eine wichtige Dimension in Bezug auf die Bettenkapazitäten in den Alters- und Pflegeheimen stellt die Verteilung der erbrachten Pflegetage auf die verschiedenen Pflegebedarfsstufen dar. Im Kanton Schwyz wurden 2011 29.2 Prozent aller Pflegetage in den Pflegebedarfsstufen 0–2, d.h. mit einem Pflegebedarf zwischen 0 und 40 Minuten erbracht. Der Kanton Schwyz befindet sich damit in der Gruppe der Kantone mit dem höchsten Anteil an niedrigen Pflegebedarfsstufen. Der nationale Durchschnitt liegt bei 19.8

<sup>26</sup> Ohne Klosterbetten, welche von der SOMED nicht erfasst werden.

Prozent. Der Anteil der niedrigen Pflegebedarfsstufen liegt in den Kantonen Tessin, Waadt, Wallis, Genf, Jura um die zehn Prozent und zum Teil sogar noch deutlich darunter.<sup>27</sup>

### 2.3.2 Tages- und Nachtstrukturen

Das heutige Angebot an Tages- und Nachtstrukturen beschränkt sich im Bereich der nicht-sozialpsychiatrischen Angebote auf zwei Tagesstätten in der Ausserschwyz und ein Angebot von Tagesplätzen in einem Pflegezentrum in der Innerschwyz. Die Tageswohnung des Seniorenzentrums Engelhof in Altendorf wird gemeinsam von den Gemeinden Altendorf und Galgenen getragen und steht auch den Einwohnerinnen und Einwohnern anderer Gemeinden offen. Es bietet ca. vier Plätze, von denen im Durchschnitt zwei bis drei belegt sind. Die Tarife betragen CHF 90 pro Tag für Bewohner der beiden Gemeinden Altendorf und Galgenen, CHF 95 für Bewohner/-innen anderer Gemeinden des Kantons. Hinzu kommt noch die Pflorgetaxe, die nach der Besa-Einstufung festgelegt wird und sich zumeist auf Pflegestufe 1 bewegt. Auf dieser Stufe zahlt die Krankenkasse CHF 9, der Patient eine Patientenbeteiligung von CHF 5. Mit diesen Einnahmen sind die Kosten des Angebots für das Pflegeheim nicht zu decken, sie müssen aus anderen Bereichen quersubventioniert werden.

Die zweite Tagesstätte Sidi befindet sich im Pflegezentrum Roswitha in Freienbach und wird von der Gemeinde Freienbach getragen. Sie bietet insgesamt 12 Plätze, die ebenfalls auch Einwohnerinnen und Einwohnern anderer Gemeinden offen stehen. Bis zum 1. April 2013 wurde ein annähernd kostendeckender Tarif in Höhe von CHF 150 pro Aufenthalt zuzüglich Pflorgetaxen verrechnet. Dieser wurde auf den 1. April auf das Niveau der Tagesstätte Engelhof, d.h. CHF 90 für Bewohner/-innen der Gemeinde Freienbach und CHF 95 für Bewohner/-innen anderer Gemeinden des Kantons, gesenkt und wird aus anderen Mitteln des Pflegeheims mitfinanziert. Zu der Tagestaxe kommt noch die Pflorgetaxe nach Besa, allerdings ohne Anrecht auf den Gemeindeanteil. Die 12 Plätze der Tagesstätte sind nicht ausgelastet.

Beide Tagesstätten dienen der ganztägigen, regelmässigen Begleitung, Betreuung und Aktivierung der Gäste, mit einem Schwerpunkt auf demenzielle Krankheitsbilder. Die Tagesgäste werden durch gezielte und individuelle Angebote gefördert, ihre Alltagsgestaltung und Alltagsbewältigung zu erhalten oder zu verbessern. Pflegenden Angehörigen werden Beratungsgespräche bei anspruchsvollen und belastenden Situationen angeboten.

In der Innerschwyz gab es eine Tagesstätte auf privater Basis in Brunnen, die aber mangels Nachfrage geschlossen wurde. Drei bis fünf Tagesplätze werden im Pflegezentrum Seematt in Küssnacht an zwei Tagen pro Woche angeboten.

Weitere individuelle Angebote der Alters- und Pflegeheime für Tagesgäste könnten bestehen, konnten aber im Rahmen dieser Studie nicht systematisch erfasst werden.

Im Bereich der Sozialpsychiatrie bietet der Sozialpsychiatrische Dienst des Kantons Schwyz in Zusammenarbeit mit der Stiftung Phoenix und der Stiftung BSZ zwei «Integrierte Sozialpsychiatrische Tagesstätten» in Einsiedeln und Goldau an. Diese bieten kurzfristige Krisen-Interventionen als auch längerfristige Förderungstherapien bei chronifizierten Störungen an. Die Kosten werden von der Krankenkasse übernommen.

---

<sup>27</sup> Da die von den Klient/-innen in den Pflegeheimen beanspruchte Pflege anhand verschiedener Evaluationsinstrumente (PLAISIR, BESA, RAI-RUG) bestimmt wird, die jeweils eine spezifische Anzahl Pflegeintensitätsstufen beinhalten, wurde die Verteilung der Pflorgetage in der SOMED für alle Kantone auf das zwölfstufige Schema nach KLV umgerechnet. Da diese Umrechnung auf den durchschnittlichen Pflegekategorien basiert, sind die Vergleiche zwischen Kantonen mit Vorsicht zu interpretieren. Die im voranstehenden Abschnitt skizzierten Unterschiede sind jedoch so gross, dass sie einen klaren Trend zwischen den verschiedenen Kantonen wiedergeben.

## 2.4 Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung im Kanton Schwyz

Im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) wurde eine Verlagerung der Verantwortung für die Langzeitpflege auf die Kantone und Gemeinden angestrebt. Mit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung wurde diese Verlagerung praktisch abgeschlossen.

Die langjährige Verletzung des Tarifschutzes des KVG im Bereich der stationären Langzeitpflege wurde behoben. Es wurde festgelegt, dass die Krankenkassen nur einen Beitrag und nicht die Vollkosten der Pflege bezahlen müssen. Die Beiträge der Krankenkassen wurden national einheitlich festgelegt und in der Krankenpflegeleistungsverordnung verankert. Ergänzend zu den von den Kantonen und Gemeinden festzulegenden Patientenbeteiligungen übernehmen Kanton und Gemeinden die Restfinanzierung gemäss den von ihnen anerkannten Vollkosten oder Normkosten. Über die Patientenbeteiligung hinaus dürfen keine Pflegekosten auf die Patienten übertragen werden. Diese Neuregelung erfordert im Bereich der stationären Langzeitpflege eine deutlich schärfere Abgrenzung zwischen Pflege- und Betreuungsleistungen.

### ▪ Regelung für die Spitex im Kanton Schwyz

In der Spitexversorgung verzichtete der Kanton Schwyz auf die Erhebung der maximal möglichen Patientenbeteiligung. Er führte eine prozentuale Beteiligung an den Krankenkassentarifen in der Höhe von 10 Prozent bis zu einem Maximalbetrag von CHF 8.00 pro Tag ein. Die Patientenbeteiligung und die gleichzeitige Anhebung der kantonalen Spitextarife auf die nationalen Ansätze nach KLV führten zu einer Steigerung der Einnahmen aus Eigenleistungen bei den Spitexorganisationen.

Die Gemeinden übernehmen die Restfinanzierung, die sie in individuellen Leistungsverträgen mit den Spitex-Basisorganisationen festlegen. Die Gemeinden leisten ihre Beiträge nach dem Prinzip der Versorgung ihrer Wohnbevölkerung. Es findet kein Lastenausgleich auf dieser Ebene statt.

### ▪ Pflegefinanzierung im stationären Bereich

Im stationären Bereich werden die anerkannten Vollkosten der Pflege für jedes Heim individuell ermittelt und vom Kanton bewilligt. Der Kanton hat hier die gesetzlich maximal mögliche Patientenbeteiligung in Höhe von CHF 21.60 eingeführt. Die Restfinanzierung erfolgt im Gegensatz zur ambulanten Pflege aber nicht nach dem Wohnortprinzip des Heimbewohners, sondern in einem Umlageverfahren proportional zur allgemeinen Wohnbevölkerung einer Gemeinde. Zugleich hat der Kanton die administrative Abwicklung der Restfinanzierung der AHV-Ausgleichskasse übertragen. Für Heimbewohner mit einem Anspruch auf Ergänzungsleistungen erfolgt die Auszahlung integral zur Auszahlung der Ergänzungsleistungen und wird nicht separat berechnet und ausgewiesen. Da der Kanton 50 Prozent der Kosten der Ergänzungsleistungen trägt, übernimmt er zu diesem Anteil auch die Restfinanzierung der Pflegekosten für EL-Bezüger/-innen. Für Nicht-EL-Bezüger/-innen übernimmt die AHV-Ausgleichskasse ebenfalls die administrative Bearbeitung. Die Kosten der Restfinanzierung für diese Gruppe werden von den Gemeinden getragen.

Die Neuregelung der Pflegefinanzierung wurde von einer Umstellung der Pflegeeinstufungsinstrumente in den Pflegeheimen und einer Neukalibrierung der Pflegestufen begleitet. Gleichzeitig kam es zu einer Verschiebung von Kosten zwischen Pfl egetaxen und Heim- und Betreuungstaxen. Trotz Patientenbeteiligung sanken im Kanton Schwyz für viele Heimbewohner die von ihnen zu tragenden Aufenthalts- und Pflegekosten. Über diese Verschiebung wurden auch die Ergänzungsleistungen entlastet.

Im Gesamteffekt hat die neue Pflegefinanzierung aber zu einer deutlich stärkeren Belastung der Gemeinden im stationären Bereich geführt. In Tabelle 18 werden die Beiträge der Gemeinden und des Kantons an die Restfinanzierung von Spitex und Pflegeheimen zusammengestellt.

**Tabelle 18 Die Entwicklung der Beiträge von Kanton und Gemeinden an die Restfinanzierung der Pflege**

Jahr	Beiträge Gemeinden Spitex		Beiträge Gemeinden Restfinanzierung Pflegeheim (ohne EL)		Beiträge Gemeinden und Kanton Restfinanzierung Pflegeheim über EL	
	Total (in CHF)	Pro Einwohner (in CHF)	Total (in CHF)	Pro Einwohner (in CHF)	Total (in CHF)	Pro Einwohner (in CHF)
2001	1.0 Mio.	7.60				
2002	0.9 Mio.	6.80				
2003	1.3 Mio.	9.70				
2004	1.7 Mio.	12.60				
2005	2.3 Mio.	16.80				
2006	2.6 Mio.	18.80				
2007	2.5 Mio.	17.80				
2008	5.1 Mio.	35.80				
2009	5.9 Mio.	40.90				
2010	7.4 Mio.	50.30				
2011	7.53 Mio.	50.90	8.30 Mio.	56.50	<i>mind. 8.30 Mio.</i>	<i>mind. 56.50</i>
2012	8.5 Mio.	57.00	11.30 Mio.	76.00	<i>~11.30 Mio.</i>	<i>~76.00</i>

Datenquelle: Eigene Berechnungen

Die Beiträge der Gemeinden an die Spitex sind mit der NFA 2008 und dem Wegfall der Subventionen aus der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) sprunghaft und in den Folgejahren kontinuierlich gestiegen. Gesamthaft, d.h. inklusive der vielerorts um die Mütter- & Väterberatung oder andere ergänzende Dienstleistungen erweiterten Leistungsaufträge, betrugen die Beiträge der Gemeinden im Jahr 2012 CHF 8.5 Mio. (provisorische Zahlen). Im kantonalen Durchschnitt ergibt dies pro Kopf einen Beitrag von CHF 57 pro Jahr. Die einzelnen Beiträge der Gemeinden variieren aber je nach Leistungsauftrag und Kostenstruktur der Spitexorganisation sowie der Altersstruktur und Pflegebedürftigkeit der Wohnbevölkerung erheblich. Die Gemeinden tragen diese Kosten für die Wohnbevölkerung ihrer Versorgungsregion direkt. Im Gegensatz zur stationären Langzeitpflege erfolgt hier keine Umlage.

Zieht man die Beiträge der Gemeinden an die Mütter- und Väterberatung in Höhe von rund CHF 940'000 Franken pro Jahr (2011) von den Kosten ab, sinkt der Beitrag pro Einwohner und Jahr um CHF 6.40. Die unterschiedlichen Leistungsaufträge der Spitexorganisationen erschweren den innerkantonalen Vergleich. In der nationalen Spitexstatistik werden die Gesamtkosten der Spitexorganisationen ohne Berücksichtigung erweiterter Leistungsaufträge auf die in den Kerndienstleistungen angefallenen Stunden umgelegt. Der für den Kanton Schwyz im Jahr 2011 ausgewiesene Betrag von CHF 96 pro geleistete Stunde ergibt damit ein verzerrtes Bild, da 6 Prozent der Kosten in die Mütter- & Väterberatung und damit in Stunden, die nicht in der Statistik ausgewiesen werden, fließen.

Im stationären Bereich ist es aufgrund der Restfinanzierung zu einem deutlich stärkeren Anstieg der Langzeitpflegekosten für die Gemeinden und den Kanton gekommen. Im Jahr 2012 fielen 11.3 Mio. Franken für die Gemeinden für die Restfinanzierung der Nicht-EL-Bezüger an, d.h. pro Einwohner/-in und Jahr CHF 76.00. Da die Beiträge für die Restfinanzierung der EL-Bezüger bislang nicht separat erfasst und ausgewiesen werden, lässt sich ihre Höhe nur schätzen. Der Hintergrundbericht der Ausgleichskasse Schwyz zur EL geht von einer etwas gleichen Zahl EL- und Nicht-EL-Bezüger aus, die Beiträge der Restfinanzierung beziehen. Damit ist mindestens von einem Restfinanzierungsbetrag in gleicher Höhe für EL-Bezüger auszugehen, welcher zur Hälfte von den Gemeinden und zur anderen Hälfte vom Kanton getragen wird. Die Restfinanzierung in der stationären Langzeitpflege erfolgt in einer Umlage der Gesamtkosten gemäss Bevölkerungsanteil der Gemeinde an der Wohnbevölkerung im Kanton. Damit werden die Kosten der stationären Langzeitpflege für die Gemeinden viel besser kalkulierbar und die finanziellen Risiken einer Häufung von Fällen schwerer Pflegebedürftigkeit gerade für die kleinen Gemeinden ausgeglichen.

### ▪ Folgen der neuen Pflegefinanzierung für die Gemeinden

In der Summe fielen in den Finanzbudgets der Gemeinden mit der neuen Pflegefinanzierung durchschnittlich ab 2012 Finanzierungsbeträge an die Spitex und Restfinanzierungsbeiträge an die Pflegeheime in Höhe von ca. CHF 170 pro Einwohner/-in und Jahr an. Die Gemeinden sind damit von der Kostenentwicklung im Vergleich zur Situation vor dem Inkrafttreten von NFA und der neuen Pflegefinanzierung deutlich stärker betroffen. Insgesamt dürften gemäss einer eigenen groben Schätzung mit der neuen Pflegefinanzierung jährlich rund CHF 15 Mio. Mehrkosten in der Summe von Restfinanzierung Pflege und Ergänzungsleistungen auf die Gemeinden zugekommen sein. Die Mehrkosten für den Kanton dürften bei rund CHF 5 Mio. liegen.

Zwischen den beiden Bereichen Spitex und Pflegeheim besteht allerdings ein grosser Unterschied. Im stationären Bereich sind die Gelder weitgehend gebunden und nur mittelfristig über die Pflegeheimplanung und eine Beeinflussung der Eintrittsentscheide und des Gesundheitszustands der Heimbewohner zu beeinflussen. Durch die Umlage sind die Folgen von Einzelentscheiden der Gemeinden für sie nur bedingt spürbar. Im Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung handeln die Gemeinden jedoch direkt für ihre Versorgungsregion die Leistungsaufträge und Investitionsentscheide aus. Investitionskosten zum Beispiel für die Organisationsentwicklung, Vernetzung oder Entwicklung neuer Angebote fallen unmittelbar für die Auftraggeber an und müssen langfristig mit einer Reduktion der in der Restfinanzierung der Pflegeheime «gebundenen» Gelder verrechnet werden.

Mit der Umstellung der Pflegefinanzierung haben die Gemeinden auch einen delikaten Steuerungsauftrag erhalten. Ein wesentliches Steuerungsinstrument in der ambulanten Pflege bilden die anerkannten Vollkosten oder Normkosten. Diese greifen tief in die innere Struktur und Handlungsspielräume der Spitexorganisationen ein.

## 2.5 Die besondere Ausgangssituation der Pflege und Betreuung zu Hause und die Vermeidung von frühzeitigen Heimeintritten

### 2.5.1 Die besondere Ausgangssituation der Pflege und Betreuung zu Hause

In den Interviews mit den Klientinnen und Klienten, den Spitexorganisationen, den Zuweisern und Partnerorganisationen wurden die enorme Breite der Zielgruppen und die unterschiedlichen Ausgangssituationen in der Pflege und Betreuung zu Hause deutlich. Die Spitexorganisationen bieten Unterstützung und Entlastung während komplexeren Schwangerschaften oder nach der Geburt, sie übernehmen die ambulante Nachsorge direkt im Anschluss an einen Spitalaufenthalt, sie pflegen und unterstützen chronisch somatisch erkrankte oder behinderte Menschen, sie leisten ambulante psychiatrische Pflege, sie übernehmen spezielle Anforderungen im Rahmen der onkologischen Pflege oder im Wundmanagement, sie pflegen und begleiten Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Oft trifft die Spitex auf Menschen, die durch die Krankheit oder den Unfall so stark belastet sind, dass die Kräfte für die Reorganisation des eigenen Alltags begrenzt sind oder sich erst im Laufe der Zeit wieder einstellen.

### ▪ Unterschiede zur stationären Versorgung

Das Besondere der Ausgangslage der Spitex gegenüber den Leistungserbringern der stationären Versorgung ist, dass die Spitex in die private Welt der Klientin/des Klienten und dessen eigenen Haushalt eintritt. Es ist in einem gewissen Sinne immer eine Grenzüberschreitung ins «Private», während ein/-e Patient/-in oder Klient/-in mit dem Eintritt in eine stationäre Einrichtung zugleich auch in deren gültige «Hausordnung» und «Funktionszuordnung» eintritt. Darüber hinaus arbeitet die Spitex subsidiär zu den Ressourcen und dem Umfeld der/des jeweiligen Klientin/-en. Diese müssen erkannt, einbezogen und zum Teil neu strukturiert werden, um eine tragfähige Ordnung herzustellen. Letztlich sieht sich die Spitex



dabei aber immer mit den lebensweltlichen Vorgaben der/des Klientin/-en konfrontiert. Zum Teil können sich die Rahmenbedingungen auch rasch und krisenbedingt ändern.

Diese Ausgangssituation verlangt von der Spitex eine Flexibilität und Lösungsansätze, die oft nur ungenügend über den Leistungskatalog der Krankenversicherung abgedeckt sind. In den Interviews wurde eine hohe Akzeptanz des RAI-Homecare Assessments und der darauf aufbauenden Pflegeplanung ausgedrückt. Zugleich wurden aber die darin angelegten Spannungen immer wieder sichtbar. Die Pflegeplanung umfasst mit einigen wenigen Ausnahmen bei der Koordination und Abklärung nur die direkt bei der Klientin und dem Klienten vor Ort erbrachten Leistungen und Stunden. Es sind auch nur diese direkt geleisteten Stunden, die gegenüber der Krankenversicherung und den Klientinnen/-en abgerechnet werden können. Erbringt eine Spitex darüber hinaus Leistungen zur Überprüfung, Koordination und Stabilisierung des Umfelds oder Neuordnung einer Situation, fallen diese Stunden unter die indirekten Leistungen für einzelne Klientinnen und Klienten oder werden unter einer anderen administrativen Kategorie erfasst, falls für sie nicht ein expliziter Leistungsauftrag mit einer Gemeinde besteht. In der definitiven Betriebsabrechnung oder dem Ausweis der Vollkosten pro verrechneter (oder auch direkt vor Ort geleisteter) Stunde wird letztlich oft nicht mehr unterschieden, welche Kategorie von nicht verrechenbaren Leistungen, ob mit direktem Kundennutzen verbunden oder an einen hohen administrativen Aufwand und überdurchschnittliche Wegzeiten gebunden, welchen Beitrag an die Overheadkosten leistet.

#### ▪ Zielkonflikte

Je zielorientierter eine Spitex im Sinne des übergeordneten Auftrags des Erhalts und der Förderung der Selbständigkeit der/des Klientin/-en, einer Stabilisierung des Umfelds und einer subsidiären Leistungserbringung arbeitet, desto grösser kann unter Umständen die Spannung zwischen der Zielwirksamkeit der Leistungen und der betriebswirtschaftlichen Kosteneffizienz werden. Es besteht die latente Gefahr, gewisse Leistungen an externe Leistungserbringer zu übertragen oder neue Angebote mit eigener Kostenrechnung zu schaffen, obwohl die Leistung im unmittelbaren Kontext und Klientin-/Klientenkontakt am wirksamsten hätte erbracht werden können.

Es wurde bereits angesprochen, dass sowohl die stationäre wie auch ambulante Pflege und Betreuung auf wichtige unterstützende Angebote wie Sozial- und Finanzberatung, Besuchsdienste, Seelsorge, Sterbebegleitung, Fahrdienste (und viele weitere mehr) zurückgreifen. In der stationären Situation ist oft eine bestimmte Vorauswahl zu präferierten Anbietern getroffen. Zugänge sind institutionalisiert und Angebote zum Teil aufsuchend. Sie haben damit bereits eine bestimmte Sichtbarkeit. In der ambulanten Versorgung ist diese Einbindung viel schwächer und das Angebot unübersichtlicher. Es ist eine schwierige Ausgangssituation, die Möglichkeit einer rechtzeitigen Inanspruchnahme von Dienstleistungen zur Sprache zu bringen. Auch hier ist die einzelne Spitexmitarbeitende vor Ort selbst stark gefordert. Die besondere Ausgangssituation der Pflege und Betreuung zu Hause betrifft auch die Freiwilligenarbeit.

### 2.5.2 Die Vermeidung von frühzeitigen Heimeintritten

Ein zentrales Ziel der Altersleitbilder des Kantons und der Gemeinden in Schwyz ist die Stärkung der ambulanten Pflege zu Hause und die Sicherung einer Wahlfreiheit innerhalb eines Pflege- und Betreuungsbedarfs, welcher noch sinnvoll zu Hause oder in einer alternativen Wohnform abzudecken ist. Ein damit verbundenes Ziel ist eine nachhaltige Sicherung der Langzeitpflege in Bezug auf ihre Finanzierung und die personellen Ressourcen. Unnötige Heimeintritte sollen vermieden oder die Notwendigkeit eines Heimeintritts hinausgeschoben werden.

Die Pflegebedürftigkeit ist und bleibt der wichtigste Faktor für einen Heimeintritt. Eine Befragung von Fluder et. al. (2012) im Rahmen der Studie «Ambulante Alterspflege und -betreuung» zeigt jedoch, dass dank Unterstützung durch Angehörige Menschen mit einem erheblichen Unterstützungs- und Pflegebedarf noch zu Hause gepflegt werden. Darauf weisen auch die Zahlen der Alzheimervereinigung zur Pflege und Betreuung von Demenzkranken (siehe Abbildung 27 auf S. 44) hin. Sie machen deutlich, dass ein grosser Teil der Pflegebedürftigen mit Demenz auch mit erheblichem Unterstützungsbedarf noch zu Hau-

se lebt. Das grösste Risiko für einen Heimeintritt ist in dieser Ausgangslage eine schrittweise Destabilisierung der Situation zu Hause oder eine plötzliche Eskalation durch Überlastung der Angehörigen. Um diesen Risiken vorzubeugen, sind ein dichtes Netz von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige und eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit, Unterstützung rechtzeitig in Anspruch zu nehmen, zentral.

Die Statistik zur stationären Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen zeigt zugleich aber auch auf, dass in verschiedenen Kantonen rund 25 bis 30 Prozent der Heimbewohner/-innen nur einen geringen Pflegebedarf und/oder Unterstützungsbedarf aufweisen. Die Schweiz weist im Vergleich zu den europäischen Nachbarländern mit einem Anteil von über 50 Prozent eine hohe stationäre Pflegequote aus. Die Eidgenössische Gesundheitsbefragung 2007 hält zu diesem Thema fest: *«Rund ein Viertel der in Alters- und Pflegeheimen lebenden Personen sind nicht in den Alltagsaktivitäten eingeschränkt (24%). Sie werden aus funktionaler Sicht als wenig hilfs- und pflegebedürftig erachtet: 56% haben keine Einschränkung in den Alltagsaktivitäten und 44% haben nur wenige Schwierigkeiten bei der Verrichtung, hauptsächlich beim sich Waschen. Mehr als vier von zehn Personen mit geringem Pflegebedarf hatten vor dem Eintritt in ein Alters- oder Pflegeheim informelle Hilfe (45%) und drei von zehn Spitex- Dienste (32%) in Anspruch genommen. Dies deutet auf eine gewisse Anfälligkeit hin, insbesondere im Hinblick auf instrumentelle Alltagsaktivitäten.»*<sup>28</sup>

Die hier zitierte Anfälligkeit im Hinblick auf instrumentelle Alltagsaktivitäten ist zu ergänzen durch eine mögliche Verletzlichkeit in Bezug auf soziale Vereinsamung und Isolation, eine ungeeignete Wohnsituation oder Unsicherheit im Alltag.

#### ▪ Defizite in der Betreuung als Grund für Heimeintritte

In den genannten Situationen werden Heimeintritte nicht immer zu vermeiden sein. Darauf weisen auch die Interviews hin. In verschiedenen Fällen erfolgt durch einen Heimeintritt eine Stabilisierung, die in der Folge zu einer Herabstufung des Pflegebedarfs führt, ohne dass eine dauerhafte Rückkehr in eine private Wohnung sinnvoll erscheint. Aber in vielen Fällen gehen Heimeintritte mit niedrigem Pflegebedarf mit einem Defizit in der vorangehenden Unterstützung und Betreuung einher. Darauf wurde auch in den meisten Interviews hingewiesen. Es finden sich deutlich sichtbar Veränderungen im Gesundheitszustand bei den älteren Menschen. Alter und Hochaltrigkeit sind zum Teil weniger mit schweren Krankheitsbildern verbunden, die Pflege notwendig machen, sondern mit einem allgemeinen Unterstützungsbedarf. Diese Gruppe älterer Menschen könnte mit einer guten Betreuung zu Hause oder in einer entsprechenden Alterswohnung leben. Diese Betreuung ist heute aber nur schwer zu organisieren oder aus einer Hand zu beziehen.

Nur in wenigen Fällen dürfte eine pflegerische Unterversorgung zu Hause ausschlaggebend sein. Diese könnte sich in einer fehlenden Nachtabdeckung oder dem Verzicht auf die Inanspruchnahme von Spitexleistungen aufgrund von Vorbehalten gegenüber dem Leistungsangebot der Spitex (wechselnde Bezugspersonen, zeitliche Planbarkeit, ungenügende Abendabdeckung) äussern. In den meisten Fällen liegt die Unterversorgung aber in der Betreuung und in der Unterstützung in den Alltagsaktivitäten. Dazu gehören auch eine fehlende Übersichtlichkeit über bestehende Angebote und eine ungenügende Koordination.

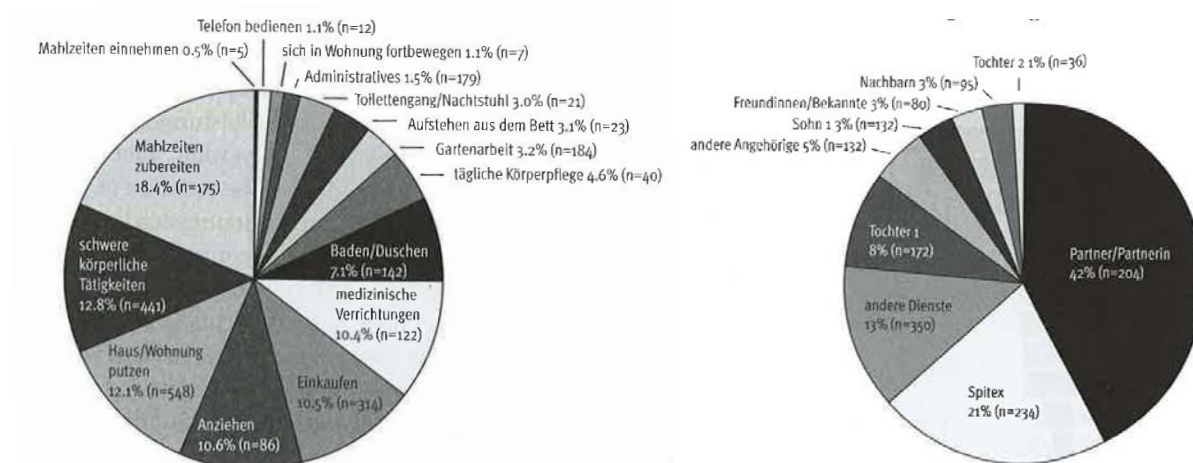
#### ▪ Die Bedeutung nicht-pflegerischer Unterstützungsleistungen

Die grosse Bedeutung der nicht-pflegerischen Unterstützungsleistungen zeigt sich auch in der Studie «Ambulante Alterspflege und -betreuung» der Berner Fachhochschule (Fluder et al. (2012)). In dieser Studie wurden mehr als 700 pflegebedürftige Menschen aus den drei Kantonen Zürich, Bern und Aargau, welche zu Hause leben, befragt.

Abbildung 19 spiegelt die breite Verteilung der Unterstützungsleistungen nach Alltagsaktivitäten und hebt den hohen Anteil an nicht in einem enger gefassten Sinne pflegerischen Leistungen hervor.

---

<sup>28</sup> Kaeser, Martine (2012), S. 36.

**Abbildung 19 Verteilung der Unterstützungsleistungen nach Alltagsaktivität und Leistungserbringern**

Datenquelle: Fluder, R. et al. (2012), Ambulante Alterspflege und -betreuung. Zur Situation von pflege- und unterstützungsbedürftigen älteren Menschen zu Hause. Bern: Seismo.

Der hohe Anteil dieser Unterstützungsleistungen an der Gesamtheit aller notwendigen Unterstützungs-episoden spiegelt sich auch im hohen Anteil der Unterstützung durch Angehörige, Freunde, Nachbarn (insgesamt 65 Prozent) und andere professionelle Dienste (13 Prozent) neben der Spitex (21 Prozent). Die Abbildung zeigt eindrücklich die tragende Bedeutung des Netzes von informeller Hilfe und professionellen Leistungsanbietern.

#### ▪ Möglichkeiten der Früherkennung

Die Eidgenössische Gesundheitsbefragung weist darauf hin, dass in drei von zehn Fällen die Spitex vor dem Heimeintritt einer/eines Klientin/-en mit niedrigem Pflegebedarf involviert war. Dies bedeutet umgekehrt, dass in sieben von zehn Fällen die Spitex zum Zeitpunkt des Heimeintritts noch nicht involviert war. Es stellt sich die Frage, wie diese Zielgruppen in für sie instabilen oder kritischen Situationen oder einer dauerhaften Unterversorgung erreicht werden können. Ein möglicher Ansatz ist, dass sie aus einer akuten Unsicherheit oder Notlage heraus Zugang zu bestimmten Kriseninterventionen und Abklärungen durch die Spitex haben, ohne dass dies dann automatisch mit einem Rai-HC Assessment und Spitexauftrag verbunden ist. Diese Klärung der Abrechnungsmöglichkeiten für pflegerische Interventionen bei Menschen, die noch nicht Klientinnen/-en der Spitex sind und für die noch kein Spitexauftrag besteht, stellt auch eine wichtige Herausforderung für die Integration von Spitexleistungen in das «Betreute Wohnen» dar. Ein anderer Lösungsansatz liegt in einer generellen Sensibilisierung der Öffentlichkeit für bestehende Unterstützungsangebote und die Bedeutung einer rechtzeitigen Inanspruchnahme für ein möglichst langes selbständiges Leben zu Hause. Auf diesen Ansatz wird in Kapitel 4.2 ausführlicher eingegangen.

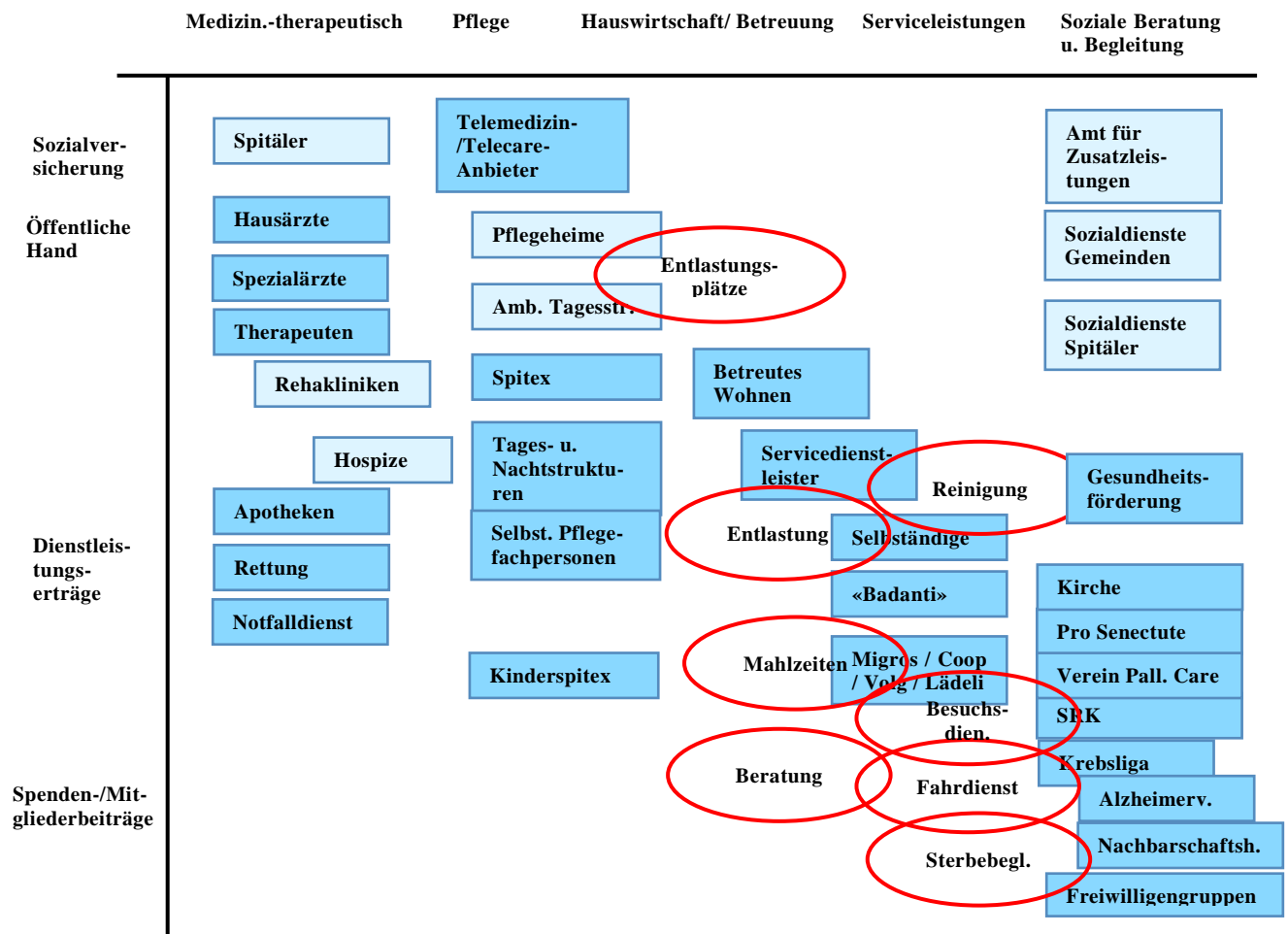
## 2.6 Ergänzende Angebote, Netzwerke und Anlaufstellen

### 2.6.1 Ergänzende Angebote

Der Fokus der Kapitel 2.2 und 2.3 richtete sich vor allem auf die Leistungen der Organisationen, welche zur Abrechnung mit der Krankenversicherung zugelassen sind, und auf die Handlungsfelder Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung. Das Bild der Langzeitpflege und Betreuung bleibt jedoch unvollständig, wenn nicht die Vielzahl von weiteren Unterstützungsangeboten, welche für eine tragfähige Versorgung notwendig sind, zumindest in groben Zügen nachgezeichnet wird.

Abbildung 20 gibt eine grobe Übersicht über wichtige zusätzliche Unterstützungsangebote in einer «Versorgungslandschaft Langzeitpflege und Betreuung» in einem erweiterten Sinn.

**Abbildung 20 Die Versorgungslandschaft von Langzeitpflege und Betreuung im erweiterten Sinn**



Die Abbildung erweitert auf der horizontalen Achse die Handlungsfelder «Medizinisch-therapeutisch», «Pflege» und «Hauswirtschaft/Betreuung» um die Felder «Serviceleistungen» und «Soziale Beratung und Begleitung». Bei den Kostenträgern werden die «Spenden und Mitgliederbeiträge» explizit aufgeführt. Die einzelnen Handlungsfelder und Kostenträger überlappen sich bei vielen Organisationen, zeigen aber die Spannbreite der Organisationsformen und Finanzierungsformen auf, in dem die Versorgungslandschaft «Langzeitpflege und Betreuung» steht.

#### ▪ Ergänzende Angebote im Kanton Schwyz

Im Kanton Schwyz findet sich ergänzend zu den Leistungen der Spitexorganisationen ein breites Netz von Anbietern, die zum Teil eng mit der Spitex zusammenarbeiten.

Der Entlastungsdienst des SRK Kanton Schwyz, welcher in Kapitel 2.2.2 und 2.2.4 bereits vorgestellt wurde, wird über einen Leistungsauftrag der Gemeinden mitfinanziert. Darüber hinaus bietet das SRK mit dem Fahrdienst, Notruf, Kursen und neu seit 2013 auch mit einem Besuchsdienst (in einzelnen Regionen) weitere Unterstützungs- und Entlastungsleistungen an. Diese Leistungen werden mit Beiträgen des Bundes gemäss AHV-Gesetz Art. 101<sup>bis</sup> unterstützt. Ab 2014 wird die finanzielle Unterstützung des Not-

rufs wegfallen. Im Bereich der Familien mit Kindern bietet die Dienstleistung Kinderbetreuung zu Hause schnelle Hilfe in Notsituationen, in denen die Eltern oder eine eingeplante Betreuungsperson ausfallen.

Die Pro Senectute bietet mit der kostenlosen Sozialberatung, der individuellen wirtschaftlichen Hilfe, Gesprächsgruppen für pflegende Angehörige in Altendorf und Einsiedeln, sieben Besuchsdiensten, Kursen und einem Treuhand- und Steuererklärungsdienst ebenfalls ergänzend zur Spitex wichtige Beratungs- und Unterstützungsleistungen an. Der Treuhand- und Steuererklärungsdienst wird zum Teil mit Leistungsverträgen von Gemeinden in der Ausserschwyz für Menschen, die die Kosten nicht selbst tragen können, mitfinanziert. Die anderen genannten Angebote erhalten Bundesbeiträge gemäss AHV-Gesetz Art. 101<sup>bis</sup>, die Sozialberatung wird zudem über einen Leistungsvertrag vom Kanton mitgetragen. Der Kantonsbeitrag wurde auf 2013 gesenkt und danach auf dieser Ebene eingefroren. Die Bundesbeiträge sind gemäss Interview für die nächste Periode des Leistungsvertrags ebenfalls plafoniert und werden bei einer wachsenden Nachfrage nicht steigen. Weitere Angebote der Pro Senectute in den Bereichen Bildung und Kultur sowie Sport und Bewegung, die oft einen präventiven Charakter haben, werden im Wesentlichen über Dienstleistungserträge finanziert.

Die Gesundheitsligen und Vereine wie die Krebsliga Zentralschweiz, die Alzheimervereinigung ergänzen das Angebot zielgruppenspezifisch.

Eine wichtige Rolle spielt in diesem Bereich auch die Freiwilligenarbeit. Neben der informellen Hilfe durch Nachbarn und Freunde tritt die formelle Freiwilligenarbeit. In «einfachen» Situationen kommen der Besuchsdienst der Pro Senectute und der 2013 neu gegründete und sich noch im Aufbau befindliche Besuchsdienst des Schweizerischen Roten Kreuzes zum Einsatz. Weitere Besuchsdienste gibt es auf regionaler Ebene, dort unter anderem auch im kirchlichen Umfeld. Im Bereich Palliative Care kommen ebenfalls Freiwillige zum Einsatz, die in verschiedenen Vereinen und Begleitgruppen wie den Verein Sterbebegleitung Arth-Goldau, den Verein Triangel, den Verein Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden Region Rigi, den Verein WABE und weiteren regionalen Gruppen organisiert sind. Eine andere Form der Freiwilligenarbeit bieten begleitete Selbsthilfegruppen wie z.B. diejenige der Krebsliga.

## **2.6.2 Netzwerke, Informations- und Anlaufstellen**

Besuchsdienste, Seelsorge, Sozialberatung, Sterbe- und Trauerbegleitung, spielen auch für die Spitäler und Pflegeheime eine wichtige Rolle. Es gibt jedoch einen grosse Unterschied zum ambulanten Bereich: die institutionalisierten Beziehungen und Zugänge zu diesen Unterstützungsleistungen. Diese erleichtern den Patientinnen/-en und Pflegeheimbewohnerinnen/-ern die Orientierung, die Auswahl und damit auch den Zugang zu diesen Leistungen. In vielen Fällen sind die Angebote externer Leistungserbringer sogar aufsuchend.

Im ambulanten Bereich sind die Fragen nach der Vernetzung der Leistungserbringer, des Zugangs, der Orientierung innerhalb eines stark ausdifferenzierten Angebots viel prekärer. Viele Angebote sind auch nicht aufsuchend, selten sind sie aus einer Hand.

Im Kanton Schwyz wurden in den vergangenen Jahren zum Teil im Rahmen der Entwicklung von Altersleitbildern Anlauf- und Infostellen gebildet. Alters- und Pflegekommissionen wurden ins Leben gerufen, die der Vernetzung der Angebote dienen. In einzelnen Gemeinden wurde die Stelle eines Altersbeauftragten geschaffen. Die Beispiele sind vielfältig: Anlauf- und Infostellen in den Bezirken oder Gemeinden Küssnacht, Schübelbach, Wollerau; Pflegekommission und Drehscheibe Höfe; Verein Palliativ Zentralschweiz; Netzwerk Palliative Care Küssnacht, und viele weitere mehr. Die drei Organisationen Spitex, Pro Senectute und SRK haben eine offizielle Partnerschaft deklariert.

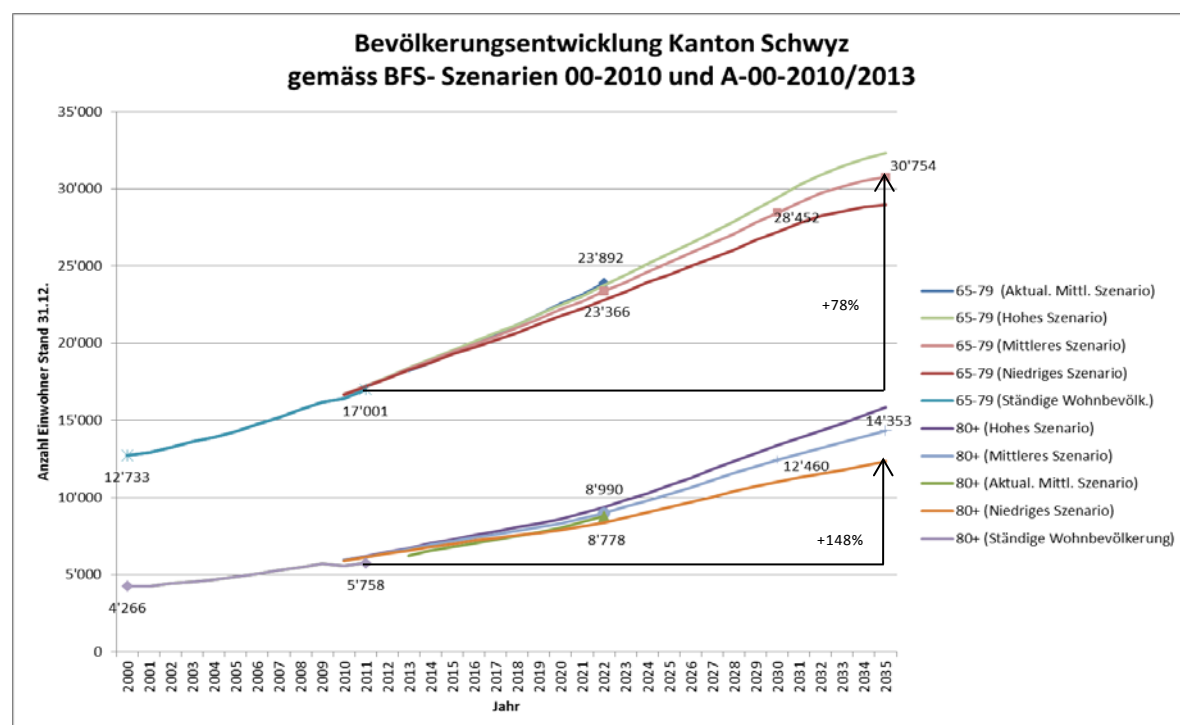
Diese Ansätze sind meist regional oder auf der Ebene einer Gemeinde oder eines Bezirks verankert. Oft fokussieren sie, mit Ausnahme der Drehscheibe Höfe, auf einen bestimmten Themenschwerpunkt.

### 3 Demografischer Wandel und Pflegebedürftigkeit im Kanton Schwyz

#### 3.1 Die zukünftige Bevölkerungsentwicklung

Der demografische Wandel stellt neben Veränderungen in der Gesellschaft und von Krankheitsbildern oft die Quelle für Planungsarbeiten in Bezug auf die Langzeitpflege dar. Das Bundesamt für Statistik erstellt, basierend auf den nationalen Szenarien, in regelmässigen Abständen auch kantonale Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung. Das letzte grundlegende Szenario (BFS 00-2010) in den drei Varianten niedriges, mittleres und hohes Szenario wurde auf der Basis des Jahres 2010 erstellt. Das mittlere Szenario wird jährlich aktualisiert. Abbildung 21 zeigt die Bevölkerungsentwicklung des Kantons Schwyz anhand der drei Grundszenarien (hoch, mittel, niedrig, BFS 00-2010) und des aktualisierten Szenarios 2013 (A-00-2010/2013).

Abbildung 21 Bevölkerungsentwicklung Kanton Schwyz



Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Statistisches Lexikon und Stat-Tab, Bevölkerungsszenarien AR-00-2010 und A-00-2010/2013, eigene Darstellung.

Das mittlere Szenario 2010 bis 2035 zeigt in der Gruppe der 65-79-jährigen einen starken Anstieg um 78 Prozent von 17'000 Personen im Jahr 2011 auf rund 30'800 Personen im Jahr 2035. In der Gruppe der 80-jährigen und älteren ist sogar ein Anstieg um 150 Prozent von 5'758 im Jahr 2011 auf 14'353 Personen im Jahr 2035 zu erwarten.<sup>29</sup> Der Anstieg fällt damit in beiden Altersgruppen im Kanton Schwyz deutlich stärker aus als im nationalen Durchschnitt, bei dem für die ganze Schweiz mit einem Wachstum von 55 Prozent in der Gruppe der 65-79-jährigen und 96 Prozent der 80-jährigen und älteren bis 2035 gerechnet wird.

<sup>29</sup> Das aktualisierte mittlere Szenario A-00-2010/2013 weicht nur wenig vom ursprünglichen mittleren Szenario 2010-2035 ab. Ein Vergleich des aktualisierten mittleren Szenarios mit dem in der Pflegeheimplanung des Amt für Gesundheit und Soziales (AGS) des Kantons Schwyz verwendeten älteren Szenario A-00-2005/2009 zeigt, dass das aktualisierte Szenario nur leicht unter dem der Pflegeheimplanung 2030 Kanton Schwyz zugrundeliegenden Szenario liegt.

Beide Altersgruppen sind eine wichtige Referenz für die Prognose der Pflegebedürftigkeit allgemein wie auch stationär und damit auch der Pflegeheimplanung.

#### ▪ Entwicklung der Altersquotienten

Diese starke Verschiebung in der Altersstruktur im Kanton Schwyz spiegelt sich auch im Verhältnis der Gruppe der 65 jährigen und älteren zur Gruppe der Bewohner/-innen im «erwerbsfähigen» Alter von 20 bis 64 Jahren. Dieses Verhältnis wird im sog. Altersquotienten zusammengefasst.

**Tabelle 22**      **Entwicklung des Altersquotienten im Kanton Schwyz gemäss mittlerem Szenario BFS (vgl. Abb. 16)**

Jahr	Total	20-64	65+	Altersquotient	Verhältnis in ganzen Zahlen.
2011	147'904	93'858	22'759	24.2%	4:1
2022	158'709	95'588	32'670	34.2%	3:1
2035	159'607	83'711	45'107	53.9%	2:1

Datenquelle:      BFS, Statistik zur Wohnbevölkerung, eigene Berechnung und Darstellung

Der Altersquotient erhöht sich von 24.2 Prozent im Jahr 2011 über 34.2 Prozent 2022 auf 50.3 Prozent 2035. In ganzen Zahlen ausgedrückt, stehen heute einer Person im Alter 65plus vier Personen im erwerbsfähigen Alter gegenüber. 2022 werden es nur noch drei Personen und 2035 zwei Personen sein. Der Kanton Schwyz hat aktuell im nationalen Vergleich einen leicht niedrigeren Altersquotienten. Er wird hier aber rasch aufholen. Das neue Verhältnis im Jahr 2035 und die absolute Zahl von 45'000 Menschen im Alter 65plus, davon rund 30'000 zwischen 65 und 79 Jahren, zeigt zugleich die grosse Bedeutung und das wachsende Potenzial dieser Bevölkerungsgruppe in der Gesellschaft.

### 3.2 Die Entwicklung der allgemeinen Pflegebedürftigkeit

Die Altersstruktur der Bevölkerung lässt sich wesentlich genauer prognostizieren als die zukünftige Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und die Nachfrage nach entsprechenden Pflegeangeboten. Menschen werden zum Teil bei guter Gesundheit älter und nehmen erst im hohen Alter Pflegeleistungen in Anspruch. Dafür treten psychogeriatrische Erkrankungen wie Demenz verstärkt als prägendes Element von Pflege und Betreuung auf. Die Hochaltrigkeit selbst verändert oft ebenfalls die Ansprüche an die Betreuung. Aufgrund verbesserter Therapien verlängert sich ein Leben mit chronischen Krankheiten, die früher zum Tod führten. Auch Menschen mit Behinderungen erreichen ein höheres Lebensalter. Psychosoziale Probleme verlangen zum Teil ebenfalls neue Betreuungs- und Wohnformen.

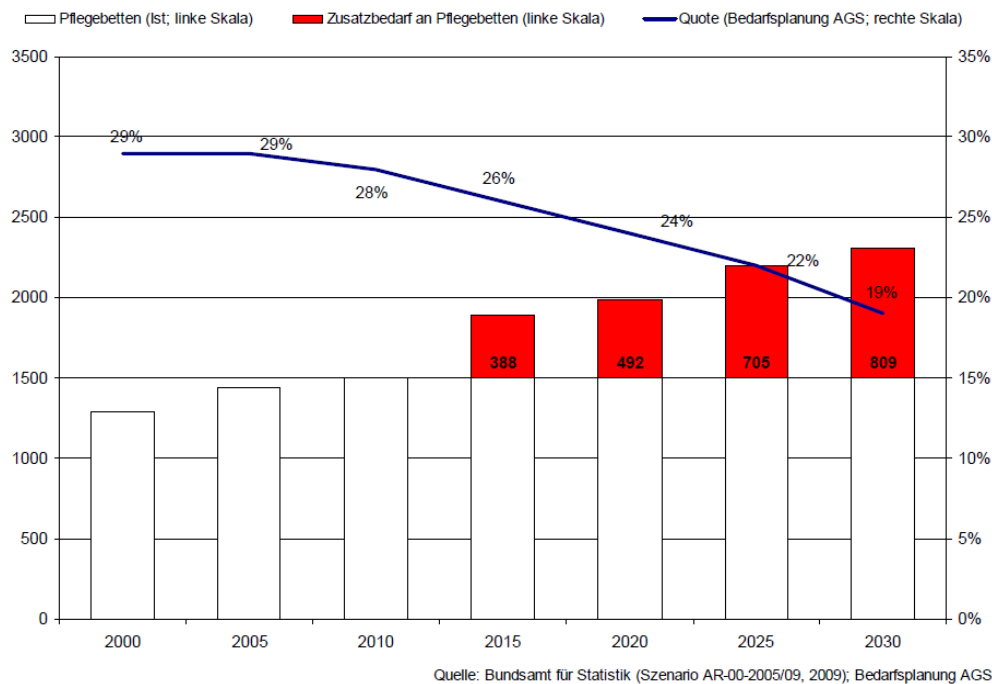
Trotz dieser dynamischen und zum Teil gegenläufigen Veränderungen lässt sich die Entwicklung des zukünftigen Pflegebedarfs ausgehend von heutigen Pflegequoten und basierend auf der Altersentwicklung zumindest grob schätzen. Aufgrund der Investitionsfristen und -kosten liegen im stationären Bereich deutlich mehr Zahlen zu Angebot und Pflegebedürftigkeit vor. Im ambulanten Bereich ist es viel schwieriger, Zahlen zur Angebots- und Nachfrageentwicklung zu finden.

#### ▪ Bedarfsplanung im stationären Bereich

Im Bereich der Pflegeheime wird häufig auf die Bettenquote in Bezug auf die Anzahl der 80-jährigen und älteren zurückgegriffen. Im Jahr 2010 wies der Kanton Schwyz gemäss Pflegeheimliste eine Quote von 28 Betten auf 100 Personen im Alter 80 und darüber auf. Dieser Anteil soll in den nächsten Jahren schrittweise auf 19 Prozent im Jahr 2030 gesenkt werden. Trotz dieser Reduktion entsteht bis ins Jahr 2030 ein Zusatzbedarf von über 800 Betten, ausgehend von einem Bestand von 1'500 Betten (ohne Klöster) im Jahr 2010 (siehe Abbildung 23). In dieser Bettenquote sind auch die Plätze für die Akut- und

Übergangspflege, Ferienbetten und spezialisierte Plätze für ältere Menschen mit spezifischen Bedürfnissen, insbesondere Demenz, Suchtprobleme, psychische Probleme enthalten.

**Abbildung 23 Bedarfsplanung Pflegebetten in Pflegeheimen (ohne sozialmed. Institutionen) Kanton Schwyz**



Datenquelle: Finanzkontrolle Kanton Schwyz, Schlussbericht «Evaluation der Sicherstellung eines bedarfsgerechten Betreuungs- und Pflegeangebots für Betagte im Kanton Schwyz», 2012

Die kantonale Pflegeplanung setzt mit dieser Kennzahl von 19 Prozent ein Signal, die ambulante Pflege und Betreuung zu stärken, ein ergänzendes differenziertes Angebot von Wohnformen im Alter zu schaffen und die Angehörigenpflege und Freiwilligenarbeit sinnvoll zu unterstützen. Trotz dieser Reduktion der Planungskennzahl müssten bis ins Jahr 2030 nochmals etwa die Hälfte der aktuell bestehenden Pflegeheimplätze neu gebaut werden. Würden der Bedarfsplanung die aktuelle durchschnittliche nationale Bettenquote von 25 Prozent zugrunde gelegt, müsste sogar von einer Verdoppelung der bestehenden Plätze auf rund 3'000 Betten bis 2030 ausgegangen werden. Aufgrund der notwendigen Vorlauf- und Umsetzungsphasen müssten in beiden Szenarien die konkreten Projekte schon bald aufgelegt werden.

#### ▪ Pflegequoten im Kanton Schwyz

Einige der wenigen Grundlagenarbeiten, die es erlauben, die Anzahl pflegebedürftiger Menschen, die zu Hause entweder von der Spitex oder durch Angehörige gepflegt und betreut werden, zumindest grob abzuschätzen, gehen auf F. Höpflinger und V. Hugentobler (2005) und später auf F. Höpflinger und L. Bayer-Oglesby (Obsan) (2010, 2011) zurück.

In ihren neueren Studien (2010 und 2011)<sup>30</sup> erarbeiteten Höpflinger und Bayer-Oglesby auf der Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 (SGB (2007)) alters- und geschlechtsspezifische Pflegebedürftigkeitsquoten für die Schweiz, welche sich auf eine mittlere und schwere Pflegebedürftigkeit bezie-

<sup>30</sup> Bayer-Oglesby, Höpflinger (2010). Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz. Methodik und kantonale Kennzahlen; Bayer-Oglesby, Höpflinger, Zumburn (2011). Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz.



hen.<sup>31</sup> Legt man diese Pflegequoten zugrunde, lässt sich anhand der Daten zur Wohnbevölkerung im Kanton Schwyz eine grobe Schätzung der Anzahl Pflegebedürftigen vornehmen (siehe Tabelle 24).

**Tabelle 24      Geschätzte Pflegequoten in der Bevölkerung 65+, Kanton Schwyz 2011**

Altersklasse	Pflegequote Männer	Pflegequote Frauen	Bevölkerung Männer	Bevölkerung Frauen	Anzahl Pflegebedürftige Männer	Anzahl Pflegebedürftige Frauen	Anzahl Pflegebedürftige
65-69	1.1	1.7	3'727	3'444	41	59	100
70-74	3.4	3.6	2'655	2'681	90	97	187
75-79	7.2	5.7	2'057	2'437	148	139	287
80-84	9.0	15.9	1'286	1'861	116	296	412
85-89	16.0	31.0	625	1'147	100	356	456
90+	41.51	59.21	263	576	109	341	450
Total 65+			10'613	12'146	604	1'286	1'891

Datenquelle:      Eigene Berechnungen auf der Grundlage von Höpfinger und Bayer-Ogleby (2011)

Bei einem Bevölkerungsanteil von 22'759 Männern und Frauen im Alter über 65 Jahre wären im Jahr 2011 im Kanton Schwyz 1'891 Person pflegebedürftig gewesen. Davon waren 604 Männer und 1'286 Frauen. Bei diesen Zahlen handelt es sich um sogenannte «Bestandesgrössen», d.h. die Anzahl Pflegebedürftiger an einem bestimmten Stichtag. Wegen Eintritten und Austritten in Pflegeheimen und zum Teil zeitlich befristeten Einsätzen der Spitex ist die Gesamtzahl der Klientinnen/-en, die Leistungen der Langzeitpflege in Anspruch nehmen, über das Jahr gesehen deutlich höher.

Geht man bei einer Pflegebettenzahl von 1'550 Plätzen (ohne Klöster) im Jahr 2011 aus und einem Anteil von ca. 70 Prozent an Bewohnern, die unter die Definition von Pflegebedürftigkeit nach Höpfinger, fallen, wären 1'085 Pflegebedürftige im Heim betreut worden.<sup>32</sup> Rund 800 Pflegebedürftige wären zu Hause von der Spitex oder Angehörigen betreut worden. Dies entspricht einem Anteil von ca. 43 Prozent.

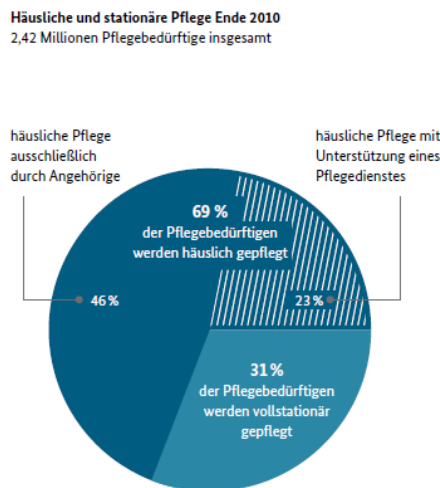
Der jeweilige Anteil Pflegebedürftiger, welche allein von den Angehörigen oder unter Beizug der Spitex zu Hause gepflegt und betreut werden, ist für den Kanton Schwyz nicht bekannt. Wünschenswert wäre eine Aufschlüsselung, wie sie beispielsweise für Deutschland Ende 2010 für die ambulante und stationäre Pflege vorgenommen wurde (siehe Abbildung 25).

Abbildung 25 zeigt mit 69 Prozent nicht nur einen wesentlich höheren Anteil an ambulanter Pflege in Deutschland, sondern mit 46 Prozent auch einen hohen Anteil an Pflege, die durch Angehörige wahrgenommen wird.

<sup>31</sup> Pflegebedürftig ist gemäss diesem Ansatz, wer bei den fünf in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 erfassten Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL-Kriterien: Essen, ins Bett gehen, sich an- oder ausziehen, zur Toilette gehen, Baden oder Duschen) bei mindestens einer Aktivität eine starke Schwierigkeit aufweist oder unselbstständig ist.

<sup>32</sup> Die Prozentzahl von rund 70 Prozent stützt sich auf die SOMED Statistik 2011. Sie umfasst den Anteil aller Aufenthaltstage mit einem Pflegebedarf von mehr als 40 Minuten an allen Pflgetagen.

**Abbildung 25 Die Aufteilung zwischen ambulanter und stationärer Pflege in Deutschland, Ende 2010**



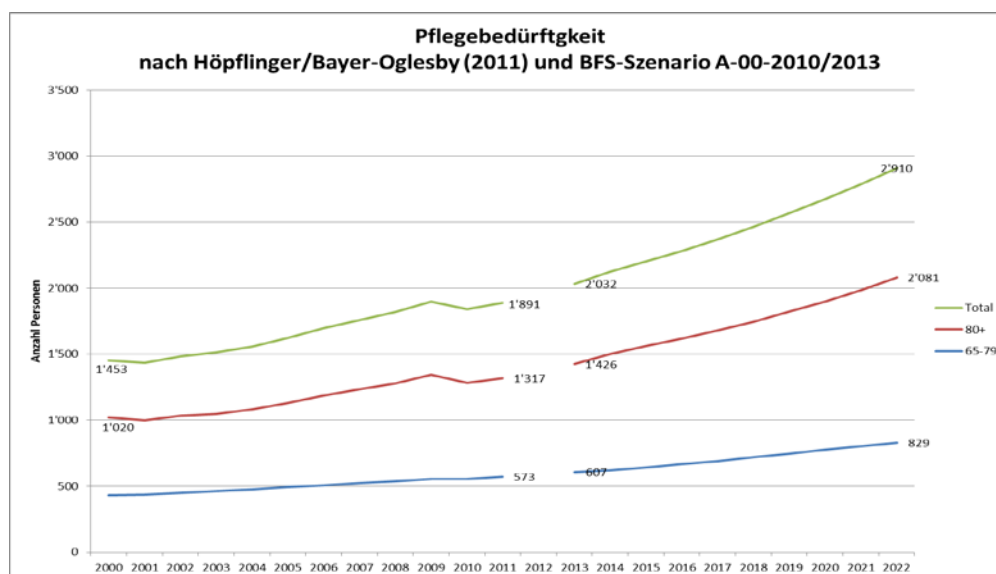
Datenquelle: Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland vom 12. Januar 2012

#### ▪ Zukünftige Entwicklung der Pflegebedürftigkeit im Kanton Schwyz

Auf der Basis der Bevölkerungsszenarien lässt sich unter der Annahme, dass sich die Pflegequoten in den nächsten Jahren nicht allzu stark verändern, die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit im Kanton Schwyz grob abschätzen.

Die Pflegequoten aus Tabelle 24 ergeben für das Jahr 2022 auf der Basis des aktualisierten mittleren Bevölkerungsszenarios eine Anzahl von 2'910 Pflegebedürftigen im Alter 65plus im Kanton Schwyz.

**Abbildung 26 Geschätzte Entwicklung der mittleren u. schweren Pflegebedürftigkeit, Alter 65plus, Kt. SZ**



Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Stat-Tab, Bevölkerungsszenarium A-00-2010/2013 und Höpflinger/Bayer-Oglesby (2011), eigene Berechnung und Darstellung für den Kanton SZ.

Dies bedeutet einen Anstieg um gut 50 Prozent in 11 Jahren. Geht man von einer Anzahl Pflegebetten in Pflegeheimen, die sich an einer Quote von 23 Betten auf 100 Einwohner/-innen im Alter 80plus ausrich-

tet, und einer Belegung von 75 Prozent durch Bewohner/-innen mit einer mittleren oder schweren Pflegebedürftigkeit aus, würden 2022 geschätzt 1'500 pflegebedürftige Personen im Heim betreut. 1'400 Pflegebedürftige würden 2022 zu Hause durch die Spitex und/oder Angehörige gepflegt und betreut. Dies ist ein Anstieg von 600 Personen gegenüber 2011 und entspricht einer Steigerung um 75 Prozent.

Die Zahlen der pflegebedürftigen Personen im Alter von 65 Jahren und älter, welche zu Hause gepflegt werden, rund 800 Pflegebedürftige im Jahr 2011 und rund 1'400 Pflegebedürftige im Jahr 2022, stellen nur eine erste Schätzung dar. Es ist zu beachten, dass es sich dabei um Bestandesgrössen an einem Stichtag des Jahres handelt, nicht um die Gesamtzahl Pflegebedürftiger während eines laufenden Jahres. Darüber hinaus erlaubt diese Schätzung keine Aussage über die Entwicklung der Anzahl Langzeitpflegebedürftiger bis 65 Jahre.

#### ▪ Grundlage für die Weiterentwicklung des ambulanten Angebots

Im Rahmen dieser Studie konnte keine Überprüfung und Validierung dieser Schätzung aufbauend auf den Leistungsstatistiken aller ambulanten Anbieter geleistet werden. Die Schätzung stellt dennoch eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung des ambulanten Angebots dar. Konkret stellen sich folgende Fragen: Reicht es angesichts der zu erwartenden Nachfrage, Angebote auf Gemeindeebene zu schaffen oder braucht es in Zukunft vermehrt regionale, überregionale oder kantonale Kooperationen? Gibt es in Bereichen wie Palliative Care, Demenz, psychische oder onkologische Pflege genügend hohe Fallzahlen, um themenspezifische Anlaufstellen und Informationsplattformen zu schaffen? Oder drängen sich eher übergeordnete Anlauf- und Informationsstellen und die Zusammenfassung zu intergenerationellen Angeboten auf, die eine höhere Präsenz und Erreichbarkeit gewährleisten und niedrigere Gemeinkosten durch Synergien ermöglichen? Auf wie viele Fälle verteilen sich Investitions- und Anlaufkosten, und mit welchen wiederkehrenden Kosten ist zu rechnen?

In Bezug auf die Spitexorganisationen resultieren die folgenden Fragen: Wie gross sind die beiden Klientengruppen a) ambulante, befristete Pflege und Hauswirtschaft im Anschluss an eine Spitalbehandlung und b) Langzeitpflege und Hauswirtschaft heute? Was bedeutet der Anstieg zwischen 2011 und 2022 um insgesamt 600 Pflegebedürftige (Bestandesgrösse) für die Entwicklung der Mitarbeitendenzahl und die Organisationsform der Spitex-Basisorganisationen? Welches Wachstum ergibt sich aus der Strategie im Gesundheitswesen, die ambulante Versorgung auch im Bereich der Akutversorgung und Rehabilitation zu stärken?

### 3.3 Demenz und Palliative Care im Kanton Schwyz

Um das Bild wichtiger Entwicklungen in der ambulanten und stationären Pflege abzurunden, werden in diesem Kapitel die Daten zu den beiden Themenbereichen Palliative Care und Demenz präsentiert. Sie stehen zurzeit im Fokus der nationalen Strategien «Palliative Care» (2010-2012 und 2013-2015) und der sich in Vorbereitung befindlichen Nationalen Strategie «Demenz».

#### ▪ Personen mit Demenz im Kanton Schwyz

Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik hat im Oktober 2012 das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) mit der Ausarbeitung einer Nationalen Demenzstrategie beauftragt. Mit dieser Strategie sollen Ziele und Massnahmen zur Verbesserung der Betreuung von Demenzerkrankten und der Früherkennung in den Jahren 2014 bis 2017 festgelegt werden.

Im Kanton Schwyz lebten im Jahr 2011 zwischen 1'700 und 1'900 Menschen mit einer Demenzerkrankung.<sup>33</sup> Der weitaus grösste Teil der an Demenz erkrankten Menschen wird zu Hause von Angehörigen und weiteren nahestehenden Personen betreut und gepflegt. Die Alzheimervereinigung Schweiz schätzt auf der Grundlage internationaler Untersuchungen, dass ca. 58 Prozent der Betroffenen zu Hause und 42 Prozent im Heim gepflegt werden. Von den zu Hause lebenden an Demenz Erkrankten brauchen gemäss der Alzheimervereinigung schätzungsweise 43 Prozent punktuelle und 47 Prozent tägliche Unterstützung, 10 Prozent während Tag und Nacht. Abbildung 27 gibt die Zahlenverhältnisse für den Kanton Schwyz wieder.

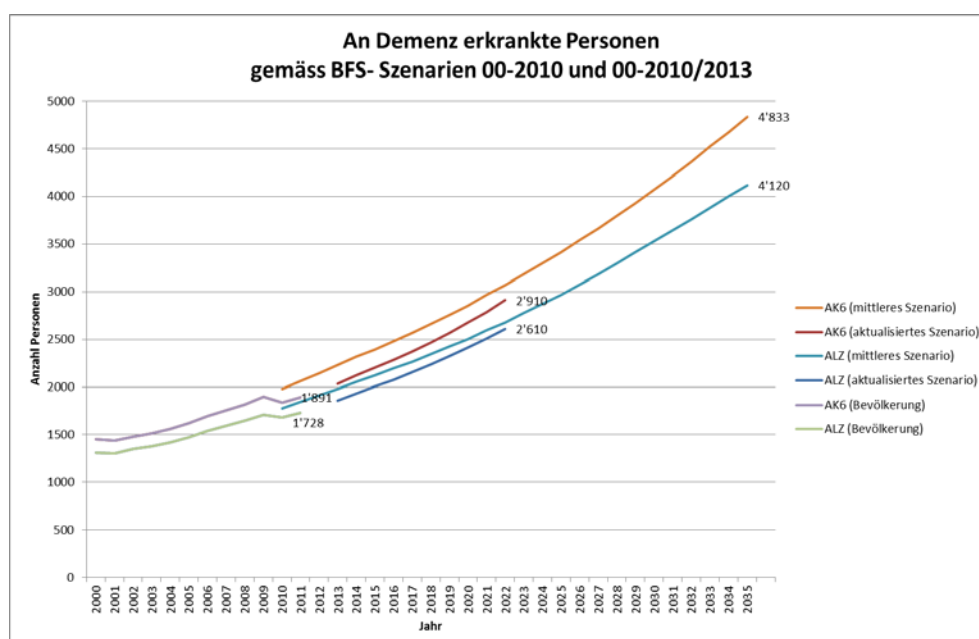
**Abbildung 27 Aufteilung der zu Hause lebenden an Demenz erkrankten Menschen nach Wohnform und Unterstützungsbedarf Kanton Schwyz**

Zu Hause lebende an Demenz erkrankte Menschen				
Wohnform	Total	davon brauchen Unterstützung		
		punktuell	täglich	Tag und Nacht
allein	257	147	110	0
mit einem Angehörigen	599	221	292	86
Total	856	368	402	86
Total (in %)	100%	43%	47%	10%

Datenquelle: Alzheimervereinigung Schweiz.

Unter der Annahme, dass sich die Demenzquoten in den nächsten Jahren nicht wesentlich verändern, lässt sich anhand der Bevölkerungszahlen eine mögliche Entwicklung im Kanton Schwyz grob abschätzen. Gesundheitsförderung, medizinische Fortschritte oder allgemeine Veränderungen im Gesundheitszustand können die Demenzquoten in den nächsten 20 Jahren jedoch noch beeinflussen, so dass die folgende Abbildung 28 nur eine gewisse Entwicklungsrichtung vorgeben kann.

**Abbildung 28 Geschätzte Entwicklung der Zahl an Demenz erkrankter Personen, Kanton Schwyz**



Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Stat-Tab, Bevölkerungsszenarium 00-2010, eigene Darstellung.

<sup>33</sup> Diese Zahlen basieren auf verschiedenen Berechnungsmethoden gemäss Alzheimervereinigung und Höpflinger (2011).

Die Entwicklung wird für den Kanton Schwyz anhand des mittleren Szenarios des BFS 2010 bis 2035 und dem aktualisierten mittleren Szenario 2013 bis 2022 anhand der Quote an Demenzerkrankungen gemäss der Alzheimervereinigung Schweiz (in der Abbildung abgekürzt mit ALZ) und Höpflinger (2011) (in der Abbildung abgekürzt mit AK6) hochgerechnet.

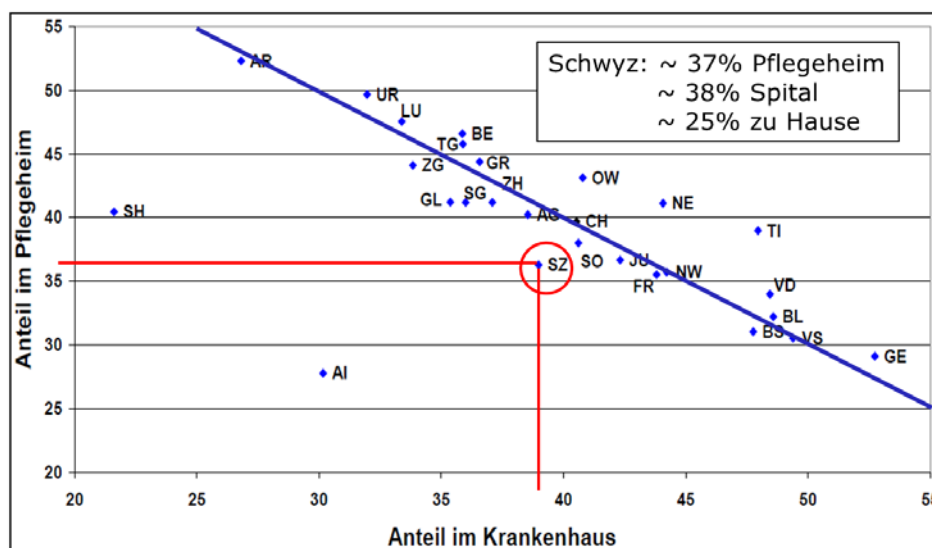
Bis ins Jahr 2022 ist mit einem Anstieg auf zwischen 2'600 und 2'900 an Demenz erkrankte Personen, d.h. ungefähr 50 Prozent gegenüber 2011 zu rechnen. Bei unveränderten Demenzquoten wäre in den folgenden 13 Jahren bis 2035 ein nochmals verstärkter Anstieg auf zwischen 4'100 bis 4'800 an Demenz erkrankte Personen zu erwarten.

Diese Entwicklung stellt vor allem eine Herausforderung im Bereich der Betreuungsangebote in der ambulanten Pflege und Betreuung zu Hause, der Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger sowie der Entwicklung angemessener alternativer Wohnformen (u.a. Pflegewohngruppen) dar. Ambulante Lösungen in diesem Bereich sind insbesondere vor dem Hintergrund der zukünftigen Finanzierbarkeit wichtig.

### ▪ Palliative Care

Trotz des von einer grossen Mehrheit geäusserten Wunsches, zu Hause sterben zu können, sterben in der Schweiz 80 Prozent immer noch in einem Spital oder einem Pflegeheim. Zugleich haben sich in den letzten zehn Jahren die Palliativmedizin und Palliativpflege stark weiterentwickelt. Der Anspruch auf eine gute palliative Versorgung und Begleitung in der letzten Lebensphase wurde in der Zwischenzeit in den meisten kantonalen Gesundheitsgesetzen verankert, so auch 2009 im Kanton Schwyz. Die nationale Strategie setzt hier wichtige Impulse für die Umsetzung dieser Ziele, die Weiterbildung, Standardisierung und Qualitätssicherung. Der Kanton Schwyz hat in einer breit abgestützten Projekt- und Arbeitsgruppe 2010 ein integriertes Versorgungskonzept erarbeitet und im August 2012 das Umsetzungskonzept verabschiedet.<sup>34</sup>

**Abbildung 29 Anteil im Pflegeheim und im Spital verstorbene Personen, 2009**



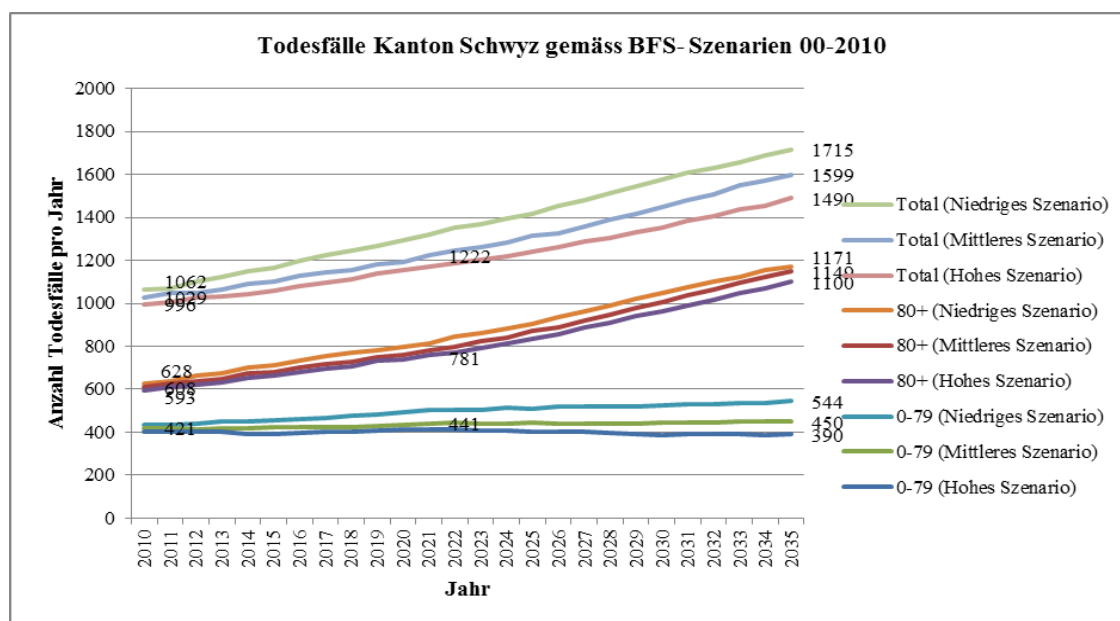
Datenquelle: BFS, verschiedene Quellen. Publiziert vom BAG (2012), Inventar der Datensituation über Palliative Care. Ergänzte Darstellung.

<sup>34</sup> Amt für Gesundheit und Soziales Kanton Schwyz (2010), Palliative Care im Kanton Schwyz. Integriertes Versorgungskonzept und Amt für Gesundheit und Soziales Kanton Schwyz (2012), Palliative Care im Kanton Schwyz. Umsetzungskonzept. Kenntnisnahme durch den Regierungsrat mit RRB Nr. 842/2012

Abbildung 29 gibt den Anteil der im Pflegeheim und im Krankenhaus verstorbenen Personen in einem interkantonalen Vergleich anhand der Daten des Jahres 2009 wieder. Die blaue Gerade verbindet alle Punkte, bei denen in der Summe 80 Prozent der Personen entweder in einem Pflegeheim oder in einem Spital sterben. Liegt ein Kanton über dieser Geraden, ist dieser Anteil noch höher, liegt er darunter, ist der Anteil geringer. Bis auf wenige Ausnahmen liegen alle Kantone nahe bei diesen 80 Prozent. Beim Vergleich der Verteilung zwischen Spital und Pflegeheim ist zu beachten, dass in einigen Kantonen Hospize eine Zulassung auf der Spitalliste haben und unter den Spitälern erscheinen, in anderen Kantonen hingegen unter den Pflegeheimen. Im Kanton Schwyz starben 2009 37 Prozent in einem Pflegeheim und 38 Prozent im Spital. Dies bedeutet, dass 25 Prozent ausserhalb einer stationären Institution, d.h. in einem weit gefassten Sinn «zu Hause» starben.

Mit dem demografischen Wandel wird auch die Anzahl Todesfälle pro Jahr zunehmen. Zusätzlich verschiebt sich der Tod weiter in ein höheres Lebensalter und auch die hauptsächlichen Todesursachen werden sich weiter verschieben. Abbildung 30 gibt die Entwicklung der Todesfälle für den Kanton Schwyz bis ins Jahr 2035 wieder. Sie stützt sich auf BFS Szenarien 2010-2035.

**Abbildung 30** Todesfälle Kanton Schwyz<sup>35</sup>



Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Stat-Tab, Bevölkerungsszenarien 00-2010, eigene Darstellung.

Die Entwicklung zeigt eine Zunahme der jährlichen Todesfälle im mittleren Bevölkerungsszenario von 1'029 Fällen 2010 auf 1'599 Fälle 2035. Dies bedeutet einen Anstieg von rund 50 Prozent. Diese Zunahme wird aber vor allem in der Altersgruppe der 80 jährigen und älteren stattfinden.

Damit ist davon auszugehen, dass auch hier ein stärkerer Anspruch an Betreuung entsteht und das Thema Demenz in der Begleitung in der letzten Lebensphase an Bedeutung gewinnt.

Diese Entwicklungen stellen neben der Anforderung an den Auf- und Ausbau der spezialisierten Versorgung inklusive Konsiliardienste auch eine Herausforderung für eine entsprechende Anpassung der Grundversorgung und ergänzenden Betreuungs-, Begleitungs- und Unterstützungsangebote dar.

<sup>35</sup> Die Bezeichnung der Szenarios –«tiefes, mittleres und hohes»– folgt der Bezeichnung der zugrundeliegenden Bevölkerungsszenarien. Die Reihenfolge ist bei den Todesfällen (und damit in dieser Grafik) umgekehrt zur Bevölkerungsentwicklung, da bei dem niedrigen Bevölkerungsszenario des BFS von einer geringeren Zunahme der Lebenserwartung und damit automatisch auch von höheren Sterberaten ausgegangen wird.

## 4 Analyse der stationären und ambulanten Versorgung im Kanton Schwyz

### 4.1 Stationäre Langzeitpflege

#### 4.1.1 Der Ausbau der stationären Langzeitpflege

Im Anschluss an das kantonale Altersleitbild aus dem Jahr 2006 haben die meisten Gemeinden nachgezogen und ein neues Altersleitbild erstellt oder bestehende Altersleitbilder angepasst. In verschiedenen Gemeinden und Bezirken wurden Alters- und Pflegekommissionen aufgebaut und Anlauf- oder Kontaktstellen geschaffen. Die Botschaft der Pflegeheimplanung 2010 mit einer Senkung der Bettenquote von 28 Prozent auf 19 Prozent der Wohnbevölkerung 80plus im Jahr 2030 ist auf allen Ebenen angekommen und wird als Leitlinie akzeptiert.

##### ▪ Pflegeheimplanung

Gleichzeitig wurde ein zeitlich enger Rahmen für die Umsetzung gesteckt. Die Pflegeheimplanung sieht vor, zwischen 2010 und 2020 492 neue Plätze und bis 2025 insgesamt 705 neue Plätze zu schaffen. Allein zwischen 2010 und 2013 wurden bereits 86 neue Betten erstellt. In einem Interview wurden ausgehend von den Baukosten von zwei kürzlich abgeschlossenen Neubauten durchschnittliche Investitionskosten von CHF 500'000 pro Bett in der Region Ausserschwyz geschätzt. Dies würde auf ein Investitionsvolumen in Höhe von 200 Mio. CHF allein zwischen 2013 und 2020 hinweisen. Orientiert man sich an der Obergrenze der anrechenbaren Baukosten von aktuell CHF 350'000, die der Kanton maximal für die Berechnung seiner Baubeiträge im Rahmen des Gesetzes über soziale Einrichtungen (SEG) anerkennt, dann käme man bis 2020 auf ein Investitionsvolumen von rund 140 Mio. Franken.

Kann eine Reduktion der heutigen Bettenquote auf 19 Prozent der über 80 jährigen und älteren bis 2030 nicht erreicht werden, werden sich angesichts der im Kanton Schwyz besonders starken Zunahme in dieser Bevölkerungsgruppe (siehe Abbildung 21 mit einer Zunahme um 148 Prozent bis 2035) die Investitionskosten nochmals stark erhöhen.

Im Kanton Schwyz stellen die Gemeinden heute noch bei sechs Pflegeheimen die Trägerschaft, ansonsten finden sich unter den 33 Pflegeheimen mehrheitlich Stiftungen, Genossenschaften und einige wenige erwerbswirtschaftliche Träger. Die notwendigen Gelder werden von den Trägern mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Verfügung gestellt werden können. Kanton und Gemeinden sind von den Investitionen indirekt über die Gewährung von Baubeiträgen betroffen. Der Kanton wird zunächst an der Gewährung von Baubeiträgen bis zu max. 20 Prozent der anrechenbaren Baukosten festhalten.<sup>36</sup> Doch mittelfristig werden die Investitionen über die Heim- und Betreuungstaxen zu amortisieren sein. Bei einem aktuellen Anteil von mindestens 50 Prozent EL-Bezügerinnen/-bezügern unter den Heimbewohnern wird sich ein Teil der Amortisation in den wiederkehrenden Kosten für die Ergänzungsleistungen zur AHV spiegeln.<sup>37</sup>

##### ▪ Stärkung der ambulanten Versorgung

Bis zur Umsetzung rechnet man mit einer Planungs- und Bauphase von acht bis zehn Jahren. Dies bedeutet mit Blick auf die bis 2025 geplanten 705 zusätzlichen Betten, dass ungefähr 2015 die Weichen bereits gestellt werden müssen. Die Planungs- und Realisierungsfristen sind dementsprechend kurz. Die Erhö-

<sup>36</sup> Dies hängt vor allem davon ab, wie stark sich der Kanton und die Gemeinden auch zukünftig an den Bau- oder Landkosten beteiligen werden.

<sup>37</sup> Mit dem Anteil der EL-Bezüger/-innen wächst auch der Anteil Gelder, welcher aus dem Prämienverbilligungssystem an die EL-Bezüger/-innen fließt. Bereits im Jahr 2012 gingen im Kanton Schwyz mit 14.5 Mio. SFr. 26 Prozent der zur Verfügung stehenden Mittel an EL-Bezüger/-innen, die einen Anteil von 10 Prozent aller Prämienverbilligungsbezugsberechtigten stellen.

hung der Bettenzahl ist mit hohen Investitionskosten verbunden, die sich mittelfristig auch in den Ergänzungsleistungen niederschlagen werden. Ob das Ziel einer Bettenquote von 19 Prozent erreicht werden kann, hängt vor allem davon ab, ob es rechtzeitig gelingt, das Netz an ambulanten Pflege-, Betreuungs-, Beratungs- und Hauswirtschaftsleistungen zu stärken, alternative Wohnformen auszubauen und die Angehörigenpflege angemessen zu fördern und zu unterstützen.

#### ▪ **Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Pflegeheimplanung**

Darüber hinaus ist die Zielerreichung auch von der Belegungspolitik in den nächsten Jahren abhängig. Kanton und Gemeinden haben bisher auf die Einführung einer zentralen Triage- und Beratungsstelle, wie sie z.B. in den Städten Basel, Zürich und Luzern eingeführt wurde, verzichtet. Je nach Etappierung der Ausbauphasen und Triage bei der Besetzung der neuen Plätze können Neubauten auch eine Sogwirkung auf Personen mit niedriger Pflegebedürftigkeit haben. Oft werden mit einem Schlag Plätze geschaffen, die für einen längeren Zeitraum den zukünftigen Bedarf abdecken sollen. Zugleich entstehen viele Projekte an attraktiven Standorten und sind von einem sehr guten Ausbaustandard. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht müssen diese Plätze gefüllt werden. Ob dies angesichts des kurzen Ausbauperioden bis 2025 mittelfristig zu Kapazitätsengpässen für Bewohner mit mittlerer bis hoher Pflegebedürftigkeit führt, muss genau beobachtet werden.

Die Umsetzung der Pflegeheimplanung 2010-2030 wird auch zu einem deutlichen Anstieg des Personalbedarfs in den Pflegeheimen führen. Der Ausbau der Pflegeheime um 110 Betten zwischen 2006 und 2011 war mit einem Stellenanstieg beim Pflege- und Betreuungspersonal um 143 Vollzeitäquivalente von 709 auf 852 Personen verbunden. Ausgehend von einem konstanten Stellenschlüssel pro Bett wie 2011 ist bei einem weiteren Anstieg um rund 700 Plätze bis 2025 von einem zusätzlichen Stellenbedarf von mindestens 390 Vollzeitäquivalenten auszugehen. Da in den nächsten Jahren vermehrt Plätze für einen erhöhten Pflege und Betreuungsbedarfs geschaffen werden sollen, dürfte der Personalbedarf beim Pflege- und Betreuungspersonal gegebenenfalls noch stärker ansteigen.

#### **4.1.2 Die Erhöhung der Durchlässigkeit zwischen ambulanter und stationärer Pflege**

Eine wichtige Grundlage für eine hochstehende Pflege und die Umsetzung der Altersleitbilder ist die Öffnung der Pflegeheime in die ambulante Versorgung sowie eine hohe Durchlässigkeit und enge Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Pflege. In den Interviews mit Vertretern von Pflegeheimen und Spitexorganisationen wie auch im Interview mit dem Verband Schwyzer Gemeinden und Bezirke (VSZGB) wurden eine hohe Sensibilität und Bereitschaft für eine Öffnung und Zusammenarbeit sichtbar sowie erste konkrete Schritte, die in diese Richtung gemacht wurden.

Potenziale bestehen in der Eröffnung von Entlastungsangeboten wie Ferienbetten oder befristeten Aufhalten zur Stabilisierung von schwierigen Situationen in der Betreuung zu Hause, von Aufhalten zur Re-Mobilisierung, Aktivierung oder Stabilisierung bestimmter Fähigkeiten der Gäste. Sie bestehen weiter in der Nutzung der Serviceleistungen eines Heimes im ambulanten Bereich wie auch umgekehrt der Spitexleistungen in Alterswohnungen, die an Heime angeschlossen sind. Klientinnen/-en profitieren vom Abbau von Zugangsbarrieren und gewinnen an Vertrautheit und Sicherheit. Sie erfahren früh eine gewisse Durchlässigkeit der Angebote und profitieren umgekehrt von einer höheren Wahrscheinlichkeit, rechtzeitig auf weitere sinnvolle Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen zu werden.

#### ▪ **Hemmnisse in der Zusammenarbeit**

Aus den Interviews wurde zugleich aber auch deutlich, dass diese Vernetzung und Zusammenarbeit oft auf individuellen Initiativen beruht und ein grosses Engagement erfordert. Zum Teil steht die betriebswirtschaftliche Realität der Pflegeheime wie auch der Spitexorganisationen diesen Bemühungen entgegen. Dies zeigt sich zum Beispiel bei der Ausschreibung von Ferienbetten. Oft werden solche Plätze auf Anfrage bei einem Austritt vergeben, sind aber für die Angehörigen nicht auf längere Sicht planbar. Ähnliches kann auch in Krisensituationen gelten, in denen eine rasche Entlastung wichtig wäre. Die wenig-



ten Pflegeheime stellen eigens für Kurzeintaufenthalter reservierte Plätze zur Verfügung, da sie dadurch das Risiko einer geringeren Auslastung eingehen würden. Initiativen zur Öffnung der Angebote des Pflegeheims nach aussen müssen ebenfalls aus den Erträgen erwirtschaftet werden. Damit diese Offenheit wirkt, ist es wichtig, dass sie nicht nur auf der Führungs- und Kaderebene, sondern auch an der Basis der Organisationen gelebt und umgesetzt wird. Die Mitarbeitenden an der Basis müssen letztlich die Möglichkeiten vorausschauend in ihr eigene Tätigkeit einbeziehen. Es finden sich heute im Kanton verschiedene gute Ansätze, aber diese sind noch nicht systematisch und werden oft durch betriebswirtschaftliche Hemmnissen erschwert. Es ist zu prüfen, ob mit einer Defizitrisikogarantie in den Vereinbarungen mit den Pflegeheimen für im Voraus planbare Entlastungsplätze zusätzliche Plätze geschaffen werden könnten.

#### ▪ Ein- und Austritte in Alters- und Pflegeheimen

Eine erste grobe Einschätzung der Durchlässigkeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ermöglicht die Analyse der Ein- und Austritte in und aus dem Pflegeheim während eines laufenden Jahres. In einer Sonderauswertung hat Lustat Statistik Luzern die Ein- und Austritte der Jahre 2006 bis 2011 aufgeschlüsselt nach Art des Aufenthalts (Kurzzeit- oder Langzeitaufenthalt) sowie dem Aufenthaltsort vor und nach dem Aufenthalt im Pflegeheim. Die Unterscheidung zwischen Kurzzeit- und Langzeitaufenthalten wird, wie bereits erwähnt, anhand der Anmeldung getroffen, und kann bei der Umwandlung eines Kurzeintaufenthalts in einen Daueraufenthalt zu Unschärfen führen.

Tabelle 31 zeichnet die Entwicklung der Eintritte zwischen 2006 und 2011 nach. Sie spiegelt die zwei grösseren Anstiege in den Kapazitäten, 2006/2007 und 2010/2011, die sich auch in der Anzahl Eintritte niederschlägt. Auffallend sind im Vergleich zu anderen Kantonen die im Kanton Schwyz niedrige und im Verlauf der letzten Jahre weitgehend stabile Eintrittsrate aus dem Spital und die hohe Eintrittsrate von zu Hause. Während die Eintrittsrate aus dem Spital im Kanton Schwyz (Kurz- und Langzeitaufenthalte zusammen) bei rund 30 Prozent lag, wurden in anderen Kantonen oft Quoten von rund 50 Prozent festgestellt. Die Spitäler können diese Quote unter anderem über das Ausschöpfen von Rehabilitationsmöglichkeiten positiv beeinflussen. Zum anderen steht eine hohe Eintrittsquote via Spital oft aber auch für Unterkapazitäten und Wartelisten in den Heimen.

**Tabelle 31** Aufschlüsselung der Heimeintritte nach Aufenthaltsort vor Eintritt und Art des Aufenthalts

Jahr	Plätze Pflegeheim	Eintritte	Davon Kurzeintaufenthalte					Davon Langzeitaufenthalte				
		Total	Total	Nach Aufenthaltsort vor Eintritt				Total	Nach Aufenthaltsort vor Eintritt			
				von zu Hause	vom Kranken- haus	von sozial- med. Insti- tution	übrige		von zu Hause	vom Kranken- haus	von sozial- med. Insti- tution	übrige
2006	1'443	534	95	64	25	2	4	439	294	82	22	41
2007	1'496	622	154	107	39	3	5	468	286	125	24	33
2008	1'492	606	134	96	34	2	2	472	290	129	37	16
2009	1'493	585	164	110	44	4	6	421	230	138	31	22
2010	1'497	630	161	89	70	-	2	469	277	139	24	29
2011	1'552	665	172	95	69	4	4	493	305	127	49	12

Datenquelle: Lustat (2013), Sonderauswertung der SOMED 2006 – 2011

26 Prozent aller Eintritte waren Eintritte für Kurzeintaufenthalte. Diese Zahl ist im Kanton Schwyz in den letzten Jahren praktisch gleich geblieben. In derselben Auflösung liegen nur Zahlen für den Kanton Luzern als Vergleichskanton vor. Dort war der Anteil Kurzeintaufenthalte mit 33 Prozent im Jahr 2011 höher, zugleich ist er in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen. Bereits auf Seite 26 wurde auf den Anteil der Kurzeintaufenthalter hingewiesen, der im Kanton Schwyz mit 9 Prozent aller Klientinnen/-en

um 25 Prozent unter dem nationalen Durchschnitt liegt. Diese Zahlen weisen darauf hin, dass das Potenzial einer verstärkten Nutzung von Kurzzeitaufenthalten im Kanton Schwyz noch nicht ausgeschöpft wird.<sup>38</sup>

Tabelle 32 gibt die Aufschlüsselung der Heimaustritte nach Aufenthaltsort nach Austritt und Art des Aufenthalts wieder. Sie zeigt nicht nur wie erwartet bei den Kurzzeitaufenthalten eine hohe Anzahl von Austritten nach zu Hause, sondern auch bei den Langzeitaufenthalten. Insgesamt dominiert zahlenmässig der Austrittsgrund «Verstorben».

**Tabelle 32 Aufschlüsselung der Heimaustritte nach Aufenthaltsort nach Austritt und Art des Aufenthalts**

Jahr	Austritte	davon Kurzzeitaufenthalte						davon Langzeitaufenthalte					
	Total	Total	Nach Aufenthaltsort nach Austritt					Total	Nach Aufenthaltsort nach Austritt				
			nach Hause	ins Krankenhaus	in sozial-medizin. Institution	verstorben	übrige		nach Hause	ins Krankenhaus	in sozial-medizin. Institution	verstorben	übrige
2006	484	87	49	3	10	9	16	397	25	-	14	312	46
2007	575	152	111	3	4	12	22	423	49	1	14	341	18
2008	600	129	96	2	9	9	13	471	42	3	18	397	11
2009	581	145	111	4	16	9	5	436	25	5	23	368	15
2010	602	154	116	4	8	19	7	448	42	5	20	366	15
2011	643	170	114	6	25	21	4	473	40	1	15	405	12

Datenquelle: Lustat (2013), Sonderauswertung der SOMED 2006 – 2011

Für ein systematisches Monitoring der Durchlässigkeit von ambulanter und stationärer Versorgung könnten die Auswertungen der Ein- und Austritte der SOMED-Statistik noch verfeinert werden. Die Daten beinhalten neben der Versorgungsregion und der Aufenthaltsdauer unter anderem auch bei jedem Individualdatensatz die Pflegebedarfsstufe.

Tabelle 33 präsentiert eine mögliche verfeinerte Auswertung der SOMED Statistik, die es erlaubt, Klientinnen- und Klientenpfade bei Kurzeiteintritten differenziert nach Pflegebedarfsstufen, die hier in vier Gruppen zusammengefasst wurden, nachzuvollziehen. Diese Auswertung könnte noch für die verschiedenen Versorgungsregionen differenziert werden. Analoge Auswertungen wären auch für die Eintritte von Langzeitaufenthalten während eines Jahres und Austritte von Langzeitaufenthalten während eines Jahres möglich.

<sup>38</sup> Die SOMED gibt auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer und die Gesamtzahl Aufenthaltstage unterschieden nach Kurzzeit- und Langzeitaufenthalter wieder. Sowohl die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei Kurzzeitaufenthalten im Kanton Schwyz lag mit 40 Tagen über dem nationalen Durchschnitt von 33 Tagen wie auch diejenige bei Langzeitaufenthalten mit 1'194 Tagen im Kanton Schwyz über dem nationalen Durchschnitt von 974 Tagen (alle Angaben für 2011).

**Tabelle 33** Vorschlag einer verfeinerten Auswertung der SOMED-Statistik für ein Monitoring der Durchlässigkeit von ambulanter und stationärer Versorgung

Pflegebedarfsstufe	Eintritte eines Jahres Nach Aufenthaltsort nach Austritt	Kurzzeitaufenthalte					
		Nach Aufenthaltsort vor Eintritt				Total	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer
		von zu Hause	vom Krankenhaus	von sozialmed. Institution	übrige		
0-2	nach Hause						
	ins Krankenhaus						
	in sozialmedizin. Institution						
	verstorben						
	übrige						
	leer						
3-4	nach Hause						
	ins Krankenhaus						
	in sozialmedizin. Institution						
	verstorben						
	übrige						
	leer						
5-8	nach Hause						
	usw. ...						
9-12	usw. ...						

Quelle: Eigene Darstellung, basierend auf den Variablen der SOMED Statistik

Aus der Statistik und den Interviews wurde deutlich, dass das Instrument der Akut- und Übergangspflege im Kanton Schwyz bis auf das Spital Schwyz nicht genutzt wird. Oft wird auf die auf 14 Tage beschränkte und damit zu kurze Aufenthaltsdauer verwiesen. Der Kanton Tessin hat diese Frist auf eigene Rechnung um zwei weitere Wochen erweitert, um damit einen sinnvollen Rahmen für die Förderung und den Erhalt der Selbständigkeit zu schaffen. Parallel zu solchen kantonalen Initiativen sollten auf Bundesebene die Rahmenbedingungen der heutigen Akut- und Übergangspflege überprüft und angepasst werden.

## 4.2 Die ambulante Pflege

### 4.2.1 Lücken in den Angeboten

Die voranstehenden Kapitel zeigen die grosse Bedeutung eines dichten Netzwerks von ambulanten Pflege- und Betreuungsleistungen und der Durchlässigkeit von ambulanter und stationärer Versorgung. Die Tragfähigkeit des Netzwerkes hängt zum einen davon ab, ob notwendige Leistungen in ausreichender Qualität und Menge erbracht werden oder ob wesentliche Elemente noch fehlen. Zum anderen stellt sich die Frage nach der Ausgestaltung der Vernetzung und der Zugänglichkeit des Netzwerkes.

#### ▪ Übersicht über bestehende Lücken

Die Dokumentenanalyse, die Auswertungen der vorhandenen Leistungs- und Finanzkennzahlen und statistischen Daten und die Interviews ergaben verschiedene Hinweise auf Schwachstellen und Lücken im bestehenden ambulanten Angebot. Diese werden in den folgenden Abschnitten und im folgenden Kapitel ausführlicher beschrieben. In diesem Abschnitt wird zunächst nur eine Übersicht erstellt. Ein wesentliches Ergebnis der Studie ist es nämlich, dass zwei andere grundlegende Themen die Bedeutung der noch

bestehenden Lücken überlagern: die Frage der Ausgestaltung der Vernetzung und letztlich insbesondere auch die Frage der Finanzierung. Finden sich auf diese beiden Fragen Antworten, werden auch die Lücken in den Angeboten leichter zu schliessen sein.

#### ▪ **Pflegerische Versorgung**

Im Bereich der Kerndienstleistung Pflege, welche von den Spitexorganisationen erbracht und mit der Krankenversicherung abgerechnet wird, ergaben sich keine Hinweise auf eine eigentliche Unterversorgung im Kanton Schwyz. Eine Ausnahme bildet die in verschiedenen Regionen fehlende Nachtdeckung, die in diesen Regionen noch nicht systematisch, aber in wichtigen Fällen wie der Begleitung Sterbender bereits vereinzelt wahrgenommen wird. Das Umsetzungskonzept Palliative Care hat aber bereits Anstoss zu einer Überprüfung des Angebots gegeben. Verbesserungspotenzial bei den Pflegeleistungen der öffentlich-gemeinnützigen Spitex wurde in einem Ausbau der Bezugspflege vor Ort bei den Klientinnen/-en und in einer einheitlicheren Ausgestaltung der Abendabdeckung gesehen. Gelegentlich kommt die öffentlich-gemeinnützige Spitex in Einzelsituationen an Kapazitätsgrenzen, diese wurden aber weder als durchgehend noch als gravierend beschrieben.

Im Bereich der pflegerischen Versorgung wurde in Kapitel 2.5 ein weiteres Verbesserungspotenzial aufgezeigt, welches aber vor allem im Zusammenhang mit den Leistungsaufträgen und der Finanzierung der Spitexorganisationen steht. Die besondere Situation der Pflege und Betreuung zu Hause verlangt von der Spitex eine Flexibilität und Lösungsansätze zur Koordination und Stabilisierung, die oft nur ungenügend über den Leistungskatalog der Krankenversicherung abgedeckt sind. Ähnliches gilt für Interventionen in einer häuslichen Umgebung oder innerhalb des «Betreuten Wohnens» bei Personen, die noch nicht Spitexklientinnen/-en sind und bei denen Dauer und Umfang der Intervention in keinem vernünftigen Verhältnis zum Aufwand für das Assessment mit RAI-HC stehen würden. Die pflegerische Versorgung scheitert nicht an den Kompetenzen der Spitex und sie wird in individuellen Fällen sogar von ihr entgegen der betriebswirtschaftlichen Logik und ohne entsprechenden expliziten Leistungsauftrag wahrgenommen. Hier besteht ein grundsätzlicher Klärungsbedarf.

#### ▪ **Nicht-pflegerische Leistungen**

Ein substantieller Handlungsbedarf ergibt sich sowohl aus der Dokumentenanalyse wie auch aus den Interviews im Bereich der nicht-pflegerischen Leistungen, d.h. der Betreuung, Begleitung, Koordination und Unterstützung in der «Haushaltsführung» im erweiterten Sinn. Die meistgenannten treibenden Faktoren für den steigenden Bedarf sind: Anstieg der Hochaltrigkeit, Zunahme der Anzahl an Demenz erkrankter Personen, veränderte Haushaltssituationen, zu erwartender Rückgang des Potenzials der Angehörigenpflege, Zunahme von psychischen Erkrankungen, ein steigender Unterstützungsbedarf in Familienhaushalten mit Kindern, Förderung der ambulanten Palliative Care.

Viel grösser sind jedoch die Unterschiede in der Beurteilung der Angebotsentwicklung und notwendiger Massnahmen zur Schliessung von Angebotslücken. Auf der einen Seite gibt es die Haltung, die Angebotsentwicklung dem Markt zu übertragen. Auf der anderen Seite gibt es mindestens vier substantielle Bereiche, in denen Angebote via Leistungsaufträge subventioniert sind: Hauswirtschaft, Entlastung pflegender Angehöriger, Fahrdienst, Sozialberatung. Über den Bundesbeitrag nach AHVG werden auch bestimmte Einsätze von Freiwilligen im Altersbereich wie z.B. Besuchsdienste mitfinanziert. Hinzu kommen weitere vom Umfang her aber kleinere Leistungsaufträge wie z.B. der Treuhanddienst oder Mahlzeitendienst oder Leistungsverträge mit Gesundheitsligen wie die Krebsliga oder spezifische Vereinigungen. Jeder Leistungsauftrag ist mit gewissen Kriterien zur Zielgruppe und Angebotsstruktur und zum Teil auch mit Budgetobergrenzen versehen.

#### ▪ **Lücken im Zusammenspiel**

Das heutige Zusammenspiel zwischen Markt und subventionierten Leistungen hat zwar, wie Kapitel 2.6 und die voranstehende Aufzählung zeigen, eine breite Angebotspalette im Bereich der Betreuung und

Unterstützungsleistungen hervorgebracht. Aber im Zusammenspiel bleiben Lücken in der Abdeckung und der Inanspruchnahme. Wesentliche Gründe, die auch in den Interviews mehrfach genannt wurden, sind die Überforderung von Klientinnen/-en und ihrer Angehörigen angesichts der Angebotsvielfalt, eine fehlende Koordination und Durchlässigkeit der Angebote wie auch die Tatsache, dass die Klientinnen/-en wenige Leistungen aus einer Hand bekommen,<sup>39</sup> eine Asymmetrie zwischen Preisstruktur und Zahlungsvermögen resp. -bereitschaft und nicht zuletzt auch die schlichte Tatsache, dass die Leistungen, welche Angehörige heute erbringen, nicht ersetzt werden können.

#### ▪ **Entlastung pflegender Angehöriger**

Von grosser Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Entlastung pflegender Angehöriger. Zwar wurde eine wichtige Lücke, wie die Entwicklung der Leistungszahlen des SRK Entlastungsdienstes zeigt, in der stundenweisen Entlastung von Angehörigen durch den Einsatz von Pflegehelferinnen vor Ort geschlossen. Dies müssen allerdings drei Tage im Voraus angemeldet werden, so dass eine Lücke bei kurzfristigen Einsätzen in Notfallsituationen bleibt.

In anderen Bereichen aber weisen der interkantonale Vergleich und die Interviews auf einen Nachholbedarf im Kanton Schwyz hin. Dies gilt beispielsweise für die Anzahl (planbarer) Ferienbetten und Plätze für Kurzaufenthalter oder für das Angebot und die Finanzierung von Tages- und Nachtstrukturen. Sie betrifft auch den Ausbau und die Förderung einer an der Basis verankerten Durchlässigkeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

#### ▪ **Fehlende Serviceleistungen bei alternativen Wohnformen**

In den Interviews mit den Klientinnen und Klienten zeigte sich eine grosse Akzeptanz und Aufmerksamkeit gegenüber alternativen Wohnformen und dem Konzept «Betreutes Wohnen». Die Bedeutung der Entwicklung alternativer Wohnformen wurde auch in den übrigen Gesprächen hervorgehoben. Im Kanton Schwyz wurden und werden einzelne Bauvorhaben im Bereich Alterswohnungen und Mehrgenerationenhäuser bereits umgesetzt oder sind in Planung. Ein detailliertes Monitoring konnte im Rahmen der vorliegenden Studie nicht geleistet werden. Deutlich sichtbar wurden aber noch konzeptionelle Lücken in der Bereitstellung und Finanzierung von notwendigen Serviceleistungen, in der Einbindung von Freiwilligenarbeit oder der Integration dieser neuen Wohnformen in die Ergänzungsleistungen.

#### ▪ **Lücken in der Koordination**

Überlagert werden die Lücken in den einzelnen Bereichen von einem Defizit, das in den Interviews wiederholt angesprochen wurde: Es fehlt eine übergreifende Koordination und Vernetzung. Wie kann einer zu späten Inanspruchnahme von Leistungen begegnet werden? Wer schreitet gegen eine schlechte oder fehlende Koordination von Leistungen ein? Wer vermittelt angesichts der bestehenden Unübersichtlichkeit einen Überblick über die Vielzahl an Angeboten und Anbietern mit teilweise sehr spezifischen Angebotsstrukturen und Bedingungen für eine Inanspruchnahme? Wie lassen sich bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Angebotsentwicklung mögliche Synergien zwischen verschiedenen Anbietern erkennen und Doppelspurigkeiten vermeiden? Wie lässt sich verhindern, dass bestimmte Ansätze gleichzeitig an verschiedenen Orten entwickelt werden, während andere Themen, von denen alle wissen, dass sie einen entscheidenden Einfluss auf die Qualität der Angebote haben, wie eine heisse Kartoffel liegen bleiben? Wie gelingt eine Vernetzung, welche nicht nur konzeptionell und auf der Führungsebene besteht, sondern auch an der Basis und im Alltag gelebt wird?

---

<sup>39</sup> Sie können dies nur bei einer bestimmten Zahlungsfähigkeit selbst steuern.

#### 4.2.2 Eine bessere Vernetzung der ambulanten (und stationären) Angebote

In verschiedenen Regionen des Kantons Schwyz und auf verschiedenen Ebenen wurden bereits Netzwerke, Informations- und Anlaufstellen geschaffen, um die Koordinations-, Informations- und Vernetzungsprobleme anzugehen und zu lösen. Diese wurden in Abschnitt 2.6.2 dargestellt. Sie stellen wertvolle Ansätze und Koordinationsstellen dar, deren Wirksamkeit aus Sicht der Studie und auf der Basis der Ergebnisse der Interviews aber durch eine Erweiterung, Koordination und thematische Öffnung gestärkt werden könnte.

##### ▪ Ein tragfähiges Netzwerk von Leistungserbringern

In der Öffentlichkeit hat heute jede Person einen mehr oder weniger klaren Begriff davon, was ein Spital oder ein Pflegeheim ist und leistet. Sie hat ein Bild darüber, was für sie mit dem Eintritt in eine solche Institution verbunden ist. Die Bilder sind heute ebenfalls einem dynamischen Wandel unterworfen, sowohl im Spital- wie auch im Pflegeheimbereich. Aber es sind fassbare Bilder von konkreten Institutionen.<sup>40</sup>

Stellt man sich die Frage, was die ambulante Pflege und Betreuung zu Hause ist, dann ist die Antwort viel schwieriger und nicht eindeutig. Die Spitex? Pro Senectute, SRK, Alzheimervereinigung, Krebsliga, Betreuungsdienste, Freiwilligengruppen? Das Bild einer guten ambulanten Versorgung zu Hause ist nicht mit einer einzelnen Organisation zu fassen. Vieles muss zusammenspielen, um letztlich eine tragfähige Versorgung sicherzustellen.

Die «Organisation», die im Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung das Pendant zum Spital und dem Pflegeheim im stationären Bereich bildet, ist das Netzwerk. Sie ist ein konkretes, präzise umschriebenes Netzwerk von Leistungserbringern (Spitex, Fahrdienst, Tagesstätten, Freiwilligendienste, etc.), bei denen die Funktion und nicht der individuelle Organisationsname im Vordergrund steht. Diese werden je nach Region und Aufbau des Netzwerkes variieren, weil verschiedene, teilweise auch lokale oder regionale Trägerschaften zentrale Aufgaben des Netzwerkes übernehmen können.

Die Person, die sich für eine ambulante Pflege und Betreuung zu Hause entscheidet, muss wissen, dass sie im Kanton Schwyz auf ein Netzwerk von Leistungen zurückgreifen kann, die eine tragfähige Lösung bieten: Pflege, Betreuung, Entlastung, Hauswirtschaft, Tagesstätten, Ferienbetten, Sozialberatung, Finanzberatung, Notruf, Fahrdienst, Ergänzungsleistungen, individuelle wirtschaftliche Einzelfallhilfe, Nachbarschaftshilfe, Besuchsdienste, Sterbebegleitung und weitere mehr.

Analog zur Versorgungssicherheit in der stationären Langzeitpflege, die über die Pflegeheimplanung der öffentlichen Hand sichergestellt wird, wird diese in der ambulanten Pflege über ein tragfähiges Netzwerk sichergestellt. Die Öffentlichkeit sollte sensibilisiert sein, dass beispielsweise Tagesstätten, Ferienbetten oder der Einbezug von Freiwilligen ein ebenso selbstverständlicher Teil einer gelingenden Versorgung sind wie Spitex oder ein Betreuungsdienst. Je nach individueller Ausgangssituation werden die betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen und Angehörigen nur einen kleinen Teil dieser Leistungen in Anspruch nehmen müssen. Aber sie wissen, dass sie bei Bedarf in ihrer Versorgungsregion auf ein solches Netzwerk zurückgreifen können und welche Zugänge es zu diesem Netzwerk gibt.

Angesichts einer zum Teil gar nicht bekannten bereits bestehenden Angebotsvielfalt und klar zu umschreibenden Lücken ist man heute gar nicht so weit entfernt von einem solchen Netzwerk. Es fehlt jedoch an einer gezielten Führung, Koordination und einem konzentriertem Vorgehen beim Schliessen von Angebotslücken.

---

<sup>40</sup> Das Bild der Regionalspitäler ist zum Beispiel allein durch die grössere Wahlfreiheit der Patienten und die mittelfristigen Wirkungen der Fallpauschalen auf ihr Leistungsspektrum in einem Wandel begriffen. Die Pflegeheime werden sich in Zukunft noch stärker öffnen und Aufgaben in der Versorgung eines Quartiers und anderer Einrichtungen übernehmen, so dass auch hier neue Bilder entstehen.

### ▪ **Zugang zu Informationen und Transparenz über Finanzierung**

Das Netzwerk muss so aufgebaut und leistungsfähig sein, dass eine Person in wenigen Schritten an die richtigen Informationen gelangt, mit denen sie ihr Problem lösen kann, oder entsprechende Unterstützung findet, unabhängig davon, an welcher Stelle sie in das Netzwerk einsteigt.

Viele Menschen informieren sich erst spät über die konkreten Finanzierungsbedingungen der Langzeitpflege. In der heutigen Mischfinanzierung der stationären Langzeitpflege durch die öffentliche Hand, Krankenversicherung, Hilfenentschädigung, Patientenbeteiligung, Eigenleistungen für Heim- und Betreuungstaxe, Ergänzungsleistungen ist die Finanzierung eines angemessenen Heimplatzes einkommens- und vermögensunabhängig sichergestellt. Spätestens mit der Abklärung eines Heimeintritts werden sich die Beiträge der verschiedenen Kostenträger für die konkrete individuelle Situation klären.

Im ambulanten Bereich hingegen gestaltet sich der Finanzierungsmix komplexer. An die Seite der Restfinanzierung der Pflege durch die öffentliche Hand treten im ambulanten Bereich noch verschiedene Leistungsverträge, die eine kostenlose oder vergünstigte Inanspruchnahme von als essentiell erachteten Leistungen wie Sozialberatung, Hauswirtschaft, Entlastungsdienst oder Fahrdienst ermöglichen. Ein weiterer Teil der Leistungen ist zu einem substantiellen Teil via Spenden oder Mitgliederbeiträge finanziert. Die Hilfenentschädigung und Ergänzungsleistungen sind wie im stationären Bereich wichtige Träger einer subjektorientierten Pflegefinanzierung. Doch werden diese Leistungen trotz einer engagierten Informationspolitik der Ausgleichskasse und von Pro Senectute in vielen Fällen im ambulanten Bereich immer noch als «Almosen» oder «Sozialleistung» betrachtet und es fehlt ein klar definierter Moment wie ein Heimeintritt zur Abklärung von Ansprüchen.

Letztlich sind auch die konkreten Ausführungsbestimmungen, welche Leistungen unter die Krankheits- und Behinderungskosten der Ergänzungsleistungen fallen, im ambulanten Bereich ein Stück komplexer. Zuletzt gibt es auch noch eine Vielzahl von individuellen wirtschaftlichen Einzelfallhilfen wie Erlass von Eigenbeteiligungen oder Beiträge von Fonds oder Stiftungen. Ein Teil des Bildes eines tragfähigen Netzwerkes der ambulanten Pflege und Betreuung ist eine Sensibilisierung sowohl der Öffentlichkeit wie auch der Mitarbeitenden an der Basis der Leistungserbringer, wie tragfähig dieses Netz auch im ambulanten Bereich ist, dass es Teil der schweizerischen Pflegefinanzierung ist wie die Berechtigung von Ansprüchen rasch abgeklärt werden kann.

Teil der Informationspolitik ist es aber auch, transparent auf Leistungen hinzuweisen, die allein dank Spenden(mit)finanzierung oder durch Freiwilligenarbeit erbracht werden können und Lücken in der Versorgung schliessen.

### ▪ **Notwendigkeit einer kantonalen Fach- und Koordinationsstelle und einer intergenerationellen Perspektive regionaler Anlaufstellen**

Das Bild eines tragfähigen Netzwerkes ambulanter Pflege und Betreuung ist in einem ersten Schritt kantonsübergreifend zu erarbeiten und zu verankern. In den ersten Jahren müsste die Erarbeitung mit der Anbindung an eine neutrale Fachstelle und Koordinationsstelle zwischen den Leistungserbringern auf kantonaler Ebene verbunden sein.

Die bestehenden regionalen Netzwerke, Koordinations- und Anlaufstellen haben bereits mit der konkreten Umsetzung und Verankerung regionaler Vernetzungen begonnen. Sie bringen die Leistungserbringer und damit konkrete Organisationen ins Spiel und ermöglichen die Koordination und Zusammenarbeit vor Ort. In der regionalen Ausgestaltung wird die Vielfalt bestehender Angebote sichtbar und es kann aufgezeigt werden, dass es für bestimmte Themen unterschiedliche Lösungen gibt, die gemäss den individuellen Präferenzen der Bezüger/-innen gewählt werden können.

Aufgrund der Bevölkerungsdichte des Kantons Schwyz und der geografischen Gliederung in verschiedene Talschaften, stellt sich die Frage, in wie weit diese regionalen Netzwerke und Anlaufstellen themenspezifisch ausgerichtet sein können und sollen. In Kapitel 2 wurde auf der Basis der publizierten Daten versucht, ein «Mengengerüst» bezüglich der Nachfrage verschiedener Zielgruppen in Themenbereichen

wie zeitlich beschränkte ambulante Nachsorge im Anschluss an einen Spitalaufenthalt, Palliative Care, Demenz, Pflege und Betreuung im Sinne der Langzeitpflege zumindest grob aufzuzeichnen. Kapitel 2 ist aber an ganz klare Grenzen gestossen. Es hat aufgezeigt, wie wichtig eine Verbesserung der Datenlage und des Monitoring der Angebots- und Nachfrageentwicklung im ambulanten Bereich sowie zusätzliche Auswertungen im stationären Bereich sind.

#### ▪ **Intergenerationelle Perspektive**

Die heutige Datenlage reicht nicht aus, um die Frage nach der zu erwartenden Auslastung dieser regionalen, oft alters- oder themenspezifischen Anlaufstellen zu beantworten. Geht man aber von der Breite der Zielgruppen der ambulanten Pflege und Betreuung und der Tatsache aus, dass sich die Problematik der Koordination von Leistungen, der Absicherung von Betreuung und nicht-pflegerischem Unterstützungsbedarf, der Übergänge zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, der Entlastung, der Begleitung in der letzten Lebensphase, der Sozial- und Finanzberatung unabhängig vom Alter der Betroffenen und Auslöser des Unterstützungsbedarfs stellt, dann schlägt dieser Bericht vor, die Anlaufstellen mittelfristig in Richtung einer intergenerationellen Informationsstelle für Pflege und Betreuung zu öffnen. Dies würde ihre Sichtbarkeit, Verfügbarkeit und Auslastung wesentlich erhöhen und Vertretungen bei Abwesenheiten erleichtern. Auch wenn eine solche regionale intergenerationelle Informationsstelle zum Beispiel formal und organisatorisch bei der Stelle eines Altersbeauftragten, der Spitex, des SRK, der Pro Senectute angehängt ist, dürfte die Existenz einer neutralen Fach- und Koordinationsstelle auf kantonaler Ebene sowie die bereits bestehende hohe Dichte von Fachleuten und Fachstellen im nächsten Glied des Netzwerkes eine rasche Triage und Weiterbearbeitung von Problemen ermöglichen. Eine Öffnung der Anlaufstellen wie auch der Netzwerkstrukturen in einer intergenerationellen Perspektive macht auch deutlich, dass Pflege und Betreuung lebenslaufübergreifende Themen sind, die oft zu stark mit dem Alter verknüpft oder auch ein Stück weit «ins Alter verdrängt» werden.

#### ▪ **Bessere Vernetzung bestehender Angebote**

Geht man von dem Ziel tragfähiger Netzwerke für ambulante Pflege und Betreuung im Kanton Schwyz aus, um die übergeordneten Ziele der Altersleitbilder und Pflegeheimplanung umzusetzen, dann finden sich trotz guter Ansätze auf kantonaler und regionaler Ebene deutliche Hinweise, dass die Vernetzung zu langsam und zum Teil zu wenig durchgreifend erfolgt. Die Akteure und Organisationen, die interviewt wurden, wünschen sich eine bessere Vernetzung und stehen dafür auch ein. Gleichzeitig wurde in der Gesprächen deutlich, wie schwierig es für die beteiligten Organisationen im Alltag ist, die zeitlichen Ressourcen dafür freizustellen. Sie stossen zugleich an die Problematik eigener und fremder Partikularinteressen, die sie im Sinne ihrer Patienten- und Klienten-Orientierung zwar gerne überwinden würden, aber als einzelne Organisation nicht auflösen können. In den Interviews wurde wiederholt der Wunsch nach einer neutralen und fachlichen Unterstützung und Koordination geäußert. Allen Beteiligten ist bewusst, dass eine erfolgreiche Vernetzung, welche auch an der Basis der Mitarbeitenden verankert ist, erhebliche Investitionen erfordert.

Es fehlt aber deutlich spürbar eine Übersicht, von welchen Investitionen notwendigerweise ausgegangen werden müsste, wie lang die Realisierungsräume für eine erfolgreiche Prozessentwicklung sind und wer die Verantwortung übernehmen könnte, dass wiederkehrende Probleme in der Vernetzung einer Lösung zu geführt werden. Es fehlen Führung und Koordination sowie ein Handlungsrahmen, der es erlaubt, grundsätzliche Probleme der Vernetzung mit entsprechenden zeitlichen und finanziellen Ressourcen zu lösen. Angesichts langer Vorlaufphasen im stationären Bereich müsste im ambulanten Bereich jetzt eine Entwicklung einsetzen, um das gewünschte Ziel im Jahr 2025 zu erreichen.

#### ▪ **Beispiel Versorgungskonzept Palliative Care**

Als positives Beispiel könnten das Versorgungskonzept und das Umsetzungskonzept Palliative Care im Kanton Schwyz dienen. Im Bereich Palliative Care wurden klare Ziele definiert und koordiniert Massnahmen auf verschiedenen Ebenen umgesetzt. Ein wichtiger Schritt war der Aufbau eines Kompetenz-



zentriert am Spital Schwyz. In der Aus- und Weiterbildung von Personal spielt bereits die bereichsübergreifende Zusammenarbeit. Ein wichtiger Teil der ambulanten Versorgung wird neben dem Aufbau eines mobilen Palliativdienstes der Aufbau einer Nachtdeckung im Rahmen der Versorgung durch die Spitex-Basisorganisationen sein.

Beurteilt man die Vernetzung der Angebote im Bereich Palliative Care von dem Teilziel her, dass ein grösserer Anteil Menschen zu Hause begleitet sterben kann, dann wird deutlich, dass sich diese Frage nicht allein in den letzten Lebenstagen entscheidet. Die Weichenstellung erfolgt oft bereits viel früher, wenn sich zeigen muss, ob ein vorhandenes ambulantes Netzwerk dauerhaft zur Verfügung steht und Beziehungen zu unterstützenden Strukturen geknüpft werden können, die dann auch in der letzten Lebensphase tragen. Viele Elemente einer umfassenderen ambulanten Strategie und Vernetzung dürften bereits im Palliativkonzept angelegt sein. Und umgekehrt: ein tragfähiges Gesamtkonzept wird die Chancen für Menschen, nicht nur länger zu Hause gepflegt und betreut werden, sondern damit auch in der eigenen Wohnung oder im privaten Umfeld zu sterben, stark erhöhen.

#### **4.2.3 Ein ausgebautes Monitoring der Bedarfs- und Angebotsentwicklung**

In den Kapiteln 2 und 3 wurden die publizierten Daten und Statistiken sehr ausführlich ausgewertet, um Potenzial und Grenzen der vorhandenen Statistiken für eine Überprüfung der Bedarfs- und Angebotsentwicklung auszuloten.

Im Bereich der stationären Langzeitpflege sind mit der medizinischen Statistik und der SOMED gute Datengrundlagen bzw. Datenstrukturen vorhanden. Diese gehen auf anonymisierte individuelle Falldaten zurück, so dass sich wichtige Merkmale von Patientengruppen, Patientenströme zwischen Versorgungsbereichen oder auch Strukturen von Patientenpfaden durch Zusatzauswertungen herausarbeiten lassen. Zur Überprüfung der gewünschten erhöhten Durchlässigkeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung oder der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bei Heimeintritt in Abhängigkeit von der Angebotsentwicklung, dem Zeitpunkt des Eintritts und der Entwicklung des allgemeinen Gesundheitszustands der älteren Bevölkerung sind Datengrundlagen vorhanden, die durch neue standardisierte jährliche Auswertungen ausgeschöpft werden können.

##### **▪ Ungenügende Datenlage im ambulanten Bereich**

Im Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung ist die Datenlage für ein Monitoring der Angebots- und Bedarfsentwicklung schwieriger. Zum einen ist dies mit der Vielzahl von Anbietern mit völlig unterschiedlichen Systemen und Standards für die Erfassung von Klientinnen/-en und Leistungszahlen verbunden. Zum anderen schöpft die heutige Spitexstatistik auf nationaler wie auch kantonaler Ebene die im Rahmen der Pflegeassessments, Pflegeplanung und Leistungserfassung elektronisch erfassten Daten in keiner Weise aus. Die öffentlichen-gemeinnützigen Spitexorganisationen im Kanton Schwyz verfügen dank elektronisch erfasstem RAI-HC Assessment und einer differenzierten Leistungserfassung über die Datengrundlagen, die über neue standardisierte Datenbankabfragen ein Monitoring der auf verschiedene Zielgruppen ausgerichteten Angebotsentwicklung und Nachfrage erlauben würden. Dieses konnte mit den im Rahmen dieser Studie zur Verfügung stehenden Mitteln nicht aufgebaut werden.

In Kapitel 3 wurde anhand der in der Studie von Höpflinger (2012) definierten Pflegequoten eine Abschätzung der im Kanton Schwyz zu Hause gepflegten Menschen vorgenommen. Ausgehend von einer errechneten Zahl von rund 800 Pflegebedürftigen 2011 wäre ein Abgleich mit den Leistungszahlen der Spitex interessant, um diese Zahl in einen Kontext zu stellen und darauf aufbauend u.a. eine Abschätzung vorzunehmen, wie viele Menschen allein von Angehörigen ohne Beteiligung der Spitex zu Hause gepflegt werden. Aus der Finanzierungsperspektive wäre es interessant, mehr über die Spitex-Leistungsprofile für die Zielgruppe der langzeitpflegebedürftigen Menschen zu erfahren, einerseits mit Blick auf die Einsatzprofile in der Pflege und die Rolle der Hauswirtschaftsleistungen, andererseits mit Blick auf den Anteil am gesamten Leistungsspektrum der Spitex für alle Zielgruppen. Welchen Einfluss

haben die Entwicklungen in der Akutversorgung (auch hier mit der Strategie ambulant vor stationär und einer verkürzten Aufenthaltsdauer in den Spitälern), welchen diejenigen in der Langzeitpflege?

Für die weitere Angebotsentwicklung an allen Knoten des Netzwerkes ambulante Pflege und Betreuung und auch für die gemeinsamen Strukturen ist es zentral, welche Auslastung zu erwarten ist. Dies gilt unter anderem auch für die Entscheidung zwischen dem Grad einer regionalen und themenspezifischen Ausdifferenzierung von Koordinations- und Anlaufstellen und der Integration in eine intergenerationelle Perspektive und Förderung einer überregionalen Zusammenarbeit.

#### ▪ **Bedeutung der Ergänzungsleistungen und der Hilflosenentschädigung**

Eine weitere interessante Auswertungsdimension betrifft die Inanspruchnahme der Hilflosenentschädigung und der Ergänzungsleistungen für die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten im ambulanten Bereich. Beide sind wichtige Pfeiler einer zum Teil subjektorientierten Pflege- und Betreuungsfinanzierung in der Schweiz und sollen eine gewisse Wahlfreiheit zwischen ambulanter und stationärer Langzeitpflege unabhängig vom Einkommen und Vermögen eines Haushalts sicherstellen. In der Statistik der Ergänzungsleistungen werden die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten nicht entlang der vier Dimensionen zu Hause/im Heim und AHV/IV aufgeschlüsselt. Eine erste evaluative Auswertung der Ausgleichskasse Kanton Schwyz der Zahlungen für 2012 anhand des Rechnungsbetreffs deutet darauf hin, dass ein Grossteil der Zahlungen für die Rückvergütung von Franchisen und Selbstbehalten sowie Zahnarzt- oder Zahntechnikerkosten erfolgt. Im AHV-Bereich fliesst ein Anteil von rund sechs Prozent in die Rückvergütung von privaten Haushaltshilfen oder Hauswirtschaftsleistungen anerkannter Organisationen. Ein Monitoring der Inanspruchnahme und damit der Wirksamkeit von Ergänzungsleistungen auch im Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung wäre durch eine standardisierte, differenzierte Auswertung der Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten möglich.

### **4.3 Alternative Wohnformen und Betreutes Wohnen**

In den Interviews wie auch aus den schriftlichen Planungsgrundlagen wird einstimmig auf die Bedeutung eines Ausbaus von neuen Wohnformen und ambulanten Dienstleistungen hingewiesen. In Bezug auf den Bau von Alters- oder Mehrgenerationenwohnungen fanden sich in den Interviews unterschiedliche Positionen. Mehrheitlich wurde die Meinung vertreten, dass die Erstellung grösstenteils privaten Trägern überlassen werden kann und dass in den nächsten Jahren ein entsprechendes Angebot entstehen wird. Die Gemeinden sollten hier höchstens sanft steuernd über Rahmenbedingungen bei den Bebauungsplänen oder ähnliche Massnahmen eingreifen. Ob diese Erwartung plausibel ist, dass ohne Eingriff der Gemeinden und des Kantons in den nächsten Jahren ein differenziertes Angebot in verschiedenen Preissegmenten entstehen wird, konnte im Rahmen dieser Studie nicht überprüft werden.<sup>41</sup> Das kantonale Gesetz über soziale Einrichtungen (SEG) liesse wahrscheinlich einen Baubeitrag des Kantons auf der Grundlage eines Regierungsratsentscheids im Prinzip auch für «Alterswohnungen mit Pflegeleistungen, Pflegewohngruppen oder ähnliche Formen des betreuten Wohnens» zu.

#### ▪ **Bedarf an Serviceleistungen**

Deutlich weniger Hinweise fanden sich in den Dokumenten und in den Interviews zum Stand der Konzeptentwicklung bezüglich Serviceleistungen und Sicherheit innerhalb des Betreuten Wohnens sowie zur Preisstruktur und Finanzierung der Serviceleistungen. Für Wohnungen in unmittelbarer Nähe eines Pflegeheims werden diese im Kanton Schwyz zurzeit häufig durch Pflegeheime allein oder zum Teil auch in geteilter Abdeckung gemeinsam mit der Spitex sichergestellt. Dies scheint sich zum Teil recht gut einge-

---

<sup>41</sup> Eine entsprechende Erhebung wurde für die Versorgungsregion 1 des Kantons Luzern durch die Hochschule Luzern im 2013 durchgeführt.

spielt zu haben, zum Teil streben Pflegeheime selbst eine Spitexbewilligung an, um zusätzliche Flexibilität zu erhalten. Unklar ist, wie dies für Alterswohnungen aussieht, die nicht von dieser Nähe profitieren, oder für bestehende Siedlungen und Genossenschaften mit einem grossen oder wachsenden Anteil alter Menschen.

In anderen Kantonen und im Ausland wurden bereits gut dokumentierte Modellprojekte zu neuen Wohnformen durchgeführt. Wichtige Elemente sind die Vernetzung mit dem Quartier und dem Wohnumfeld sowie der Einbezug von Freiwilligenarbeit. Vielfältige Best-Practice Beispiele finden sich unter anderem unter den Förderbeiträgen oder den Fokusthemen der Schweizerischen Age-Stiftung oder auf der europäischen «Integrated Service Areas Platform».<sup>42</sup> Auf eine Dokumentation für im Kanton Schwyz umgesetzte Best-Practice Beispiele sind wir im Rahmen der Studie nicht gestossen.

#### 4.4 Entlastung pflegender Angehöriger

Eine zentrale Herausforderung, die wiederholt in den Interviews geäussert wurde, ist die Sensibilisierung der Angehörigen, rechtzeitig Hilfe in Anspruch zu nehmen. Oft warten diese zu lange, bevor sie Hilfe in Anspruch nehmen.

Die Leistungsverträge der Gemeinden mit dem Entlastungsdienst des Schweizerischen Roten Kreuzes werden als wichtiges Element in der Entlastung pflegender Angehöriger wahrgenommen und geschätzt.<sup>43</sup> Der Bekanntheitsgrad und die Inanspruchnahme scheinen aber regional uneinheitlich zu sein. Die Zusammenarbeit mit den Spitex-Basisorganisationen ist unterschiedlich intensiv, dementsprechend die Verankerung an der Basis der Spitexmitarbeitenden. Ähnliches gilt auch für die Zusammenarbeit zwischen Spitex und dem Haushaltsservice der Schwyzer Bäuerinnenvereinigung.

Mit dem Wachstum der privaten Spitexorganisationen und Betreuungsdienste haben sich weitere alternative Betreuungs- und Entlastungsangebote eröffnet. Diese werden allerdings zu nicht subventionierten Preisen verrechnet. Die Spitex-Basisorganisationen zeigen eine unterschiedliche Offenheit für die Zusammenarbeit mit privaten Diensten und greifen dementsprechend unterschiedlich intensiv auf solche Angebote zurück.

Nicht abgedeckt sind kurzfristige Entlastungen in Notfallsituationen, bei Erkrankung, kurzfristigem Ausfall oder Verhinderung der eigentlichen Betreuungsperson. Hier fehlt eine der Kinderbetreuung zu Hause (SRK Kanton Schwyz) entsprechende Dienstleistung, die über eine 24 h Hotline erreichbar ist.

##### ▪ Die Bedeutung der Freiwilligenarbeit

In verschiedenen Konstellationen entlasten auch Freiwillige pflegende Angehörige. Die Angebote reichen von Besuchsdiensten in «einfachen» Situationen über begleitete Angehörigen- oder Selbsthilfegruppen bis hin zur Begleitung Schwerkranker und Sterbender. Viele Angebote sind lokal oder regional verankert. Das Verhältnis von Angebot zur Nachfrage konnte im Rahmen der Studie nicht evaluiert werden. Die Neugründung eines Besuchsdiensts durch das SRK 2013 sowie wiederholte Aussagen zur «knappen Ressource» Freiwillige in den Interviews könnten auf einen nicht gedeckten Bedarf hinweisen.

Kontrovers in den Interviews wird das Potenzial von Freiwilligeneinsätzen in komplexeren Situationen beurteilt, wie sie sich zum Beispiel in einer längerfristigen Begleitung von Demenzkranken oder Schwerkranken (zu einem früheren Zeitpunkt als in der eigentlichen Sterbephase beginnend) stellt. Aufgrund ihrer im Vergleich zu den enger getakteten und geplanten Einsätzen der Spitex höheren Flexibilität

---

<sup>42</sup> Siehe <http://www.age-stiftung.ch/und> <http://www.isa-platform.eu/news.html>.

<sup>43</sup> Gesundheitsverordnung vom 16. Oktober 2002 (GesV, SRSZ 571.11), § 15 Abs. 2. Spitex und Entlastungsdienst: Jede Gemeinde stellt ein Angebot für die Hauskrankenpflege, die hauswirtschaftlichen Dienste sowie den Entlastungsdienst für betreuende und pflegende Angehörige sicher. Sie kann weitere Dienstleistungen anbieten.

und einer anderen Rolle in der Beziehung zum Pflegebedürftigen und auch den Angehörigen könnten gerade Freiwillige eine wertvolle Ergänzung zur professionellen Pflege auch in komplexeren Situationen sein. Dies verlangt aber eine sorgfältige Koordination und Einführung der Freiwilligeneinsätze, einen engen Informationsaustausch und eine geeignete Aus- und Weiterbildung. Angehörige und Pflegebedürftige wie auch die professionellen Leistungserbringer sollten nicht nur Kenntnis über bestehende Angebote haben, sondern auch über die spezifischen Voraussetzungen für eine gelungene Einbindung von Freiwilligenarbeit. An welchen Standards zur Koordination, Vermittlung, Aus- und Weiterbildung von Freiwilligen sich die verschiedenen Freiwilligenorganisationen im Kanton Schwyz orientieren, konnte in der Studie nicht erhoben werden. In den Interviews wurde die Befürchtung geäußert, dass ohne die Grundlage eines klaren Konzepts das Potenzial der formellen Freiwilligenarbeit als Kompensation für einen Rückgang der Angehörigenpflege überschätzt wird, bzw. gar nicht ausgeschöpft werden kann.

#### ▪ **Lücken bei der Entlastung von pflegenden Angehörigen**

Bei den externen Entlastungsangeboten wurde die Unterversorgung im Bereich der (planbaren) Ferienbetten und Entlastungsplätze in Pflegeheimen, welche wiederholt in den Interviews angesprochen wurde, bereits erwähnt. Hier müsste die öffentliche Hand prüfen, ob durch eine gewisse Defizitgarantie oder Mitfinanzierung die Verfügbarkeit von fest planbaren Plätzen erhöht werden könnte.

In den Interviews wurde ebenfalls einheitlich auf die wichtige Bedeutung von Tages- und Nachtstrukturen für die Entlastung pflegender Angehöriger hingewiesen. Dies steht in einem scheinbaren Widerspruch zu der ungenügenden Auslastung der bestehenden Tagesstätten in Freienbach, Altendorf und Küssnacht. Diese wurde auf Nachfrage bei den Heimen einerseits mit der erst kürzlich erfolgten Reduktion der Taxen an einem der Orte, andererseits mit der Zurückhaltung der Angehörigen aus Angst vor negativen Reaktionen ihres Umfeldes, wenn sie den pflegebedürftigen Angehörigen «weggeben», begründet. Das Scheitern der privaten Tagesstätte in Brunnen wurde in den Interviews auf die kostendeckenden hohen Taxen zurückgeführt.

Es besteht ein Handlungsbedarf zunächst in der Sicherstellung der Finanzierung von Tagesstätten und dann in einem zweiten Schritt im Ausbau des Angebots, vor allem auch in der Innerschwyz. Kostendeckende Tarife für Tagesstätten mit einem gewissen Betreuungsaufwand und einem Mittagessen bewegen sich in der Grössenordnung von CHF 130 bis 160 pro Tag. Dies liegt meistens über der Zahlungsbereitschaft der Gäste und ihrer Angehörigen.

#### ▪ **Engagement der öffentlichen Hand**

Ein Vergleich mit den Tarifstrukturen anderer Kantone zeigt, dass deren Ansätze für die Eigenbeteiligung meistens unter CHF 100 liegen und die Tagesstätten vom Kanton oder den Gemeinden subventioniert werden. Die als Referenz in Bezug auf die qualitative Ausgestaltung ihres Angebots mehrfach genannte Tagesstätte «Roter Faden» in Luzern liegt mit einem Tarif von CHF 88 pro Tag, zusätzlich die Patientenbeteiligung an den Pflegekosten gemäss BESA Einstufung, ungefähr auf der Höhe der aktuellen Tarife der beiden Tagesstätten in der Ausserschwyz von CHF 90 bis 95 für Bewohner des Kantons Schwyz. Doch wird in Luzern die Tagesstätte durch die öffentliche Hand mitfinanziert und nicht durch eine Quersubventionierung aus anderen Erträgen des Pflegeheims.

In Basel-Stadt und der Stadt Zürich findet sich neben einer noch stärkeren Subventionierung durch die öffentliche Hand eine interessante Vertragsgrundlage mit den Krankenkassen. In Basel-Stadt wurde bereits vor einigen Jahren mit den Krankenkassen ein Pauschaltarif von CHF 24 (einige Krankenkassen CHF 27) ausgehandelt, welcher unabhängig von der Pflegebedürftigkeit des Tagesstätten-Klientinnen/-en gilt. In Zürich wurde vor kurzem ein Vertrag zwischen Curaviva, dem Gesundheitsdepartement der Stadt Zürich und der Verhandlungsgemeinschaft der drei Krankenkassen Helsana, KPT und Sanitas abgeschlossen, der eine einheitliche Bedarfseinstufung des Pflegebedarfs von 81 bis 100 Minuten (Stufe 5)

vorsieht. Die Versicherer übernehmen gestützt auf diese einheitliche Bedarfseinstufung Beiträge in Höhe von CHF 47.85/Tag<sup>44</sup> ab 1. Januar 2013 und CHF 45.00/Tag ab 1. Januar 2014.

In beiden Kantonen leisten Krankenversicherer damit einen höheren Beitrag an die Finanzierung der Tagesstrukturen. Zugleich müssen zur Zeit in beiden Kantonen die Klientinnen/-en keine Patientenbeteiligung zahlen, so dass der Aufenthalt insgesamt in Basel-Stadt für sie auf zwischen CHF 39 (allgemeines Tagespflegeheim) und CHF 57 (spezialisiertes Tagespflegeheim) zu liegen kommt, in Zürich in einer Tagesstätte mit Pflege- und Betreuungsangebot CHF 84. In beiden Städten findet sich gemessen an der Wohnbevölkerung ein deutlich höheres Angebot mit einer guten Auslastung.

Einen weiteren Ansatz bietet ein Ausbau der finanziellen Grundlagen über Spenden, Patenschaften und Sponsoring oder einem Engagement von Unternehmen in dem für sie auch immer bedeutender werden Feld der Vereinbarkeit von Beruf und Betreuung/Pflege (Work & Care).

Als letztes Element der Absicherung eines einkommens- und vermögensunabhängigen Zugangs zu Tagesstätten ist eine vollständige Abdeckung des Kliententarifs der Tagesstätte über die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten im Rahmen der Ergänzungsleistungen anzustreben. Die heutige Verordnung im Kanton Schwyz sieht eine nur teilweise Übernahme vor.

#### **4.5 Finanzielle Rahmenbedingungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege**

Im stationären Bereich der Langzeitpflege wurde im Kanton Schwyz eine weitgehend stabile und übersichtliche Ausgangslage geschaffen. Offen scheinen aus Sicht der Interviews und der Dokumentenanalyse zwei Themenbereiche. Zum einen stellt sich die Frage, wie sich das Verhältnis von Pflegetaxen und Betreuungstaxen im Kanton Schwyz nach der Neukalibrierung der Pflegestufen im Jahr 2012 einstellen wird. Zudem ist offen, ob die Pflegeheime mit den neuen Ansätzen kostendeckend arbeiten können. In diesen Bereich spielt auch die Überlegung hinein, wie die Pflegeheime die gewünschte Öffnung und Vernetzung mit dem Quartier und Wohnumfeld finanzieren werden. Das zweite Thema betrifft die Ergänzungsleistungen. Diese decken die Heimtaxen bei Pflegestufe 0 und die Heim- und Pflegetaxen bei den beiden obersten Pflegestufen nicht ab. Mit einer Überarbeitung der Ergänzungsleistungsverordnung soll dieser Punkt behoben werden.

##### **▪ Finanzierung des ambulanten Bereichs**

Im ambulanten Bereich ist die Ausgangssituation in der Finanzierung komplexer. Dies gilt vor allem für die Finanzierung der Betreuung, der Entlastung von pflegenden Angehörigen und für die Unterstützungsleistungen, die einen längeren Verbleib zu Hause ermöglichen und den Erhalt der Selbständigkeit fördern sollen. Diese Leistungen stehen in einem Spannungsfeld von Subventionen und Leistungsaufträgen der öffentlichen Hand, Spendenfinanzierung und Marktpreisen. Dazu trägt auch bei, dass es mit Ausnahme der national einheitlichen Hilflosenentschädigung und der in einzelnen Kantonen ausgerichteten Pflegebeiträge keine direkten Beiträge einer Sozial- oder Pflegeversicherung an diese Leistungen gibt. Bedarfsorientiert leisten die Ergänzungsleistungen ebenfalls einen Beitrag an die Finanzierung dieser Leistungen.

Auf der Ebene des Bundes scheint sich eine Plafonierung der Beiträge aus der AHV nach Art. 101<sup>bis</sup> an die Leistungserbringer und Leistungen aus dem genannten Bereich abzuzeichnen. Die Ausrichtung dieser Beiträge wird verstärkt mit der Forderung auf eine Fokussierung auf die Gruppe der «Verletzlichsten» verbunden. Auf die Kantone und Gemeinden sind mit der neuen Pflegefinanzierung erhebliche Mehrkosten zugekommen. Für den Kanton Schwyz dürften diese Mehrkosten bei schätzungsweise CHF 15 Millionen auf der Ebene Gemeinden und CHF 5 Millionen auf der Ebene Kanton betragen. Sie ergeben sich

---

<sup>44</sup> Dies ist der noch aktuelle Übergangstarif im Kanton Zürich.

aus der Summe der Kosten für die direkte Restfinanzierung der Pflege und für die Ergänzungsleistungen. Verschiedentlich wird die Frage nach den Schwerpunkten und dem Umfang der zukünftigen Beiträge der öffentlichen Hand in den Handlungsfeldern Hauswirtschaft, Betreuung, der Entlastung pflegender Angehörigen und weiterer Unterstützungsleistungen gestellt.

#### ▪ Finanzströme in der Finanzierung der Langzeitpflege

Tabelle 34 zeigt anhand einer groben Schätzung für das Jahr 2012 die wichtigsten Finanzströme in der Finanzierung der Langzeitpflege im Kanton Schwyz (ohne sozialmedizinische Institutionen und Beiträge der Invalidenversicherung). Es geht bei dieser Tabelle in erster Linie um die Grössenordnung. In Anlehnung an Tabelle 4 «Finanzierung der Gesundheitsversorgung nach Quellen und Regimes in der Schweiz» auf S. 12 fasst sie in den Tabellenspalten die wichtigsten Finanzierungsregimes Staat (Bund, Kanton, Gemeinden), Sozialversicherung (KV, UV, AHV), Bedarfsabhängige Sozialleistungen (EL zur AHV), Private Versicherungen und Private Haushalte zusammen.

**Tabelle 34** Grobe Schätzung der Finanzierungsströme Langzeitpflege (ohne IV) nach Quellen und Regimes im Kanton Schwyz, 2012 (in Mio. CHF)

Finanzierungsquellen	Finanzierungsregimes							Total nach Finanzierungsquelle
	I		II + III		IV	V	VI	
	Bund	Kanton	Gemeinden	Sozialversicherung (KV, UV, AHV)	Bedarfsabhängige Sozialleistungen (EL zur AHV)	Private Versicherungen	Private Haushalte	
Bund	AHV 101 <sup>bis</sup>			Prämienverb.	~3		~5.5 (HE)	>8.5
Kantone		LA		Prämienverb.	~13			>13
Gemeinden			~17.5 plus LA	Prämienverb.	~13			~30.5
Unternehmen								
Private Haushalte				Prämien			>53	
Total nach Finanzierungsregime	~1-2	<0.5	>17.5	~35.5	~29		>58.5	
Leistungserbringer								Total nach Leistungserbringer
Spitex (nur Pflege und Hauswirtschaft)			~6	~6.5	x	x	~2	~14.5
Andere Organisationen Hauswirtschaft							Ja	
Mahlzeitendienst			LA				Ja	
SKSZ		LA						
SRK Fahrdienst/Notruf/Besuchsdienst	Ja						Ja	
SRK Entlastungsdienst			LA				Ja	
Pro Senectute Sozialberatung	Ja	LA						
Pro Senectute Treuhand.	Ja		LA				Ja	
Tagesstätten (nach KLV 7)							Ja	
Pflegeheime			~11.5	~29	~29	x	~56	~125.5

Legende: HE = Hilflosenentschädigung, LA = Leistungsaufträge, KLV = Krankenpflegeleistungsverordnung

Erläuterung: Bei den Beiträgen der Gemeinden an die Spitex wurde die Mütter-Väterberatung nicht berücksichtigt.

Datenquelle: Statistik der Ausgleichskasse Kanton Schwyz zur Pflegefinanzierung und Ergänzungsleistungen zur AHV, eigene Hochrechnung und Abschätzung

In der oberen Hälfte der Tabelle finden sich die Beiträge der einzelnen Finanzierungsquellen an der Finanzierung dieser Regimes. In der unteren Hälfte der Tabelle wird die Aufteilung der Finanzierungsbei-

träge der verschiedenen Regimes auf die Leistungserbringer dargestellt. Um eine gewisse Vertraulichkeit zu wahren, werden in der Tabelle nicht alle Leistungsaufträge mit den expliziten monetären Beiträgen gezeigt. Die Beiträge lassen sich aber zum grossen Teil den öffentlichen Jahresberichten der Organisationen entnehmen und sind daher bekannt.

Die Aufstellung nach Finanzierungsquellen und -regimes in der oberen Hälfte zeigt den hohen Anteil an staatlichen Beiträgen. Diese resultieren vor allem aus der Restfinanzierung der Pflegekosten für Nicht-EL-Bezüger in Heimen (rund 11.5 Mio. CHF) und den zur Finanzierung eines Heimaufenthaltes notwendigen Ergänzungsleistungen (rund 29 Mio. CHF).<sup>45</sup> Weitere wichtige Beiträge der öffentlichen Hand stellen die Beiträge an die Spitex (rund 6 Mio. CHF) und die Hilflosenentschädigung (rund 5.5 Mio. CHF) dar. Hinzu kommen noch weitere Leistungsaufträge an andere Organisationen. Die Beiträge von Kanton und Gemeinden an die Finanzierung der Langzeitpflege sind mit 43.5 Millionen Franken. (ohne die weiteren Leistungsaufträge ausserhalb der Spitex) höher als die Beiträge der Krankenversicherer in Höhe von rund 35.5 Millionen. Sie werden nur übertroffen durch die «Out-of-Pocket»-Leistungen und die Patientenbeteiligungen der privaten Haushalte, die mindestens 56 Millionen Franken ausmachen. Eine wichtige Kategorie von Leistungen fehlt in Tabelle 34: die Leistungen der Angehörigen und Freiwilligen. Sie waren im Rahmen der Studie für den Kanton Schwyz nicht abzuschätzen. Sie würden aber erst das Bild der Langzeitpflege und Betreuung vervollständigen.

Die Aufteilung der Finanzierungsbeiträge von Kanton und Gemeinden auf die verschiedenen Finanzierungsregimes und Leistungserbringer zeigt, dass ein hoher Anteil der Gelder letztlich gebunden ist. Von den 43.5 Millionen Franken fliesst der überwiegende Teil über die Ergänzungsleistungen und die Restfinanzierung der Pflegekosten der Heime in die Langzeitpflege. Zu den gebundenen Mitteln zu zählen ist in einem gewissen Sinne auch ein grosser Anteil der öffentlichen Beiträge an die Spitex. Diese Beiträge können nur zu einem kleinen Teil über die Ausgestaltung der Leistungsverträge gesteuert werden. Ein bedeutender Anteil entfällt auf die Restfinanzierung Pflege gemäss verrechneter Stunden. Ein anderer Teil geht an die Hauswirtschaft. Diese Beiträge verteilen sich auf die ambulante Nachsorge nach dem Spital und die Unterstützung zum Erhalt der selbständigen Haushaltsführung. Oft ist die Inanspruchnahme mit der Existenz einer Zusatzversicherung verbunden und wird auf diesem Weg mitgesteuert.

### ▪ Zukünftige Entwicklung

In Kapitel 2 wurde aufgezeigt, dass der starke demografische Wandel im Kanton Schwyz selbst bei einer Reduktion der Bettenquote auf 22 Prozent im Jahr 2025 und 19 Prozent im Jahr 2030 zu einem starken Anstieg der Pflegeheimplätze führen wird. Bis 2025 müssten gemäss Pflegeheimplanung des Kantons gegenüber dem Bestand im Jahr 2010 705 zusätzliche Betten erstellt werden. Dies entspricht einer Steigerung der Bettenzahl um 47 Prozent. Diese Steigerung hat einen erheblichen Einfluss insbesondere auf die gebundenen Mittel der öffentlichen Hand, die sich aus der Restfinanzierung Pflege und den Ergänzungsleistungen ergeben.

Die Ergebnisse aus den Interviews und der Dokumentenanalyse zeigen, dass die Ziele der Pflegeheimplanung und der Altersleitbilder nur erreicht werden können, wenn parallel dazu ein starkes Netz von

---

<sup>45</sup> Rund 46 Prozent der Heimbewohner beziehen im Kanton Schwyz Ergänzungsleistungen. Dies ist nah an der nationalen Quote von rund 50 Prozent. Der Anteil der EL-Bezüger im Heim an der Summe aller EL-Bezüger ist mit rund 35 % im Kanton SZ höher als im nationalen Schnitt (rund 27 % (Zahl von 2011)). Es fallen ungefähr 11.5 Mio. Franken pro Jahr für die Restfinanzierung Pflege via EL an. Die EL übernimmt auch die Patientenbeteiligung, die aufgrund der KORE für den 50 Prozent Anteil EL-Bezüger unter den Heimbewohnern mit ca. 5.5 Mio. abgeschätzt wird. Für die Mitfinanzierung der Heimtaxen fallen dann nochmals rund 12 Mio. Franken pro Jahr an, von denen der Bund 3 Mio. Franken mitträgt. D.h., dass für den Kanton und die Gemeinden rund 9 Mio. Franken für die Finanzierung der Heimtaxen anfallen. Dies gibt insgesamt einen Anteil von rund  $(5.5 + 11.5 + 9) = 26$  Mio. Franken, die via EL pro Jahr seitens Kanton und Gemeinden in die Finanzierung der Langzeitpflege in Heimen (nur AHV) fliessen. Zusätzlich leistet die EL zur AHV noch rund 2.7 Mio. an die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten. Diese werden in der Tabelle nicht erfasst, da sie sich auf verschiedene Leistungserbringer verteilen und ein hoher Anteil der Rückvergütung von Selbsthalten und Franchisen gilt.

ambulanten Pflege-, Betreuungs-, Beratungs- und Hauswirtschaftsleistungen besteht, alternative Wohnformen mit einem Konzept für -Betreuungsleistungen gefördert werden und es zusätzlich gelingt, die Angehörigen als wertvolle Ressource in der Betreuung der Pflegebedürftigen zu unterstützen. Dies macht Investitionen und Weiterentwicklungen in einem Bereich notwendig, der eher über ungebundene Mittel und Leistungsaufträge gesteuert wird. Tabelle 34 zeigt das Spannungsfeld, in dem politische Entscheide getroffen werden müssen. Wenn es nicht gelingt, rechtzeitig, wirksam und kosteneffizient in die Förderung der genannten Entwicklungsfelder zu investieren, besteht das Risiko eines starken Anstiegs der gebundenen Mittel.

#### ▪ **Wichtige Rolle der Angehörigenpflege und Freiwilligenarbeit**

Die wichtige Rolle der Angehörigen, die Veränderungen in ihrer Berufs- und Lebenswelt und damit der Rahmenbedingungen, welche die Angehörigenpflege beeinflussen sowie die Bedeutung der Freiwilligenarbeit für die Umsetzung des Leitbilds «ambulant vor stationär» wurden in der Studie verschiedentlich hervorgehoben. Gelder zur Unterstützung und Förderung dieser Felder fliessen über Leistungsaufträge und Spenden in das System der Langzeitpflege und Betreuung. Heute sind dies u.a. finanzielle Mittel für die Sozialberatung, den Entlastungsdienst, Besuchsdienste, Kurse, Gesprächsgruppen, Treuhanddienste, Fahrdienst und (bis Ende 2013) Notruf und für einen Teil der hauswirtschaftlichen Leistungen. Die Mischfinanzierung dieser Handlungsfelder über Dienstleistungserträge, Gelder der öffentlichen Hand, Spenden und nicht zuletzt auch über den Beitrag, den die unbezahlte Freiwilligenarbeit leistet, ist anspruchsvoll.<sup>46</sup> Tabelle 34 legt in der Zusammenstellung aller Finanzströme nahe, diesen Bereich nochmals genauer zu analysieren, um, unabhängig von der späteren Frage nach einer geeigneten Erweiterung der bestehenden Mischfinanzierung, das Ausmass der heutigen Unterversorgung in der Entlastung pflegender Angehöriger und die Mehrkosten für angepasste Angebote grössenordnungsmässig zu definieren.

#### ▪ **Finanzierung der Pflege zu Hause**

Individuelle Beiträge an die Pflege zu Hause werden heute einkommens- und vermögensunabhängig über die Hilflosenentschädigung sowie einkommens- und vermögensabhängig über die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten der Ergänzungsleistungen ausgerichtet. Beides sind wichtige Pfeiler der Pflegefinanzierung. Oder, um es noch etwas präziser zu formulieren: Es sind wichtige Pfeiler der Finanzierung von Betreuung, Entlastung und anderen Unterstützungsleistungen, da die Pflege bis auf die Patientenbeteiligung von den Krankenkassen und der öffentlichen Hand getragen wird. Ihre Bedeutung wächst proportional zu dem Grad, in dem man die Bereitstellung dieser Leistungen dem Markt überlässt. Im stationären Bereich treten diese Leistungen bei der Abklärung eines Heimeintritts fast zwangsläufig in den Blick. Im ambulanten Bereich ist die Informationspolitik sehr viel schwieriger.

Mit Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung 2011 wurde für die Pflege und Betreuung zu Hause auch in der AHV eine Hilflosenentschädigung für den «leichten» Grad der Hilflosigkeit eingeführt. Zugleich wurde aber auf allen Stufen der Hilflosenentschädigung an der Karenzfrist von einem Jahr festgehalten. Die heute publizierten Statistiken erlauben keine Aufteilung der Bezüger in die beiden Wohnkategorien «zu Hause» oder «im Heim». Auch wenn diese Unterscheidung in der Erfassung der Auszahlungen der Hilflosenentschädigung selbst nicht gemacht wird, wäre es möglich, eine zumindest grobe Abschätzung anhand der Auszahlungen der Ergänzungsleistungen zu machen.

Abbildung 35 zeigt die Entwicklung der Hilflosenentschädigungen im Rahmen der AHV im Kanton Schwyz.

---

<sup>46</sup> Erschwerend hinzu kommt, dass die öffentlichen Gelder aus drei verschiedenen föderalistischen Ebenen mit eigenen Planungszielen und Vorgaben stammen.



**Abbildung 35 Hilfflosenentschädigung im Rahmen der AHV, Bezüger und Ausgaben**

Grad der Hilfflosigkeit	Anzahl Bezüger				Beträge pro Jahr [in CHF]	
	2009	2010	2011	2012	2009/2010	2011/2012
Leicht	63	73	122	147		2'784
Mittel	255	272	285	274	6'840	6'960
Schwer	370	349	323	340	10'944	11'136
<b>Total Bezüger</b>	<b>688</b>	<b>694</b>	<b>730</b>	<b>761</b>		
Total Ausgaben [in CHF]			5'069'662	5'479'426		

Datenquelle: BFS, Statistik zur AHV, eigene Darstellung.

Im Jahr 2011 erfolgte aufgrund der neuen Pflegefinanzierung ein sprunghafter Anstieg der Anzahl Bezüger einer Hilfflosenentschädigung leichten Grades. Die Anzahl von 63 bzw. 73 Bezügerinnen und Bezüger in den Jahren 2009 und 2010 ist auf die Besitzstandswahrung bei Übertritt aus der IV in die AHV zurückzuführen. Dieser Anteil dürfte auch die Zahlen in den Jahren 2011 und 2012 beeinflussen. Es ist deshalb davon auszugehen, dass 2012 von einer Anzahl von zwischen 50 bis 70 Bezügerinnen und Bezüger auszugehen ist, die bei Eintritt einer leichten Pflegebedürftigkeit im Alter eine Hilfflosenentschädigung beantragt und nach Ablauf der einjährigen Karenzfrist bewilligt bekommen haben. Der Anteil der zu Hause wohnenden Bezüger einer Hilfflosenentschädigung mittleren Grades kann ohne die oben angesprochene Abschätzung nicht ermittelt werden.

#### ■ Monitoring der Entwicklung von Hilfflosenentschädigung und Ergänzungsleistungen

Der Kanton Schwyz, die Ausgleichskasse Schwyz und Pro Senectute Schwyz verfolgen eine engagierte Informationspolitik. Die Hilfflosenentschädigung leistet einen wichtigen Beitrag beim Einkauf von Unterstützungsleistungen wie Notruf, Entlastung, Tagestrukturen, etc. Aus diesem Grund wäre ein Monitoring der Inanspruchnahme der Hilfflosenentschädigung wünschenswert.

Dies gilt auch für die Inanspruchnahme der Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten im Rahmen der Ergänzungsleistungen (EL). Die EL tragen wesentlich dazu bei, die Ziele der Altersleitbilder und des Leitsatzes «ambulant vor stationär» einkommens- und vermögensunabhängig umzusetzen. Im Kanton Schwyz wird auch hier eine engagierte Informationspolitik betrieben, deren Wirksamkeit aber bislang nicht evaluiert wurde.

#### ■ Gesetzliche Hemmnisse

Die Umsetzung des Ziels «ambulant vor stationär» wird im Bereich der Ergänzungsleistungen durch verschiedene Bestimmungen in den Verordnungen und Gesetzen erschwert. Bekannt ist die Problematik der heutigen Obergrenze der anrechenbaren Mietzinskosten in Höhe von CHF 1'100 (Alleinstehende) und CHF 1'250 (Ehepaare) monatlich. Eine Auswertung der Ausgleichskasse Schwyz zeigt, dass heute diese Obergrenze bereits in 35 Prozent der EL-Fälle ausgeschöpft wird. Diese Zahl dürfte weiter ansteigen. Die Mietzinsobergrenze dürfte auch für Alterswohnungen und alternative Wohnformen, die oft zentrumsnah entstehen, problematisch sein. Vorhaltekosten oder Servicekosten in Konzepten Betreuten Wohnens, welche nicht über die Krankheits- und Behinderungskosten der EL vergütet werden, stellen ebenfalls ein Zugangshindernis dar.

Betreuungs- Unterstützungs- und Hauswirtschaftsleistungen werden innerhalb der Ergänzungsleistungen zur AHV neben der Rückvergütung von Franchise, Selbstbehalt, Patientenbeteiligung und anderen Krankheitskosten (Zahnarzt, Kur, etc.) übernommen, solange die Gesamtheit aller Krankheits- und Behinderungskosten CHF 25'000 (Alleinstehende und Ehegatten von in Heimen lebenden Personen) bzw.

CHF 50'000 (Ehepaare) nicht übersteigt und die Ausführungsbestimmungen eingehalten sind.<sup>47</sup> Finanziell käme es die öffentliche Hand günstiger zu stehen, wenn diese Unterstützungsleistungen genutzt werden und damit ein Heimeintritt verhindert werden kann.

Die EL-Statistik des Kanton Schwyz unterscheidet bei den Krankheits- und Behinderungskosten nicht zwischen den vier Zielgruppen AHV/IV und zu Hause/im Heim. Für eine Überprüfung der Wirksamkeit der Informationspolitik und der Inanspruchnahme dieser Leistungen für den Aufbau eines stabilen Pflege- und Betreuungsumfelds zu Hause wäre eine jährliche mit den Bezügerkategorien (AHV/IV und zu Hause/im Heim) verknüpfte Auswertung wünschenswert.

#### **4.6 Die Bildung einer neutralen Fach- und Koordinationsstelle**

In den Interviews und der Auswertung der Situationsanalyse wurde deutlich, welche Bedeutung die verschiedenen Leistungserbringer und Akteure einer tragfähigen Vernetzung der Leistungsangebote und einem Abbau von Zugangsbarrieren beimessen. Trotz des Bestehens von regionalen, oft themenzentrierten Netzwerken oder Formen bilateraler Zusammenarbeit wurde praktisch durchgehend der Wunsch nach einer von einer neutralen Stelle koordinierten und vertieften Vernetzung geäussert.

##### **▪ Der Wunsch nach einer besseren Vernetzung**

Der Wunsch nach einer besseren Vernetzung beinhaltet verschiedene Aspekte. Gegenwärtig erfolgt die Vernetzung oft im Rahmen von gelegentlichen Austauschtreffen. In diesen Treffen ist eine gemeinsame Entwicklung neuer Lösungsansätze allein schon aus zeitlichen Gründen nicht möglich. Oder die Vernetzung findet durch den wechselseitigen Einsitz in Gremien und Kommissionen statt. Die Mitarbeit in diesen Gremien belastet gleichzeitig die personellen Ressourcen auf der Ebene Kadermitglieder stark. Das alles führt dazu, dass Probleme zwar erkannt, nicht aber systematisch und konzeptionell angegangen werden können. Zudem reichen die zeitlichen Ressourcen oft nicht, um die Vernetzung dann auch in den Alltag zu übertragen und bei den Mitarbeitenden an der Basis der Organisationen zu verankern. In verschiedenen Bereichen fehlt es auch an Daten und fachlichen Grundlagen.

Der Wunsch nach Koordination durch eine neutrale Stelle steht auch für das Anliegen nach Überwindung bestehender Partikularinteressen. Auch wenn sich die Organisationen stark an den Bedürfnissen der Klientinnen/-en orientieren, stehen sie zueinander im Markt der Dienstleistungserträge, der Leistungsaufträge und im Spendenmarkt in einem Konkurrenzverhältnis. Bessere Netzwerkstrukturen können zu einem Abbau von Doppelspurigkeiten, einer besseren Auslastung sowie zu optimierten Prozessabläufen und damit zu einer Win-Win-Situation für alle Beteiligten führen.

##### **▪ Mögliche Aufgabenfelder einer Fach- und Koordinationsstelle**

Eine bessere Koordination der Leistungserbringer würde auch dazu beitragen, Zeit zu gewinnen. Der Aufbau von Pflegekapazitäten im stationären Bereich benötigt eine lange Vorlaufzeit. In den nächsten Jahren muss die Planung der stationären Langzeitpflege angegangen werden. Dann wird sich zeigen, ob

---

<sup>47</sup> So wird unter anderem die notwendige hauswirtschaftliche Hilfe im eigenen Haushalt vollständig vergütet, wenn die Hilfe durch eine anerkannte Spitexorganisation erbracht wird. Wird die hauswirtschaftliche Hilfe von einer nicht anerkannten Spitexorganisation oder einer privaten Person (ausserhalb des Haushalts stehend) erbracht, dann wird diese ebenfalls übernommen, allerdings mit einer Obergrenze von SFr. 25 pro Stunde und SFr. 4'800 für Alleinstehende (9'600 SFr. Ehepaar) pro Jahr. Auch Kosten für Hilfe und Betreuung werden übernommen, wenn sie von einer öffentlich-gemeinnützigen Spitexorganisation erbracht werden. Entsprechende Leistungen privater Träger werden vergütet, soweit sie den Kosten öffentlicher oder gemeinnütziger Träger entsprechen. Kosten für direkt angestelltes Pflegepersonal oder die Pflege und Betreuung durch Familienangehörige werden ebenfalls innerhalb eines bestimmten Rahmens übernommen. Von dieser Möglichkeit wird aber bislang im Bereich der AHV im Gegensatz zur IV praktisch kein Gebrauch gemacht.

die geplanten Kapazitäten ausreichen. Das erfordert ein rasches und koordiniertes Vorgehen. Umgekehrt ist eine bessere Vernetzung auch nicht in kurzer Zeit zu erzielen.

Mögliche Aufgabenfelder einer neutralen Fach- und Koordinationsstelle auf kantonaler Ebene sind:

- Die Koordination in der Erarbeitung eines kantonal übergreifenden Versorgungskonzeptes für eine durchlässige Versorgung zwischen ambulanter und stationärer Pflege und Betreuung
- Die Entwicklung eines klar kommunizierbaren Konzeptes für ein tragfähiges Netzwerk ambulanter Pflege und Betreuung
- Die Unterstützung der Leistungserbringer in der Vernetzung ihrer Angebote sowie die Beratung und Unterstützung bei deren Verankerung bei den Mitarbeitenden an der Basis der Organisationen
- Das Monitoring der Angebots- und Leistungsentwicklung und die Erstellung von Planungsgrundlagen für den ambulanten Bereich
- Die Unterstützung in der Koordination einer kantonalen Demenzstrategie;
- Die Unterstützung bei der Erarbeitung von Konzepten für «Betreuungs- und Serviceleistungen» innerhalb des »Betreuten Wohnens«, bzw. die Anpassung von Best-Practice Beispielen an die Situation im Kanton Schwyz
- Die Förderung einer besseren Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf bei den Unternehmen

## **5 Die Spitex im Kanton Schwyz – Analyse und Empfehlungen**

### **5.1 Evaluation der Bedarfsgerechtigkeit der von den Spitexorganisationen erbrachten Kerndienstleistungen**

#### **5.1.1 Die Kerndienstleistung Pflege nach KLV 7**

##### **▪ Allgemeine Ergebnisse**

Die Spitexorganisationen im Kanton Schwyz haben in den letzten Jahren eine grosse Entwicklung und Professionalisierung durchlaufen. Ihnen wird von allen Seiten eine hohe Fachkompetenz zugeschrieben. Dies kommt auch in den Klientinnen- und Klienteninterviews zum Ausdruck. Die Anforderungen im Schnittstellenmanagement zur Akutversorgung sind stark gestiegen. Dies betrifft verschiedene Bereiche von der ambulanten psychiatrischen Versorgung über die onkologische Pflege, die komplexere Nachbetreuung, das Wundmanagement bis hin zur Palliative Care. Diese Entwicklung der Spitex wird auch von den Spitälern und den Spitexmitarbeitenden positiv wahrgenommen. Sie wird als Bereicherung erlebt. Der Spitex wird eine hohe Bereitschaft attestiert, das notwendige Wissen zu erwerben.

Es wird kein Unterschied zwischen den kleineren und den grösseren Spitex-Basisorganisationen festgestellt. Strukturelle Unterschiede werden bei den kleineren Basisorganisationen oft durch eine hohe Flexibilität und ein grosses persönliches Engagement ausgeglichen. Bestimmte Schulungen finden direkt im Spital am Krankenbett statt. Die Spitäler öffnen zum Teil ihre Fortbildungen auch für Spitexmitarbeitende. Im Bereich Palliative Care hat darüber hinaus der Leistungsauftrag an das Spital Schwyz als Kompetenzzentrum neue Weiterbildungsangebote ermöglicht.

Aus Sicht der Zuweiser (Ärztinnen, Ärzte und Spitäler) sind die pflegerischen Leistungen der Spitex bedarfsgerecht. Oder wie es in einem Interview mit Blick in die Zukunft ausgedrückt wurde: Weil die Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist, ist es ein dynamischer Entwicklungsprozess, in dem die Spitex engagiert mitwirkt.

An der Schnittstelle zum Spital zeigen sich in Einzelfällen Kapazitätsgrenzen, die Entlassungen aus dem Spital verzögern. Dies kann zum Beispiel die Anmeldung in der psychiatrischen Pflege betreffen oder auch bei Mehrfachanmeldungen auf einen Abenddienst hin. Auch in Bezug auf Entlassungen zum Wochenende wurden in einem Interview eine grössere Flexibilität und eine kurzfristigere Aufnahme durch die Spitex gewünscht. Die Kapazitätsgrenzen werden aber nicht als ein durchgängiges oder gravierendes Problem betrachtet.

##### **▪ Häufige Personalwechsel**

Eine durchgängige Kritik, die in allen Interviews sowohl von Klientinnen/-en wie auch von Zuweisern und Partnerorganisation von sich aus und mit Nachdruck geäussert wurde, bezieht sich auf die häufigen, teilweise sogar täglichen Personalwechsel während eines laufenden Spitexauftrags. Auf der Klientenebene hatte dies zur Konsequenz, dass zum Teil Angehörige selbst wieder bestimmte Aufgaben übernommen haben. Die häufigen Wechsel werden als Qualitätseinbusse empfunden. Oder der Wechsel stellt insgesamt für Haushalte mit Pflegebedarf ein Hemmnis für die Inanspruchnahme von Spitexleistungen dar. Gemäss den Interviews waren die Wechsel für die Angehörigen oft irritierender als für die/den Klientin/-en selbst.

Mit der Kritik an den Personalwechseln wurde teilweise auch bemängelt, dass man erst kurzfristig erfährt, wer den Dienst am nächsten Tag abdeckt. Ebenso wurde trotz eines gewissen Verständnisses kri-

tisch vermerkt, dass die Angaben, wann die Einsätze zeitlich erfolgen, ziemlich unbestimmt sind und immer nur in einer gewissen Bandbreite erfolgen. Aufgrund der begrenzten Anzahl Interviews ist es nicht möglich, die Kritik an den häufigen Personalwechseln auf einzelne Spitex-Basisorganisationen zu beziehen. Die Spitex Organisationen tun aber gut daran, die Kritik angesichts des Nachdrucks, mit der sie von allen Interviewpartnern geäussert wurde, sehr ernst zu nehmen.

#### ▪ **Nachtpikett**

Das Angebot des Nachtpiketts wurde in den Regionen, in denen es besteht, sehr begrüsst. Umgekehrt wurde es in anderen Regionen vermisst. Positiv vermerkt wurde jedoch die Bereitschaft praktisch aller Spitexorganisationen, in Einzelfällen wie beispielsweise der Sterbebegleitung, jederzeit ein Nachtpikett anzubieten. Das Fehlen eines durchgängigen, flächendeckenden kantonalen Nachtpiketts wurde jedoch wiederholt als Lücke im Versorgungsangebot bezeichnet. Gleichzeitig wurde die Hoffnung ausgedrückt, dass das Nachtpikett mit der Umsetzung des Palliativ Care Konzeptes zwangsläufig eingeführt werden muss. Die fehlende Nachtdeckung wurde auch im Zusammenhang mit der Frage erwähnt, wie frühzeitige Heimeintritte vermieden werden können.

Aus den Interviews konnte nicht festgestellt werden, ob tatsächlich ein ausreichender Bedarf an einer Nachtdeckung mit «Nachttouren» besteht. Mehrheitlich wurde von einem Pikettdienst gesprochen. Mit Blick auf die Ausgestaltung und die Auslastung des Nachtpiketts stellt sich auch die Frage, ob das Angebot nur für bestehende Klientinnen/-en der Spitex gelten soll oder allen offen steht. Seitens Zuweiser und Partnerorganisationen wurde darauf hingewiesen, dass ein solches Angebot allgemein wichtige Sicherheit zu Hause schafft. Dies wurde ergänzt durch den Hinweis des SRK, dass es in vielen Fällen zunehmend schwieriger wird, den SRK-Notruf mit einem privaten Netz von Angehörigen und Freunden abzudecken. Ein Nachtpikett der Spitex wäre auch eine interessante Option für Alterssiedlungen oder Betreute Wohnformen, die nicht auf ein benachbartes Pflegeheim zurückgreifen können.

In den Klientinnen-/Klienteninterviews wurden die enorme Breite der Zielgruppen der Spitex und die unterschiedlichen Ausgangslagen in der familiären und häuslichen Situation deutlich. Dies stellt eine hohe Anforderung an die Kompetenzen und den Stellenpool einer Spitex-Basisorganisation dar. Damit eine gewisse Kontinuität in der Betreuung und eine zeitlich genauere Disposition der Einsätze gewährleistet werden kann, ist eine Mindestgrösse notwendig.

#### ▪ **Abenddienst**

Die Spitex-Basisorganisationen wiesen in den Interviews darauf hin, dass das Angebot Abenddienst unterschiedlich intensiv genutzt wird. Einzelne Aussagen in den Klientinnen-/Klienteninterviews lassen umgekehrt vermuten, dass die Spitexorganisationen den Abenddienst bis 22 Uhr auch in unterschiedlichem Ausmass bekannt machen. Auch stellt sich vor allem für kleinere Spitex-Basisorganisationen die Frage, wie sie die Abdeckung gewährleisten können. Die Nachfrage nach Abenddiensten dürfte mit wachsender Bekanntheit des Angebots und aufgrund des Wettbewerbs mit privaten Spitexorganisationen steigen. Es ist in diesem Zusammenhang auch darauf hinzuweisen, dass die Spitexorganisationen gemäss Pflegefinanzierungsverordnung dazu verpflichtet sind, einen Abenddienst anzubieten.<sup>48</sup>

#### ▪ **Empfehlungen**

- Die durchgängig geäusserte Kritik an den häufigen personellen Wechseln in der Pflege erfordert eine Überprüfung und Umstellung der heutigen Einsatz- und Personalplanung. Anzustreben ist

---

<sup>48</sup> Die Pflegefinanzierungsverordnung sieht in § 17, Ambulante Pflege, vor, dass Leistungserbringer mit einem Leistungsauftrag der Gemeinden «die Leistungen an sieben Tagen pro Woche jeweils von 07.00 bis 22.00 Uhr zu erbringen» haben.

eine stärkere Bezugspflege vor Ort. Zu berücksichtigen ist dabei auch, dass die Nachfrage nach Abenddiensten in Zukunft zunehmen wird.

- Die wachsenden fachlichen Anforderungen machen eine vermehrte Zusammenarbeit unter den Spitex-Basisorganisationen notwendig.
- Das Nachtpikett sollte flächendeckend eingeführt werden.

### **5.1.2 Die Kerndienstleistung Hauswirtschaft**

#### **▪ Allgemeine Ergebnisse**

Im Bereich der Kerndienstleistung Hauswirtschaft sind die gemeinnützigen Spitexorganisationen des Kantons Schwyz mit einem kontinuierlichen Rückgang der verrechneten Leistungen von 55'000 Stunden im Jahr 2001 auf 35'700 Stunden 2011 und 34'000 Stunden im Jahr 2012 konfrontiert. Die Klientinnen-/Klientenzahlen lagen 2001 bei 1'140 und 2012 bei 1'082 Klientinnen/-en. Die Schwankungen bei der Anzahl Klientinnen/-en waren in diesem Zeitraum gering. Sie bewegten sich zwischen minimal 1'038 (im Jahr 2006) und maximal 1'181 Klientinnen/-en (2011) pro Jahr. Das bedeutet, dass die durchschnittliche Anzahl Stunden pro Klient/-in von 48 Stunden 2001 auf 31 Stunden im Jahr 2012 fiel.

#### **▪ Andere Anbieter**

Es ist aus den heutigen Statistiken nicht ersichtlich, wie oft Klientinnen/-en gleichzeitig Dienste von verschiedenen Organisationen beziehen und ob die Spitex Klientinnen/-en an andere Organisationen verloren hat. Es ist aber anzunehmen, dass ein zunehmender Anteil an hauswirtschaftlichen Leistungen durch private Spitexorganisationen (11'000 Stunden im Jahr 2011) oder private erwerbswirtschaftliche Organisationen ohne Spitexbewilligung (Gesamtzahl Stunden unbekannt) erbracht wird.

Der SRK Entlastungsdienst stellt mit seinen 18'000 Stunden (im Jahr 2012) ein ergänzendes Angebot mit Überschneidungen in den Leistungsprofilen dar. Dies gilt auch für das seit 2009 bestehende und seitdem stark gewachsene Angebot des Haushaltsservice der Schweizer Bäuerinnenvereinigung. Ein nicht unerheblicher Teil der 14'700 Stunden (im Jahr 2012) dürfte in den Haushalten von älteren Menschen geleistet worden sein. Ein weiterer Anbieter ist Pro Infirmis.

#### **▪ Fehlende Positionierung der Spitex**

Der Rückgang der von der Spitex geleisteten Stunden und die Stagnation der Klientinnen-/Klientenzahlen sind als solche kein Problem, solange die Versorgungsziele der Gemeinden und letztlich auch die Organisationsziele der Spitex erreicht werden. Hier fehlt es aus Sicht der Studie aber sowohl an einer klaren Formulierung der Versorgungsziele als auch an einer klaren Positionierung und strategischen Ausrichtung der Spitexorganisationen.

In Kapitel 2.2 wurden vier wichtige Handlungsfelder der hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex unterschieden:

1. Die Spitex übernimmt zeitlich begrenzt die Haushaltsführung als Teil der ambulanten Nachsorge nach dem Spital.
2. Die Spitex erbringt Hauswirtschaftsleistungen für den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit im Alltag, wenn diese aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen und schwindender Kräfte gefährdet ist. Die Hauswirtschaftsleistungen sollen die Klientinnen/-en aktivieren, den Aufbau ihrer Ressourcen und Fähigkeiten fördern und die Ressourcen des sozialen Umfelds einbeziehen.
3. Die Spitex übernimmt die Hauswirtschaftsleistungen, um die Haushaltsführung in Krisensituationen, die durch einen plötzlichen Ausfall der bisherigen Strukturen entstehen oder durch Verwahrlosung gekennzeichnet sind, zu stabilisieren.

4. In einigen Fällen übernimmt die Spitex auch stellvertretend über einen längeren Zeitraum Aufgaben in einer ansonsten stabilen Situation, wenn eine Person aufgrund einer Erkrankung, eines Unfalls oder einer Behinderung diese nicht selbst wahrnehmen kann.

#### ▪ Ziele der Gemeinden

Die Versorgung der Bevölkerung mit hauswirtschaftlichen Leistungen in den oben genannten Handlungsfeldern wird heute zum Teil dem Markt überlassen, zum Teil der gemeinnützigen Spitex via Leistungsauftrag übertragen. Der Zugang zu den subventionierten Hauswirtschaftsleistungen wird durch eine ärztliche Verordnung und/ oder die Bedarfsabklärung sowie gewisse Budget«signale» der Gemeinden an die gemeinnützige Spitexorganisationen gesteuert. Die Beiträge der öffentlichen Hand verfolgen in den vier Handlungsfeldern unterschiedliche Ziele. Es ist unklar, welche Anteile in welches Handlungsfeld fließen.

Ein zentrales Anliegen der Gemeinden ist sicher das zweite Handlungsfeld der Hauswirtschaft, der Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit im Alltag, wenn diese aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen und schwindender Kräfte gefährdet ist. Für die Gemeinden stellt sich die Frage, wie stark dieses zweite Handlungsfeld vom beobachteten Rückgang der Leistungen betroffen ist. Der Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit im Alltag stellt ein wichtiges Element der Umsetzung der Altersleitbilder dar. Mit den heutigen Statistiken ist die Frage nicht zu beantworten, ob dieses Ziel erreicht werden kann.

#### ▪ Kriterien der Spitex

Für die gemeinnützige Spitex stellt sich die Herausforderung, ihre Ziele und ihre Positionierung in der Hauswirtschaft zu klären. Unklar ist auch, was die Klientinnen/-en der zweiten Zielgruppe von der Spitex erwarten und ob das Ziel, die Selbständigkeit der Klientinnen/-en zu fördern und nicht einfach für sie den Haushalt zu führen, den Klientinnen/-en gegenüber genügend transparent gemacht wird. In einem Interview findet sich anekdotisch ein Hinweis für den Klärungsbedarf, indem eine indirekte Kritik an der Haushaltsführung durch die heutigen jungen Berufsleute geäußert wurde: «Früher kamen noch richtige Hausfrauen, die wussten, wie man sauber putzt!» In diesem Zusammenhang stellt sich eine Reihe von Fragen: Setzen alle Basisorganisationen die Ziele einer ergänzenden, die Fähigkeiten der Klientinnen/-en erhaltenden Haushaltsunterstützung gleichermassen um? Nutzen sie dies als Kriterium, in welchen Situationen ihre Hauswirtschaft zum Einsatz kommt? Positionieren sie ihr Angebot auf diese Weise gegenüber den Klientinnen/-en und damit auch gegenüber dem Angebot anderer Organisationen? Die Interviews weisen auf Unterschiede in der Ausrichtung der verschiedenen Spitex-Basisorganisationen hin. Sie reichen aber für eine abschliessende Beurteilung nicht aus.

In den Interviews mit den Spitexorganisationen wurde deutlich, dass sie ihre Klientinnen/-en auf andere Leistungserbringer hinweisen oder ihnen diese vermitteln, wenn sie einen Bedarf oder Bedürfnisse nicht mit den eigenen Leistungen abdecken können. Es blieb aber offen, wie systematisch und personenunabhängig dies geschieht.

#### ▪ Weiterentwicklung der nicht-KLV-pflichtigen Leistungen

Eine klarere Positionierung der Spitex im Feld Hauswirtschaft ist auch wichtig vor dem Hintergrund zweier weiterer Ziele. Die gemeinnützigen Spitexorganisationen schätzen die Hauswirtschaftsleistungen als Erstkontakt zu den Klientinnen/-en, in dem frühzeitig fördernde oder zum Teil auch präventive Massnahmen ergriffen werden können. Zum anderen sehen sie wichtige Synergien in der gleichzeitigen Erbringung von Pflege und Hauswirtschaft, welche die Kontinuität in der Begleitung verstärkt. In den vergangenen Jahren ist allerdings der Anteil Klientinnen/-en, die nur KLV-Leistungen beziehen, kontinuierlich gestiegen. 2012 betrug er bei den gemeinnützigen Basisorganisationen des Kanton Schwyz mit 1'500 Klientinnen/-en von gesamthaft 2'852 Klientinnen/-en (ohne Doppelzählung) 58 Prozent. 733 Klientinnen/-en bezogen sowohl Pflege wie auch hauswirtschaftliche Leistungen, 349 nur Hauswirtschaft. Leider

sind diese Zahlen auf der Basis der aktuellen Statistiken nicht weiter nach Altersgruppen bzw. nach den oben genannten vier Zielgruppen aufzuschlüsseln.

Die Vollkosten der gemeinnützigen Spitex pro Stunde Hauswirtschaft lagen 2012 im Kanton Schwyz je nach Basisorganisation zwischen CHF 52.05 und CHF 99.85 pro verrechneter Stunde, bei durchschnittlich CHF 79.10. Dies zeigt ein Dilemma auf, in dem sich die Organisationen zurzeit bewegen. Zu diesen Vollkostenansätzen können sie nicht-subventionierte Leistungen als ergänzende Leistungen und Wahlleistungen nur sehr schwer auf den Markt bringen. Die gemeinnützige Spitex ist damit zu einem grossen Teil in den Leistungsaufträgen gefangen.

Reichen die erbrachten hauswirtschaftlichen Leistungen alleine oder im Verbund mit pflegerischen Leistungen, um eine stabile Situation zu Hause zu schaffen? Gewisse Antworten kann die Spitex letztlich nur in Abstimmung mit den Gemeinden geben. Aber vor dem Hintergrund der in Kapitel 3 dargestellten hohen Bedeutung von nicht-pflegerischen Unterstützungsleistungen für eine stabile Situation zu Hause, für ein tragfähiges, koordiniertes Netz von Leistungen aus möglichst wenig verschiedenen Händen, vor dem Hintergrund der steigenden Zahlen an Demenzerkrankungen, bei denen nicht KLV-pflichtige Leistungen in den Vordergrund treten werden, ist die Weiterentwicklung des Nicht-KLV-Bereichs für die Spitexorganisationen oder eine entsprechende Vernetzung mit anderen Organisationen zentral.

#### ▪ Empfehlungen

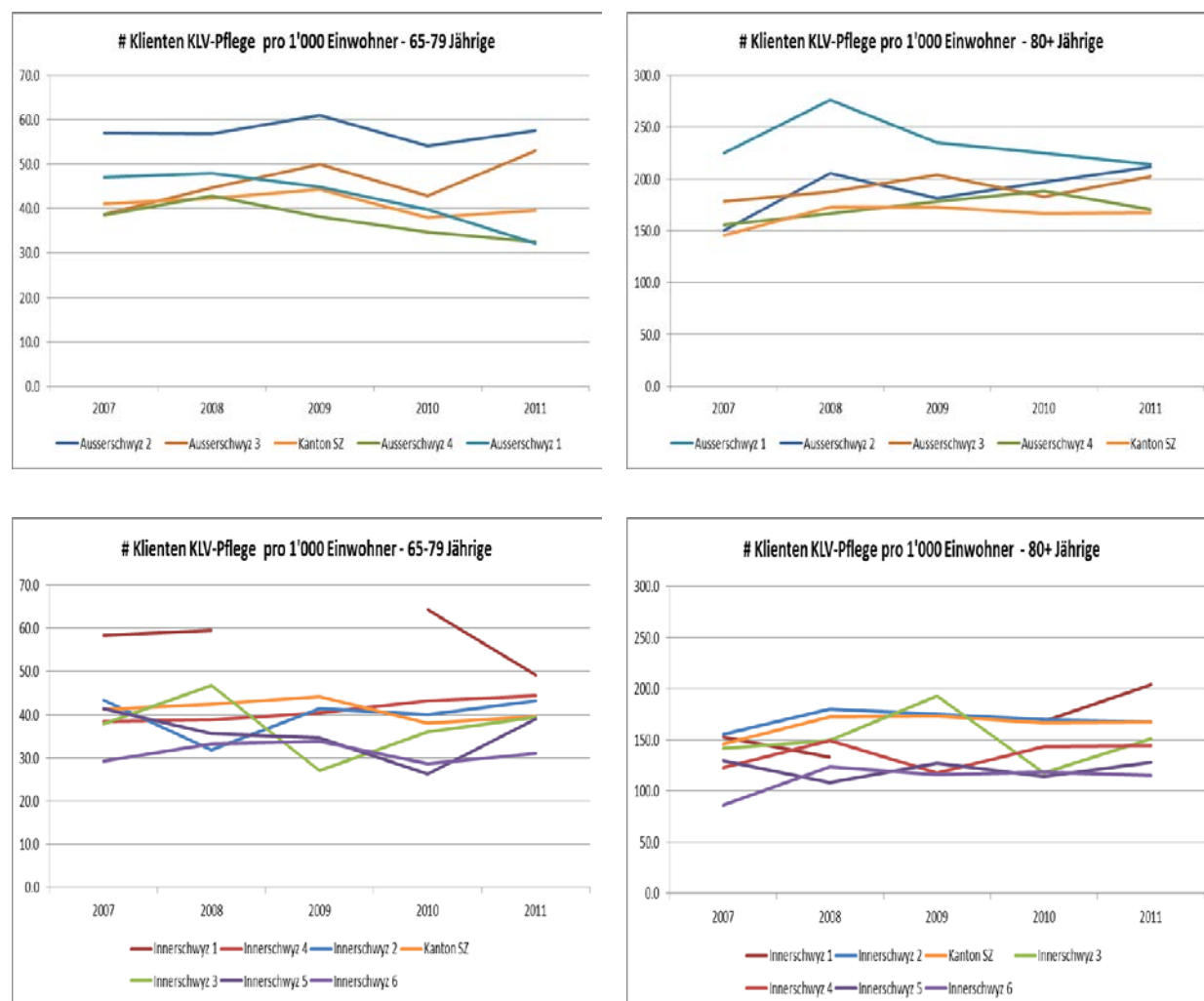
- Es ist ein differenzierteres Monitoring der Entwicklung der hauswirtschaftlichen Leistungen nach den verschiedenen Zielgruppen aufzubauen.
- Die Spitex-Basisorganisationen sollten ihr hauswirtschaftliches Angebot sowohl gegenüber den Klientinnen/-en als auch gegenüber den Angeboten anderer Organisationen nochmals klarer positionieren und dies auch kommunizieren.
- Ohne in die Tarifautonomie der einzelnen Spitexorganisationen und der Gemeinden eingreifen zu wollen, stellt sich angesichts der grossen Unterschiede bei den Abklärungstarifen (siehe Tabelle 11) und bei den Tarifen für die Hauswirtschaftsleitungen selbst (siehe Tabelle 12) die Frage, ob hier eine gewisse Angleichung und Annäherung möglich wäre.

### 5.1.3 Altersabhängige Pflegequoten in den verschiedenen Spitexregionen

#### ▪ Allgemeine Ergebnisse

Um zu überprüfen, ob die altersabhängigen Pflegequoten im Kanton Schwyz von durchschnittlich 40 Klientinnen/-en im Alter 65-79 auf 1'000 Einwohner/-innen der gleichen Altersgruppe und 185 Klientinnen/-en im Alter 80 Jahre und älter auf 1'000 Einwohner/-innen im Alter 80plus (siehe Tabelle 8) eine Aussage über die Bedarfsgerechtigkeit des Spitexangebots ermöglichen, wurden die altersabhängigen Pflegequoten auf einzelne Spitexregionen heruntergebrochen. Diese Auswertungen werden in Abbildung 36 dargestellt.



**Abbildung 36 Altersabhängige Pflegequoten pro Spitexregion 2007-2011**


Die Legende ist von links nach rechts geordnet nach der Höhe der Pflegequote im Jahr 2011. In der Zahlenreihe für die KLV-Pflege Innerschwyz 1 wurde der Wert 2009 wegen eines Datenfehlers nicht übernommen.

Datenquelle: Spitex-Statistik des Spitex Kantonalverbands Schwyz und Statistik der Wohnbevölkerung des Kantons Schwyz. Eigene Berechnungen und Darstellungen.

#### ▪ Grosse Unterschiede zwischen den einzelnen Spitexregionen

Zum einen zeigt sich, dass die Pflegequoten in den Ausserschwyzer Spitexregionen über dem kantonalen Durchschnitt oder in der Nähe des Durchschnitts lagen, die Pflegequoten in den Innerschwyzer Spitexregionen bis auf eine Ausnahme unter dem kantonalen Durchschnitt oder in der Nähe des Durchschnitts. Die niedrigsten Pflegequoten sind nicht mit den kleinen Spitexregionen und -organisationen der Innerschwyz verbunden.

Diese erhebliche Spannbreite und die Unterschiede zwischen der Inner- und Ausserschwyz zeigen aus Sicht der Autoren der Studie, wie schwierig es ist, von der Pflegequote direkt auf eine Unter- oder Überversorgung einer Spitexregion zu schliessen.

Die Zuordnung der Pflegeheimplätze nach Spitexregionen in Tabelle 16 auf S. 27 weist für 2010 regionale Unterschiede in der Abdeckung auf. In den Ausserschwyzer Regionen Untermarch, Obermarch und Höfe war gemessen an der im Rahmen der Pflegeheimplanung für 2010 durchschnittlich festgelegten Bettenquote von 280 Betten auf 1'000 Einwohner/-innen im Alter 80plus eher von knappen Bettenkapazi-

täten auszugehen. Diese Knappheit könnte gemeinsam mit einer viel stärker durch Neuzuzüger/-innen und kleinere Haushalte geprägten Bevölkerungsstruktur der Ausserschwyz ein wichtiger Einflussfaktor für die kantonal überdurchschnittliche Pflegequote sein. Für den direkten Einfluss der Pflegeheimkapazitäten spricht auch der Rückgang in den Klientinnen-/Klientenzahlen KLV-Pflege in den Regionen Untermarch, Höfe und Einsiedeln im Jahr 2012, in dem in der Region selbst oder in Nachbarregionen zusätzliche Pflegebetten eröffnet wurden.

## 5.2 Kostenstrukturen der Spitex-Basisorganisationen

### ▪ Verschiebung der finanziellen Rahmenordnung und Steuerung

Die finanzielle Rahmenordnung hat sich für die Spitexorganisationen in den letzten zehn Jahren viel stärker verschoben, als dies im Alltag unmittelbar wahrzunehmen ist. Zwar flossen über die Krankenkassenbeiträge (36 Prozent) und die Patientenbeteiligung (3 Prozent) weiterhin rund 40 Prozent der Gesamterträge im Jahr an die Spitexorganisationen Kanton Schwyz. Doch sind die Beiträge der Krankenversicherer durch die Einführung der national einheitlichen Tarife und die Vorgaben des RAI-HC Assessments und des dort hinterlegten Leistungskatalogs nach KLV recht streng reguliert und vorgegeben. Es kommt zwar zu Rücksprachen über Leistungsumfang und Kostengutsprachen in individuellen Klientenfällen und teilweise zur Ablehnung von Leistungen durch die Krankenkassen. Dies betrifft jedoch nur einen geringen Teil der Gesamtkosten der Kerndienstleistungen.

Die Steuerung der Leistungsnachfrage in der Pflege durch die Patienten und darüber hinaus durch die Patientenbeteiligung ist trotz eines Finanzierungsanteils von nur 3 Prozent wesentlich bedeutsamer. Darauf deuten der in den Interviews geäußerte Trend zu kürzeren Einsätzen und einem Teilverzicht auf bestimmte Einsätze hin. Zugleich entscheidet die Zahlungsbereitschaft der Klientinnen/-en ein Stück weit über die Nachfrage nach Hauswirtschaftsleistungen.<sup>49</sup>

### ▪ Grosser Einfluss von Kanton und Gemeinden

Die zentrale Steuerung der Entwicklung einer Spitexorganisation erfolgt heute jedoch durch den Finanzierungsanteil von Kanton und/oder Gemeinden, der im Kanton Schwyz bei 41 Prozent der Erträge liegt.

Erstens steuern die Gemeinden und der Kanton über die Festlegung der anerkannten Kosten bei der Restfinanzierung Pflege die Entwicklungsspielräume in den Kerndienstleistungen Pflege. Das Kompetenzprofil der Mitarbeitenden und der Mix in den verschiedenen Leistungskategorien, die Weiterbildung, die Ausweitung der zeitlichen Abdeckung, die Vernetzung und Koordination der Leistungserbringer und klientenorientierte Leistungen, die nicht als KLV-Leistungen abgerechnet werden können sowie weitere Faktoren haben einen wesentlichen Einfluss auf die Vollkosten und damit die Restfinanzierung der öffentlichen Hand. Sie bestimmen im Zusammenspiel mit den Kosten für Führung, Administration, Sachaufwand, Mobilität die Höhe der anerkannten Vollkosten. Die Steuerung in diesem Spannungsfeld stellt für Kanton und Gemeinden eine subtile Aufgabe dar.

Mit den Subventionsbeiträgen an die Vollkosten der Hauswirtschaft haben die Gemeinden/Kantone zweitens einen wesentlichen Einfluss auf die Hauswirtschaftstarife. In Kantonen wie Bern oder Luzern hat sich der Druck auf die Hauswirtschaftsleistungen der Spitex stark erhöht. Der dritte Teil der Finanzierungsbeiträge der Gemeinden/Kantone richtet sich an Zusatzleistungen der Spitex, die Organisationsentwicklung sowie die Entwicklung neuer Angebote.

---

<sup>49</sup> Das Auslösen von Leistungen und Kosten über die Zusatzversicherungen der Krankenkassen, welche ebenfalls von den subventionierten Leistungen im Bereich Hauswirtschaft profitieren, spielt hier ebenfalls hinein.

### ▪ **Höhere Kostentransparenz**

In den Interviews klang an, dass die Gemeinden im Kanton Schwyz den Leitsatz «ambulant vor stationär» umsetzen wollen. Sie werden vermehrt aber eine höhere Kostentransparenz einfordern. Im Rahmen der Studie wurde auf der Basis der Betriebsabrechnungen der einzelnen Spitex-Basisorganisationen eine gegenüber dem heutigen Arbeitsblatt «Benchmarking-Tool» weiter ausdifferenzierte Übersicht der wichtigsten Einflussfaktoren auf die heutigen Kostenstrukturen erarbeitet. Zugleich wurden die Schlüssel, die bei der Umlage der übergeordneten und nicht verrechenbaren Kosten verwendet werden, so dargestellt, dass die Auswirkungen der Umlagen auf die verschiedenen Kostenträger klarer ersichtlich sind. Diese erweiterte Vorlage wird den Spitexorganisationen begleitend zur Studie zur Verfügung gestellt.

In der verfeinerten Übersicht werden Sonderfaktoren, welche die Kostenstrukturen der einzelnen Spitexorganisationen beeinflussen, deutlicher hervorgehoben und können bei einem Vergleich berücksichtigt werden. Solche Kostenfaktoren sind zum Beispiel erweiterte Leistungsaufträge oder Projekte zur Organisationsentwicklung oder Lancierung neuer Dienstleistungen.

Auch können mit diesem erweiterten Instrument die verschiedenen Faktoren auf die Gesamtkosten pro direkt für den Kunden geleisteter Stunden besser herausgearbeitet werden. Dazu zählen unter anderem

- die Kompetenzprofile und der Grade-Mix der in einer bestimmten Leistungskategorie eingesetzten Mitarbeitenden
- die Lohnreglemente und Lohnstruktur
- die durchschnittliche Wegzeit pro Einsatz
- nicht verrechenbare indirekte Leistungen für die Kunden
- direkte Leistungen für die Kerndienstleistungen
- und allgemeine Gemeinkosten für Führung, Administration und Sachaufwand.

Ein Vergleich zeigt, dass das Kompetenzprofil der Mitarbeitenden und die durchschnittliche Wegzeit pro verrechneter Stunde zwar einen wichtigen Einfluss auf die Vollkosten haben. Ihr Einfluss ist aber im Vergleich mit anderen Kostenfaktoren wie den nicht verrechenbaren indirekten Leistungen für die Kunden oder die allgemeinen Gemeinkosten für die Kerndienstleistungen wie Führung und Administration geringer als vielfach angenommen.

### ▪ **Empfehlungen**

- Es ist eine vertiefte Analyse der Kostenstrukturen anzustreben. Diese kann zu Prozessverbesserungen und einer Reduktion von administrativen Aufwänden führen.
- Ergänzend dazu ist eine verstärkte Nutzung der bereits heute elektronisch bestehenden Daten zu Leistungen und Klientinnen-/Klientensituationen anzustreben.
- Das erweiterte Kennzahlenmodell sollte es den Spitexorganisationen ermöglichen, eine höhere Transparenz in den Kostenstrukturen auch gegenüber den Leistungsfinanzierern herzustellen.

## **5.3 Organisationsstrukturen und Zusammenarbeitsformen der Spitex-Basisorganisationen**

### ▪ **Allgemeine Ergebnisse**

Die zehn gemeinnützigen Spitex-Basisorganisationen mit Leistungsauftrag sind im Kanton Schwyz stark regional ausgerichtet und verankert. Die geografische Gliederung des Kantons und die historische Entwicklung haben zu aktuell zehn Standorten und zehn unabhängigen Vereinen geführt, die sich stark in der Grösse und damit auch in der Organisationsstruktur unterscheiden.

In Tabelle 5 auf S. 14 wurden die wichtigsten statistischen Kennzahlen der Spitexregionen dargestellt. Sie zeigen die enorme Spannweite in der Grösse der Organisationen wie auch der Versorgungsregionen. Die drei Innerschwyzer Spitexorganisationen Muotathal, Sattel-Rothenthurm und Gersau decken die

erforderlichen 1 bis 3 Vollzeitäquivalente mit 10 bis 13 Mitarbeitenden und mehrheitlich sehr kleinen Pensen (10-40 Prozent) ab. Diese hohe Anzahl Mitarbeitende mit flexiblen Teilzeitpensen ermöglicht eine Abdeckung der Kerndienstleistungen Pflege und Hauswirtschaft für je zwischen 50 und 70 Klientinnen/-en (ohne Doppelzählung) im Jahr, an sieben Tage die Woche, zwischen 7 bis 22 Uhr.

Demgegenüber stehen die drei grössten Spitexorganisationen Schwyz, Höfe und Untermarch, welche mit einem Stellenumfang von je 30 Vollzeitäquivalenten mit zwischen 60 und 75 Mitarbeitenden, darunter auch viele mit grösseren Pensen (70-100 Prozent), die Versorgung von zwischen 390 und 460 Klientinnen/-en (ohne Doppelzählung) pro Jahr sicherstellen.<sup>50</sup>

In den Interviews wurde von den Zuweisern und Partnerorganisationen keine Unterscheidung zwischen den Spitexorganisationen bezüglich Versorgungsqualität und Bedarfsabdeckung festgestellt. Es wurde darauf hingewiesen, dass die kleinen Organisationen die strukturell bedingten geringeren Kapazitäten durch grosse Flexibilität und hohen persönlichen Einsatz wettmachen. In Bezug auf die aktuelle Versorgung der Bevölkerung ist in den kleineren Spitexregionen auch kein grösseres Risiko einer Unterversorgung zu erkennen.

#### ▪ **Überregionale Zusammenarbeit**

Dazu trägt sicher die überregionale Zusammenarbeit bei, die mit den neuen Anforderungen an die ambulante psychiatrische Versorgung wie auch die zeitliche Abdeckung von 7 bis 22 Uhr an sieben Tagen die Woche auf- und ausgebaut wurde. Gleichzeitig stellen steigende Anforderungen an die Führung und Administration, die sich aus verschiedenen Bereichen wie der Ausbau der EDV, Anforderungen an das Qualitätsmanagement gemäss Administrativvertrag mit den Krankenversicherern oder Datenmanagement und Reporting zusammensetzen, für die kleineren Spitexorganisationen eine gemäss Interviews spürbare Belastung dar. Kommen neue Anforderungen mit Blick auf die Aufnahme weiterer spezialisierter Leistungen oder eines Ausbaus von Nicht-KLV-Leistungen hinzu, dann könnten die personellen Ressourcen der kleinen Organisationen an ihre Grenzen stossen.

Generell ist die starke regionale Verankerung der Spitexorganisationen mit einer ausgeprägten regionalen Orientierung und einer hohen Autonomie verbunden. Die Mitgliedschaft im Spitex Kantonalverband Schwyz, die ungefähr drei Mal pro Jahr stattfindenden Geschäftsleitendenkonferenzen sowie gemeinsame Projekte wie die Einführung einer neuen EDV-Lösung, welche durch den Spitex Kantonalverband koordiniert wurde, stellen die wichtigsten Austauschkanäle zwischen ihnen dar. Diese Kanäle setzen aufgrund der Traktandierung und Verabschiedung der wichtigsten Geschäfte wie auch der Vorausplanung, Budgetierung und Verabschiedung von grösseren Projekten eine Vorlaufzeit voraus. Oft leisten sich die Spitex-Basisorganisationen darüber hinaus bilateral Hilfestellung oder stellen sich gegenseitig Konzepte und Wissen zur Verfügung.

Auf der Ebene der strategischen Ausrichtung der Spitexorganisationen und der Weiterentwicklung des Leistungsangebots wie auch der Organisationsstrukturen werden häufig organisationsspezifische, regionale Lösungen erarbeitet.<sup>51</sup>

#### ▪ **Verstärkung der Zusammenarbeit unter den Spitexorganisationen**

Aus Sicht der Studie sprechen verschiedene Entwicklungen, die in den vorangehenden Kapiteln herausgearbeitet wurden, für eine deutliche Verstärkung der Zusammenarbeit zwischen den Spitex-Basisorganisationen sowohl auf der operativen wie auch strategischen Ebene.

---

<sup>50</sup> Die Zahlenangaben beziehen sich auf das Jahr 2011.

<sup>51</sup> Ein positives Beispiel für eine frühzeitige Koordination und gemeinsame Entwicklung von neuen Handlungsfeldern stellt die Zusammenarbeit zwischen SKSZ und Spitex-Basisorganisationen bei der Erstellung und Umsetzung des Versorgungskonzeptes «Palliative Care Kanton Schwyz» dar.

Die Spitex-Basisorganisationen im Kanton Schwyz sind heute in ihrer Entwicklung und ihren Handlungsspielräumen zwischen den Block der KLV-Leistungen und den ergänzenden Leistungsaufträgen «eingeklemmt». Hinzu dürfte aufgrund der Kostenentwicklung auch ein steigender Druck auf die alltäglichen Handlungsspielräume kommen. Es kann ein bewusster Entscheid der Organisationen sein, sich auf die Handlungsfelder KLV-Leistungen und Leistungsaufträge zu fokussieren. Doch bedeutet dieser Entscheid auch einen Verzicht, organisationsübergreifende Themen (pro)aktiv und mit angemessenen Ressourcen gemeinsam anzugehen.

In den Interviews wurden die Vitalität der verschiedenen Standorte und der Wert der guten regionalen Verankerung deutlich. Davon zeugen auch eine hohe Flexibilität und ein grosses persönliches Engagement, gerade auch von Mitarbeitenden der kleinen Organisationen mit kleinen Teilzeitpensen, auf die in den Gesprächen wiederholt hingewiesen wurde. Es gilt, die Zusammenarbeit zu verstärken, ohne diese Vitalität zu zerstören. Der beste Weg der zukünftigen Ausgestaltung der Zusammenarbeit sollte aus der fachlichen Aufarbeitung der oben genannten Themen und einer vertieften Analyse der Prozesse und Kostenstrukturen deutlich werden. Wichtig ist, dass das Thema Zusammenarbeit nicht nur die kleinen Spitexorganisationen angesichts steigender Anforderungen betrifft, sondern ein zentrales Thema zwischen allen Spitex-Basisorganisationen darstellt.

#### ▪ Empfehlungen

- Viele Herausforderungen und Entwicklungsrichtungen sprechen für eine stärkere Zusammenarbeit der Spitex-Basisorganisationen. Dabei geht es nicht allein um das Verhältnis der kleinen Spitexorganisationen zu den grossen Organisationen. Angesichts der kommenden Herausforderungen berührt es die überregionale Zusammenarbeit aller Spitexorganisationen.
- Die künftigen Herausforderungen werfen auch die Frage auf, wie viele Spitexorganisationen es in Zukunft im Kanton Schwyz geben soll. Die Studie macht dazu bewusst keine Vorschläge. Wir empfehlen jedoch, diese Frage im Rahmen der künftigen Organisationsentwicklung mit zu bedenken.

### 5.4 Zusammenarbeit Spitex-Basisorganisationen und Spitex Kantonalverband Schwyz

#### ▪ Rolle und Aufgaben des Spitex Kantonalverbands

Der Spitex Kantonalverband Schwyz ist der Dachverband der zehn gemeinnützigen Spitex-Basisorganisationen im Kanton Schwyz. Er ist 1998 aus der Schwyzerischen Vereinigung der Gemeindekrankenpflege-Organisationen (SZVG) hervorgegangen. Seine wichtigsten Organe sind Mitgliederversammlung, Vorstand und Geschäftsleitung. Die Mitgliederversammlung wird zweimal jährlich durchgeführt, im Frühling als Delegiertenversammlung, gegen Ende Jahr als Präsidentenkonferenz. Der Vorstand setzt sich aus sieben Mitgliedern zusammen und trifft sich zu ca. zehn Sitzungen pro Jahr. Die Geschäftsstelle umfasst einen Geschäftsleiter und eine Mitarbeitende Sekretariat, die 2012 rund 2'100 Arbeitsstunden aufgewendet haben. Um die operative Ebene der Spitexorganisationen besser einzubinden, werden jährlich etwa drei Tagungen mit den Geschäftsleitenden durchgeführt. Darüber hinaus führt der Spitex Kantonalverband für die Basis-Organisationen jährlich wiederkehrend ein bis zwei Qualitätszirkel, mindestens eine Einsatzleiter/-innen-Tagung und mindestens zwei Fach- und Supervisionstagungen für Mütter- und Väterberaterinnen durch.

Die Finanzierung wird im Wesentlichen durch Beiträge der Mitgliederorganisationen für die Grundaufgaben und für Projekte sowie einem kleinen Leistungsauftrag des Kantons für die Spitexstatistik und Erträgen aus weiteren Dienstleistungen sichergestellt. Die Finanzierung von grösseren Projekten erfolgt im Rahmen der Budgetierung und erfordert zusätzliche Mitgliederbeiträge, für «Eventualprojekte» besteht darüber hinaus ein jährlicher fest budgetierter Projektfonds in Höhe von aktuell CHF 30'000.

Die Beiträge der Mitgliederorganisationen richten sich anteilmässig nach der Anzahl Vertreter der Regionen im Kantonsrat. Dies gilt auch für die Stimmrechte der Mitgliederorganisationen in der Mitgliederversammlung. Eine grosse Umstrukturierung in der Finanzierung erfolgte Ende 2011 mit dem Auslaufen einer umfassenderen Leistungsvereinbarung mit dem Kanton Schwyz. Dieser Wegfall wurde durch eine Neustrukturierung und Anhebung der Mitgliederbeiträge kompensiert.

Der Spitex Kantonalverband Schwyz nimmt verschiedene Aufgaben wahr:

- Vertretung der Mitglied-Organisationen bei Institutionen des öffentlichen und privaten Rechts (u.a. Spitexverband Schweiz, Spitexverband Zentralschweiz, Amt für Gesundheit und Soziales Kanton Schwyz, Partnerorganisationen wie SRK, Pro Senectute,) und Abschluss von Verträgen mit Kanton und Verband der Krankenversicherer
- Information und Beratung der Mitglied-Organisationen (u.a. bei Veränderungen auf der Gesetzes- oder Verordnungsebene (Pflegefinanzierung, Umsetzung des Administrativvertrags mit den Krankenkassen, neues Erwachsenenschutzrecht), Rechtsfragen)
- Förderung der Spitex-Dienste im Kanton Schwyz, insbesondere im Bereich Bildung und Qualität (u.a. Projektkoordination, EDV-Projekt, Umsetzungskonzept Palliative Care Kanton Schwyz, Partnerschaft Spitex - SRK - Pro Senectute auf der Ebene Kanton Schwyz)
- kantonales Reporting und kantonale/nationale Spitex-Statistik
- Zusammenarbeit mit Spitex-Organisationen auf kommunaler, kantonaler und nationaler Ebene

Diese Unterstützungsleistungen werden von den Spitex-Basisorganisationen durchgehend geschätzt und von einzelnen Organisationen in den Interviews auch besonders hervorgehoben.

#### ▪ **Künftige Rolle des Kantonalverbands**

Ein grosser Unterschied in der Wahrnehmung des Spitex Kantonalverbands zeigt sich jedoch auf der Ebene der Weiterentwicklung des Leistungsangebots der Spitexorganisationen und der Impulse zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen.

Bestimmte Grenzen werden dem Spitex Kantonalverband durch die nach Abzug des Grundauftrags für Projekte und gemäss Statuten für die «Förderung der Spitex-Dienste» sowie für die «Zusammenarbeit mit den Spitexorganisationen» frei verfügbaren Mittel gesetzt. Eine weitere Grenze liegt auch in der klassischen Verbandsstruktur. Verschiedentlich wurde in den Interviews auch auf die Leistungen grösserer Kantonalverbände hingewiesen, denen naturgemäss grössere Mittel zur Verfügung stehen. Es fielen in den Interviews Überlegungen, ob der Kanton Schwyz für die Vielfalt der Aufgaben zu klein sei, so dass der Spitex Kantonalverband Schwyz eine engere Zusammenarbeit mit anderen Spitexverbänden oder eine «sparten- oder fachübergreifende Zusammenarbeit» mit anderen Organisationen eingehen sollte.<sup>52</sup>

#### ▪ **Empfehlungen**

- Eine wesentliche Empfehlung der Studie an den Spitex Kantonalverband und die Spitex-Basisorganisationen ist es, die Zusammenarbeit zwischen den Organisationen zu verstärken und verschiedene Projekte und Themen gezielt und koordiniert anzugehen.
- Die Spitexorganisationen sollten gestützt auf die vorliegende Studie neu klären, was sie vom Spitex Kantonalverband Schwyz erwarten und welche Rolle dieser in Zukunft wahrnehmen soll.
- Darüber hinaus müsste nach einer Priorisierung der verschiedenen Entwicklungsthemen ein Budgetrahmen für die verschiedenen Teilprojekte definiert werden.

---

<sup>52</sup> Die Zusammenarbeitsformen und Aufgabenteilung zwischen dem Spitexverband Zentralschweiz und dem Spitex Kantonalverband Schwyz konnte im Rahmen der Studie nicht genauer analysiert werden.

## 5.5 Wettbewerb oder Kooperation – die Ausgestaltung der Beziehung zu den privaten erwerbswirtschaftlichen Organisationen

Dank der Aufnahme der privaten erwerbswirtschaftlichen Spitexorganisationen und freien Pflegefachpersonen in die Spitexstatistiken seit 2010 lässt sich die Entwicklung ihrer Leistungszahlen nachzeichnen. Sie verzeichneten in den vergangenen Jahren einen wachsenden Anteil an den gesamthaft in der Schweiz erbrachten Spitexleistungen. Tabelle 10 auf S. 20 gibt die Situation und den Anteil im Kanton Schwyz wieder. Die privaten erwerbswirtschaftlichen Spitexorganisationen betreuten im Jahr 2011 einen Anteil von 5.2 Prozent aller Klientinnen/-en und leisteten einen Anteil von 6.6 Prozent aller verrechneten KLV-Stunden im Bereich der KLV-Leistungen.<sup>53</sup> Ihr Anteil lag damit im Kanton Schwyz noch deutlich tiefer als in anderen Kantonen wie beispielsweise Luzern mit 17.8 Prozent oder Zürich mit 19.2 Prozent aller verrechneten Stunden.

Die öffentlich-gemeinnützigen Spitexorganisationen befinden sich mit den privaten erwerbswirtschaftlichen Organisationen im Bereich der KLV-Leistungen in einem Wettbewerb, der vom Gesetzgeber explizit gewollt ist. Die Herausforderung für die öffentliche Hand liegt neben der Qualitätssicherung darin, mit der Festlegung der anerkannten Normkosten bzw. der Höhe der Restfinanzierung gleiche Voraussetzungen zwischen Organisationen mit unterschiedlichen Zielen zu schaffen. Gelingt dies, dann dürften auch für die öffentlich-gemeinnützigen Spitexorganisationen positive Impulse aus diesem Wettbewerb entstehen.

Abbildung 37 spiegelt am Beispiel der beiden Kantone Zürich und Schwyz die grossen Differenzen, die in der Restfinanzierung der privaten erwerbswirtschaftlichen Organisationen in verschiedenen Kantonen bestehen.

**Abbildung 37 Restfinanzierung der KLV-Pflegekosten nach Leistungserbringertyp pro verrechneter Stunde (in CHF)<sup>54</sup>**

	Alle Organisationen		Spitex mit Leistungsauftrag		Spitexorganisation ohne Leistungsauftrag (Leistungsangebot ganzer Kanton)		Pflegefachpersonen	
	Krankenkasse	Durchschnittliche Pat.-Beteil.	Normkosten	Normdefizit	Normkosten	Normdefizit	Normkosten	Normdefizit
Kanton Schwyz								
<b>Abklärung u. Beratung</b>	79.80	8.00			87.00	-	96.00	8.20
<b>Untersuchung und Behandlung</b>	65.40	6.55			83.00	11.05	92.00	20.05
<b>Grundpflege</b>	54.60	5.45			76.00	15.95	88.00	27.95
Kanton Zürich								
<b>Abklärung u. Beratung</b>	76.55	8.00	115.10	30.55	103.60	19.05	103.60	19.05
<b>Untersuchung und Behandlung</b>	65.25	24.00	110.30	21.05	99.25	10.00	99.25	10.00
<b>Grundpflege</b>	53.55	12.00	100.95	35.40	90.85	25.30	90.85	25.30
Datenquelle:	Pflegefinanzierungsverordnung der Kantone Zürich und Schwyz und Nabholz-Studie, eigene Darstellung							

<sup>53</sup> Je nach Bezirk werden diese Anteile unterschiedlich hoch ausfallen. Die Zahlen können aber ohne Rückgriff auf die Restfinanzierungsdaten der Gemeinden nicht nach Regionen aufgeschlüsselt werden.

<sup>54</sup> Das Normdefizit wird hier für Erwachsene über 18 Jahren ausgewiesen. Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren wird die Patientenbeteiligung ebenfalls von der öffentlichen Hand übernommen, so dass sich in diesen Fällen das Normdefizit um die durchschnittliche Patientenbeteiligung pro Stunde erhöht.

In der ersten Spalte wird der Beitrag der Krankenkassen an einer Stunde KLV-Pflege, unterschieden nach Art der Pflege, wiedergegeben. Die leicht abweichenden Tarife in Zürich sind in einer Übergangsregelung begründet, die dazu führt, dass in Zürich erst 2014 die nationalen Tarife übernommen werden. In der zweiten Spalte wird die durchschnittliche Patientenbeteiligung pro Stunde gezeigt. In Zürich und Schwyz finden sich trotz einheitlicher Obergrenze von CHF 8 pro Tag zwei unterschiedliche Berechnungsansätze. Im Kanton Zürich wird den Patientinnen/-en zunächst die volle Differenz zwischen den Kosten der verrechneten Spitexleistungen und dem Beitrag der Krankenkassen bis zu einem Maximum von CHF 8 belastet, dann erst kommt die Restfinanzierung der öffentlichen Hand zum Tragen. Im Kanton Schwyz werden den Patientinnen/-en 10 Prozent der Krankenkassenbeiträge belastet bis zur Obergrenze von CHF 8 pro Tag. Die Restfinanzierung der öffentlichen Hand übernimmt von der ersten Minute an die Differenz zu den anerkannten Voll- oder Normkosten. Die Werte in Zürich für den durchschnittlichen Ertrag aus der Patientenbeteiligung pro verrechneter Stunde basieren auf der Schätzung (Nabholz 2010), dass eine durchschnittliche Intervention in der Kategorie Abklärung und Beratung 60 Minuten, in der Kategorie Untersuchung und Behandlung 20 Minuten und in der Grundpflege 40 Minuten dauert.

Im Kanton Zürich werden auch Normkosten für die Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag auf der Basis einer Studie von Nabholz (Nabholz 2010) berechnet. Den einzelnen Gemeinden im Kanton Zürich steht es frei, höhere Vollkosten der Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag anzuerkennen. Im Kanton Schwyz gibt der Kanton nur einen Referenzwert für die Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag gemittelt über alle drei Leistungskategorien vor, der hier aufgrund dieser fehlenden Differenzierung nicht aufgeführt ist.

Im Kanton Schwyz wird bei der Festlegung der Maximaltarife zwischen Spitexorganisationen ohne Leistungsauftrag mit Leistungsangebot ganzer Kanton, Spitexorganisationen ohne Leistungsauftrag und eingeschränkten Leistungsangebot und freiberuflichen Pflegefachpersonen unterschieden. Diese Unterscheidung kennt der Kanton Zürich nicht.

#### ▪ Grosse Unterschiede bei Normkosten und Tarifen

Abbildung 37 zeigt einerseits die grossen Unterschiede in der Höhe der anerkannten Normkosten respektive anerkannten Maximaltarife, wenn eine Spitex ohne Leistungsauftrag (hier mit Leistungsangebot ganzer Kanton) im Kanton Zürich oder im Kanton Schwyz einen Einsatz leistet. Die Gemeinden dürfen zwar Einsicht in die Betriebsabrechnungen der individuellen Spitexorganisation nehmen, sie orientieren sich oft aber an diesen Normkosten. In der Grundpflege betragen die Unterschiede bei den Normkosten für private Spitexorganisationen ohne Leistungsauftrag zwischen den Kantonen Zürich und Schwyz beispielsweise CHF 14.85 pro verrechneter Stunde. Bei den Pflegefachpersonen sind diese Abstände deutlich geringer.

In Zürich wurden die Tarife 2013 für die Spitexorganisationen ohne Leistungsauftrag mit folgender Begründung angehoben. Der Abstand in den Vollkosten zwischen Spitexorganisationen mit und ohne Leistungsauftrag betrage zehn Prozent der Normkosten der Spitex mit Leistungsauftrag. Für diesen Referenzwert setzt sich die Association Spitex Privée Suisse (ASPS) auch auf nationaler Ebene ein. Aus Sicht der Studie trägt diese pauschale Abstufung von 10 Prozent den Leistungsaufträgen und regionalen Gegebenheiten der öffentlich-gemeinnützigen Spitex in keiner Weise Rechnung. Die unterschiedlichen Normkosten bzw. Restfinanzierungsbeiträge sollten regional auf der Basis erweiterter Kennzahlen festgelegt werden.

#### ▪ Handlungsspielräume der Spitexorganisationen und privater Anbieter

Abbildung 37 verdeutlicht die grosse Herausforderung für die öffentliche Hand, gleichlange Spiesse zwischen Organisationen mit und ohne Leistungsauftrag zu schaffen. Der Spitex Kantonalverband Schwyz kann seine Mitglieder hier nur darin unterstützen, in ihren Vollkostenberechnungen Mehraufwände, die aus höheren Verfügbarkeiten, besonderen Kompetenzprofilen, kurzen Interventionen, Projekten oder auch nicht verrechenbaren Beratungsleistungen transparent zu machen. Er kann sie aber auch darin un-



terstützen, Handlungsspielräume durch kosteneffiziente Prozesse und das Nutzen von Synergien zu erhöhen.

Mit der neuen Pflegefinanzierung und der Einführung der Patientenbeteiligung und Restfinanzierung sind die unternehmerischen Spielräume der privaten Organisationen gestiegen. Sie können sie u.a. für die Entwicklung ihrer Dienstleistungen, neuer Instrumente, Qualitätszirkeln oder Klientinnen-/Klienteninformationen, etc. nutzen. Die Kombination mit hauswirtschaftlichen oder sozialbetreuerischen Leistungen sowie mit Wahlleistungen verstärkt die unternehmerischen Handlungsspielräume noch.

Die öffentlich-gemeinnützigen Spitexorganisationen müssen sich ihre unternehmerischen Handlungsspielräume ebenfalls schaffen, aber aus einer anderen Organisationsform und Verankerung heraus. Unter der Voraussetzung der Abgeltung der aus den Leistungsverträgen erwachsenen zusätzlichen Kosten können sie dabei aus einer Position der Stärke heraus agieren.

#### ▪ **Gute Ausgangsposition der Spitexorganisationen**

Die öffentlich-gemeinnützige Spitex ist in der Bevölkerung gut verankert und geniesst ein hohes Vertrauen. Die heutigen Pflegequoten besagen, dass sie mit rund 180 von 1'000 Menschen über 80 Jahren, also fast einem Fünftel, jährlich in Kontakt stehen. In der Gruppe der 65-79 jährigen kommen weitere 40 Klientinnen/-en auf 1'000 Personen dieser Altersgruppe pro Jahr dazu. Über die Jahre hinweg dürfte sie damit Zugang zur Mehrzahl der Familien und Haushalte in ihrer Region gehabt haben. Die öffentlich-gemeinnützige Spitex ist bevorzugter Partner im Austrittsmanagement der Spitäler. Sie ist auch in den jeweiligen Regionen gut verankert und steht in einem engen Austausch mit Pflegeheimen und Hausärzten. Über Einsitz in verschiedene Gremien steht sie im Austausch mit anderen im ambulanten Bereich tätigen Organisationen wie Pro Senectute, Krebsliga, SRK, Alzheimervereinigung, aber auch Freiwilligenorganisationen. Die Spitex versteht sich als attraktive Arbeitgeberin mit fairen Lohnstrukturen und einem guten Angebot an Weiterbildungsmöglichkeiten.

#### ▪ **Empfehlungen**

- Die öffentlich-gemeinnützige Spitex ist in einer guten Ausgangsposition für einen fairen Wettbewerb.
- Stehen die öffentlich-gemeinnützigen Spitexorganisationen im Bereich der KLV-Pflege im Wettbewerb zu privaten Spitexorganisationen, so kommen sie im Bereich der Nicht-KLV Leistungen nicht um eine Kooperation mit den privaten Organisationen herum. Sie können heute ausserhalb des definierten Spektrums der hauswirtschaftlichen Leistungen keine Unterstützungs- und Betreuungsleistungen anbieten, sondern nur andere Organisationen vermitteln. In vielen Regionen schliessen hier private Anbieter Lücken, die nur über den «Markt» abgedeckt werden. Die Studie empfiehlt deshalb den gemeinnützigen Spitexorganisationen zu prüfen, ob und unter welchen Rahmenbedingungen sie im Bereich der hauswirtschaftlichen Leistungen mit den privaten Organisationen zusammenarbeiten wollen.

### **5.6 Massnahmen für eine bedarfsgerechte und kosteneffiziente Weiterentwicklung**

In den Kapiteln 5.1 und 5.2 wurden wichtige Massnahmen für eine Weiterentwicklung des Leistungsangebots der Spitexorganisationen in den Kerndienstleistungen Pflege und Hauswirtschaft und für eine Überprüfung der Kostenstrukturen durch ein verfeinertes Benchmarking bereits dargestellt.

In diesem Abschnitt werden diese Massnahmen ergänzt durch einen Blick auf Leistungen, die seitens Spitex einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung der Pflege- und Betreuungssituation zu Hause und zur Vermeidung eines frühzeitigen Heimeintritts leisten können. Diese sind als solche aber bislang meistens nicht verrechenbar.

### 5.6.1 Koordination-, Beratung und Begleitung durch die Spitex

#### ▪ Allgemeine Ergebnisse

In Abschnitt 2.5.1 auf S. 32 wurde auf die besondere Ausgangssituation der Pflege und Betreuung zu Hause im Vergleich zur stationären Pflege und Betreuung hingewiesen.

Die Spitex tritt mit ihrem Auftrag in die private Welt der Klientinnen/-en und deren eigenen Haushalt ein. Es ist in einem gewissen Sinne immer eine Grenzüberschreitung ins «Private», bei der sich die Spitex mit den lebensweltlichen Vorgaben der Klientinnen/-en konfrontiert sieht. Darüber hinaus arbeitet die Spitex subsidiär zu den Ressourcen und zum Umfeld der/des jeweiligen Klientin/-en. Diese müssen erkannt, einbezogen und zum Teil neu strukturiert werden, um eine tragfähige Ordnung herzustellen. Rahmenbedingungen können sich rasch und krisenhaft ändern und somit diese Ordnung auch wieder in Frage stellen.

Die besondere Ausgangssituation verlangt von der Spitex eine Flexibilität und Lösungsansätze, die oft nur ungenügend über den Leistungskatalog der Krankenversicherung abgedeckt sind. In der Situation zu Hause ist im Gegensatz zu stationären Einrichtungen der Zugang zu wichtigen unterstützenden Angeboten wie Sozial- und Finanzberatung, Besuchsdienste, Seelsorge, Sterbebegleitung, Fahrdienste (und viele weitere mehr) nicht institutionell vorgespurt. Es ist deshalb schwieriger, die Möglichkeiten einer rechtzeitigen Inanspruchnahme von Dienstleistungen zur Sprache zu bringen und ein koordiniertes Zusammenspiel dieser Unterstützungsleistungen sicherzustellen.

#### ▪ Koordination-, Beratung und Begleitung

In der ambulanten psychiatrischen Pflege und in der Palliative Care können neu Leistungen der Spitex zur «Koordination von Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen» erbracht werden.<sup>55</sup> Sie werden mit dem Zeittarif für Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination abgerechnet. Die Leistungen müssen durch eine Pflegefachperson vorgenommen werden, die eine zweijährige praktische Tätigkeit in interdisziplinärer Zusammenarbeit und im Patientenmanagement in Netzwerken nachweisen kann. Dies ist eine wichtige Erweiterung des Leistungskatalogs. Aber sie deckt nur bestimmte Ausnahmesituationen ab, und dies zum Teil auch nur mit einer spezifischen Ausrichtung.

Erbringt eine Spitex ausserhalb dieser genau spezifizierten Situationen Leistungen zur Überprüfung, Koordination und Stabilisierung des Umfelds oder zur Neuordnung einer Situation, fallen die entsprechenden Stunden unter die indirekten Leistungen für einzelne Klientinnen und Klienten oder sie werden unter einer anderen administrativen Kategorie erfasst. Sie können nicht gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden. In der definitiven Betriebsabrechnung oder beim Ausweisen der Vollkosten pro verrechneter (oder auch direkt vor Ort geleisteter) Stunde wird oft nicht mehr unterschieden, welche Kategorie von nicht verrechenbaren Leistungen welchen Beitrag an die Gemeinkosten leistet. Das macht es schwierig, festzustellen, ob die nicht verrechenbaren Leistungen mit einem direkten Kundennutzen verbunden oder die Folge eines hohen administrativen Aufwands sind.

Je zielorientierter eine Spitex im Sinne des übergeordneten Auftrags des Erhalts und der Förderung der Selbständigkeit des Klienten, einer Stabilisierung des Umfelds und einer subsidiären Leistungserbringung arbeitet, desto grösser kann unter Umständen die Spannung zwischen der Zielwirksamkeit der Leistungen und der betriebswirtschaftlichen Kosteneffizienz werden.

---

<sup>55</sup> Artikel 7 Krankenpflegeleistungsverordnung, Abs. 2 a. 3.

### ▪ Umsetzung Palliative Care auf der Ebene der Spitexorganisationen

Das Umsetzungskonzept Palliative Care Kanton Schwyz hat mit der Palliativstation und dem Kompetenzzentrum am Spital Schwyz, den davon ausgehenden Weiterbildungsangeboten oder dem geplanten ambulanten mobilen Palliative Care Team wichtige Massnahmen für eine verbesserte palliative Versorgung in die Wege geleitet.

Bei der Umsetzung des Konzeptes auf der Ebene der Spitexorganisationen geht es nicht allein um den Aufbau entsprechender spezialisierter Pflegekenntnisse und um die Nachtabdeckung. Beides sind notwendige Voraussetzungen. Mit dem Ziel, mehr Menschen als bisher den Wunsch zu erfüllen, zu Hause in der gewohnten Umgebung sterben zu können, muss es gelingen, ein stabiles Umfeld zu schaffen, die Angehörigen entsprechend zu begleiten und die notwendigen Betreuungs- und Unterstützungsleistungen zu koordinieren. Die Möglichkeit zu Hause zu sterben, entscheidet sich oft nicht erst in den letzten Lebenstagen, sondern in vielen Momenten zuvor, wiederkehrend, in einem längeren Prozess. In den nächsten Jahren wird die Zahl der Todesfälle im Kanton Schwyz, insbesondere in der Gruppe der über 80jährigen, zunehmen. Damit wird das Thema Betreuung und instrumentelle Unterstützung in den Vordergrund treten.

Im Umsetzungskonzept Palliative Care findet sich unter den für die Palliativstation am Spital Schwyz gegebenen Voraussetzungen eine sehr treffende Beschreibung von Palliative Care: *«Palliative Care erfolgt als Disziplinen übergreifende Zusammenarbeit. Weitere am Spital Schwyz verfügbare Dienste sind Sozialdienst, Psychoonkologische Beratung, Physiotherapie, Seelsorge, Ernährungsberatung, Ergo- und Logotherapie, Sozialpsychiatrie, Anästhesie (Schmerztherapie), Rheumatologie sowie situativ freiwillige Helfer (Sterbebegleiter).»* Und mit Blick auf die personellen Ressourcen für die Pflege Palliativstation wird festgehalten: *«Der im Konzept ausgearbeitete Stellenplan berücksichtigt den hohen Zeitaufwand für Gespräche, Koordination mit anderen Diensten und für die aufwändige Dokumentation.»* Ein weiterer charakteristischer Zug von Palliative Care ist in der folgenden Aussage des Umsetzungskonzeptes festgehalten: *«Bei Palliative Care handelt es sich um ein individuell veränderliches Konzept. Davon ausgehend ist es nötig, mit der betroffenen Person immer wieder neu zu klären, was für sie in der aktuellen Situation Lebensqualität bedeutet.»*<sup>56</sup>

### ▪ Palliative Care in der ambulanten Versorgung

Analoge Anforderungen stellen sich auch in der ambulanten Versorgung. Auch hier müssen die Psychoonkologische Beratung, Seelsorge oder Sozialberatung rechtzeitig beigezogen werden, medizinische, therapeutische und pflegerische Massnahmen koordiniert, zusätzlich ein stabiles Netz aus professionellen und informellen Betreuungs- und Unterstützungsleistungen aufrecht erhalten und die finanziellen Grundlagen geklärt werden. Die Spitex steht hier nicht in alleiniger Verantwortung. Je nach Situation ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, Spitex, ambulanten Angeboten der Spitäler und anderen ambulanten Leistungserbringern, unter Einschluss der «Sozialen Arbeit» und Freiwilligenarbeit, notwendig und sinnvoll.

Im Rahmen einer Begleitforschung zu einem Projekt *«Begleitung in der letzten Lebensphase. Eine lebensweltorientierte Untersuchung im Praxisfeld der Palliative Care»* im Kanton Luzern wurden von der Hochschule Luzern Interviews mit Angehörigen von Menschen, die in den zurückliegenden sechs Monaten verstorben sind und ambulant zu Hause begleitet wurden, durchgeführt. Der Spitex wird eine wesentliche Rolle in der ambulanten palliativen Versorgung und aus Sicht der Angehörigen der grösste Einfluss unter den externen Institutionen zugeschrieben.<sup>57</sup>

Die Spitex leistet einen Beitrag an die wiederkehrende Klärung, was für die/den Klientin/-en und ihre/seine Angehörigen Lebensqualität in der aktuellen Situation ist, und diese Lebensqualität wird durch

---

<sup>56</sup> Alle Zitat stammen aus: Trütsch, M., Grünig, S. (2012). Palliative Care im Kanton Schwyz. Umsetzungskonzept

<sup>57</sup> Gentile et al. (2013), noch unveröffentlicht.

die Stabilität der gesamten Betreuungssituation mitbestimmt. Sie ist fallspezifisch eingebunden in eine Koordination von Leistungen und Leistungserbringern, die über das medizinisch-pflegerische hinausgehen, weil sie auch das Soziale und Seelsorgerische mit einbezieht. Es braucht einen regelmässigen Austausch einerseits zwischen den Organisationen, andererseits auch auf der individuellen Fallebene. Dies bedeutet unter anderem einen höheren Aufwand an Sitzungen, aber auch an die Dokumentation. Der Einbezug von Freiwilligen erfordert, gerade wenn er nicht nur in den letzten Lebenstagen als Sterbebegleitung erfolgt, eine gute Einführung, Abstimmung und einen regelmässigen Informationsfluss.

Nicht alle diese Leistungen werden durch den Leistungskatalog der Krankenversicherung abgedeckt, auch nicht unter Einbezug der seit 2012 abrechenbaren Koordinationsleistungen nach Art. 7, Abs. 2 a. 3. Dies zeigt sich auch in den Jahresberichten entsprechender Spitexorganisationen oder Spitex-Leistungsbereiche wie z.B. des Brückendienstes der Spitex Stadt Luzern oder der Onkospitex Stadt Zürich. Diese sind zur Finanzierung von Deckungslücken unter anderem auf Spenden und Mitgliederbeiträge angewiesen. Ein Teil der Leistungen wird auch wie andere direkte Leistungen für Klienten, die nicht über die Krankenversicherung abgerechnet werden können, über die Restfinanzierung der öffentlichen Hand getragen.

#### ▪ Empfehlungen

- Die Spitexorganisationen sollten ihre Leistungen in der Koordination, Beratung und Begleitung, welche nicht über die Pflegeplanung und den KLV-Leistungskatalog abgerechnet werden können, klarer darstellen.
- Diese Leistungen fallen oft in die Lücke zwischen der Ausrichtung der Krankenversicherung auf pflegerische Leistungen und den expliziten Leistungsaufträgen der öffentlichen Hand. Es besteht darüber hinaus eine Gefahr, gewisse Leistungen an externe Leistungserbringer zu triagieren oder neue Angebote mit eigener Kostenrechnung zu schaffen. Dies obwohl die Leistung im unmittelbaren Kontext und Klientenkontakt am wirksamsten hätte erbracht werden können.

### 5.6.2 Ein Beitrag zur Vermeidung von frühzeitigen Heimeintritten

In den Interviews und der Dokumentenanalyse wurde deutlich, dass oft nicht eine eigentliche Pflegebedürftigkeit, sondern eine fehlende Unterstützung bei den instrumentellen Tätigkeiten des Alltags oder Phasen von Unwohlsein oder Unsicherheit Auslöser für einen frühzeitigen Heimeintritt sein können. Diese Verunsicherung geht nicht nur von den Betroffenen selbst, sondern oft auch von den Angehörigen aus.

Es stellt sich die Frage, wie diese Zielgruppen in einer für sie instabilen oder kritischen Situation oder in einer dauerhaften Unterversorgung erreicht werden könnten. In den Interviews wurde ein Bedarf nach einem niederschweligen Angebot, welches Kriseninterventionen oder gewisse Abklärungen beinhaltet, für Personen genannt, die noch nicht Spitexklientinnen/-en sind und auch noch nicht das Gefühl haben, regelmässig Spitex beziehen zu müssen. Der Aufwand für das RAI-HC Assessment und das Einholen eines Spitexauftrags würden in keinem angemessenen Verhältnis zum beanspruchten Leistungsumfang stehen. Ein weiterer Beitrag zur Sicherheit dieser Zielgruppe würde in der Öffnung des Nachtpiketts der Spitex liegen.

Diese Themen wurden in den Interviews auch im Zusammenhang mit Alterswohnungen aufgeworfen, die nicht in unmittelbarer Nähe eines Pflegeheims oder eines Spitexstützpunktes liegen.

#### ▪ Empfehlungen

- Die Spitexorganisationen erreichen diese aus Sicht der Umsetzung der Altersleitbilder wichtigen Zielgruppen nicht oder nur bedingt. Eine Öffnung und Erweiterung des Spitexangebots für diese Zielgruppen ist zu überprüfen.

- Oft zögern Betroffene und Angehörige, rechtzeitig Hilfe zu suchen und in Anspruch zu nehmen. In einem kantonalen Versorgungskonzept zur ambulanten und stationären Pflege und Betreuung müsste deutlich werden, dass solche niederschweligen Spitexleistungen elementarer und gewünschter Bestandteil der Versorgung sind, die einen wichtigen Beitrag für den Verbleib in der privaten Wohnumgebung und zur Sicherheit der Bewohner/-innen leisten.

### 5.6.3 Wahlleistungen

In den Interviews wurde bei der Frage nach Lücken in der ambulanten Versorgung ausserhalb der Kerndienstleistung Pflege vor allem auf die wachsende Bedeutung von Betreuungsleistungen verwiesen. Ein zentrales Thema ist die erwartete Zunahme der Anzahl an Demenz erkrankter Menschen, bei denen oft weniger die Pflege als die Unterstützung in den instrumentellen Aktivitäten des Alltags und die Betreuung im Vordergrund stehen. In der Betreuung und Begleitung, in der Planung und Koordination von instrumentellen Unterstützungsleistungen für Alleinstehende wurde eine weitere wichtige Lücke im heutigen Angebot gesehen. Verschiedentlich wurde auch auf Lücken in der Betreuungssituation in Haushalten mit Kindern verwiesen, bei denen eines der Elternteile erkrankt ist. Das Profil der Familienhilfe konnte Betreuungsleistungen anbieten, die von den heutigen Kerndienstleistungen der Spitex und dem Kinderbetreuungsdienst des SRK nicht in diesem Sinne abgedeckt werden. Angesprochen wurde in diesem Zusammenhang auch die Situation von Kindern in Familien, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist.

Betreuung, Begleitung oder instrumentelle Unterstützungsleistungen können von älteren Menschen über das wachsende Angebot privater Anbieter bezogen werden. Die Preise institutioneller Anbieter bewegen sich oft aber auf einer Höhe zwischen 43 und 50 Franken pro Stunde. Zusätzlich ist zum Teil eine bestimmte Mindeststundenzahl pro Einsatz vorgegeben. Werden diese Leistungen nicht von einer anerkannten Spitexorganisation erbracht, dann würde von den Ergänzungsleistungen nur eine Rückvergütung bis zur Höhe von CHF 25 pro Stunde übernommen.

#### ▪ Mögliche Aufgaben für die gemeinnützigen Spitexorganisationen

Für die gemeinnützigen Spitexorganisationen stellt sich die Frage, ob und zu welchem Preis sie Leistungen in diesem Bereich anbieten können. Diese Überlegung wird gestützt vom Wunsch vieler Klienten, möglichst viele Leistungen aus einer Hand zu erhalten. Für die Spitexorganisationen wäre es umgekehrt analog zur Hauswirtschaft ein wichtiger Erstkontakt zum Klienten, innerhalb dessen eine häusliche Situation stabilisiert und gegebenenfalls rechtzeitig weitere Massnahmen ergriffen werden können.

In Tabelle 13 wurden einige Preise privater Anbieter zusammengestellt. Die Angebotspreise privater Spitexorganisationen wie auch privater erwerbswirtschaftlicher Anbieter ohne Spitexbewilligung bewegen sich (inkl. MwSt.) zwischen 43 und 50 Franken pro Stunde. Der Haushaltsservice der Schwyzer Bäuerinnenvereinigung kann seine Leistungen heute zu (inkl. MwSt.) CHF 38.70 für wiederholte Einsätze und CHF 42.70 für Einzeleinsätze anbieten. Diese Preise beruhen auf einer niedrigen Marge und einer schlanken Koordination und Administration und sind mit der nicht gewinnorientierten Ausrichtung des Haushaltsservices verbunden. Die Gestehungskosten des SRK Entlastungsdienstes liegen über den Angebotspreisen von CHF 15.00 für die ersten vier Stunden und CHF 30.00 für weitere Stunden, die dank der Mitfinanzierung über einen Leistungsauftrag der Gemeinden möglich werden. Die Vollkosten dürften in der Höhe von rund CHF 45 pro Stunde liegen. Sie beinhalten einen höheren Beratungs- und Koordinationsaufwand als der Haushaltsservice.

In diesem Umfeld bewegen sich nicht subventionierte Leistungen der gemeinnützigen Spitexorganisationen. Die heutigen Vollkosten für die hauswirtschaftlichen Leistungen lagen 2012 im Schnitt bei 75 Franken mit einer grossen Streuung zwischen den Basisorganisationen. In diesen Kosten sind allerdings auch die Wegzeiten mit enthalten. Die Hauswirtschaftsleistungen sind darüber hinaus nur ein grober Anhaltspunkt für die Kostenstruktur weiterer Wahlleistungen, weil die enge Einbindung in die Kerndienstleistung Pflege, die rasche Verfügbarkeit, Versorgungssicherheit und weitere Faktoren Overheadkosten mit sich bringen, die bei anderen Wahlleistungen nicht zwingend anfallen. Das erweiterte Kennzahlenmodell

soll die Spitexorganisationen darin unterstützen, untere Preisgrenzen für nicht subventionierte Wahlleistungen in Abhängigkeit von den erforderlichen Kompetenzprofilen und möglichen Organisationsformen zu evaluieren.

Bei der Zusammenstellung des heutigen Leistungsangebots der Spitexorganisationen ergänzend zu den Kerndienstleistungen Pflege und Hauswirtschaft und den klassischen Angeboten wie Mahlzeitendienst, Koordination, Fahrdienst oder Krankenimmobilien in Tabelle 14 zeigte sich ein eher begrenztes Angebot an nicht-subventionierten Wahlleistungen. Dieses Angebot nimmt vom Umfang her einen kleinen Anteil ein und wird zumeist nur von einzelnen Spitexorganisationen angeboten. Beispiele sind die Gesundheitsförderung und Altersinfo Höfe, die Botengänge Arzt/Apotheke Küssnacht oder die Komfort- und Betreuungsleistungen Untermarch.

Die gemeinnützige Ausrichtung der Spitex-Basisorganisationen bietet ihnen einen weiteren Weg zur Erweiterung des Leistungsangebots, der von einzelnen Spitexorganisationen in anderen Kantonen bereits stärker genutzt wird. Dieser Weg besteht in einer engeren Zusammenarbeit mit Unternehmen, Stiftungen oder Sponsoren sowie des Einsatzes von Spenden, wenn aufgezeigt werden kann, dass Versorgungslücken bestehen, die nicht über den Markt allein geschlossen werden können.

#### ▪ Empfehlungen

- Der unternehmerische Handlungsspielraum der Spitexorganisationen wird heute sehr stark durch die KLV-pflichtigen Pflegeleistungen und die subventionierten Hauswirtschaftsleistungen bestimmt. Die Evaluation von erreichbaren «unteren» Preisgrenzen in Abhängigkeit von den erforderlichen Kompetenzprofilen und möglichen Organisationsformen für nicht subventionierte Wahlleistungen, beispielsweise für die oben skizzierten Betreuungsleistungen oder nichtpflegerische Beratungs- und Koordinationsleistungen, würde eine grössere Klarheit über weitere potenzielle Handlungsfelder der gemeinnützigen Spitex schaffen. Gleichzeitig gäbe die Evaluation Hinweise, welche Angebote Spitexklientinnen/-en bevorzugt über eine verstärkte Kooperation mit externen Anbietern zugänglich gemacht werden sollte.
- Bei Versorgungslücken, die aus Sicht der Spitex nicht über den Markt geschlossen werden können, wäre eine verstärkte Zusammenarbeit mit Unternehmen, Sponsoren, Stiftungen oder der Einsatz von Spendengeldern und Mitgliederbeiträgen zu überprüfen.

#### 5.6.4 Personalrekrutierung, Aus- und Weiterbildung

Die Dokumentenanalyse und die Interviews zeigen ein grosses und bewusstes Engagement der Spitexorganisationen in der Ausbildung. Heute werden in sieben von zehn Basisorganisationen «Fachangestellte Gesundheit (FAGE)» ausgebildet. Nur die drei kleinsten Spitexorganisationen führen strukturbedingt keine Ausbildungsplätze.

Eine Berechnung unter Einbezug der von den Auszubildenden direkt beim Kunden geleisteten Stunden in die Kosten-/Ertragsbilanz der Kostenstellen PH/HF- und FAGE-Ausbildung zeigt, dass sich die Investition in die Ausbildung für die Spitexorganisationen nicht nur mit Blick auf die Zukunft und auf den kontinuierlichen Austausch zwischen Praxis und Ausbildungsinstitutionen lohnt. Die Investitionen amortisieren sich über die Ausbildungszeit hinweg und sind zum Teil sogar gewinnbringend.

#### ▪ Künftiger Personalbedarf

Im Bereich der stationären Langzeitpflege wurde in Kapitel 4.1.1 ein zusätzlicher Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal von 390 Vollzeitäquivalente (von heute 852 auf 1'240 Vollzeitäquivalente) bis ins Jahr 2025 berechnet, wenn die geplante Bettenquote von 22 Prozent im Jahr 2025 eingehalten werden kann und von einem konstanten Stellenschlüssel wie 2011 ausgegangen wird.

Auch bei den Spitexorganisationen ist mit einem steigenden Personalbedarf zu rechnen, der aber aufgrund der unterschiedlichen Einflussfaktoren und der schlechteren Datenlage im ambulanten Bereich nur sehr schwer abzuschätzen ist.

Eine Abschätzung der ambulant zu Hause durch die Spitex und/oder Angehörige gepflegten Personen ergab einen Anstieg von 800 Personen im Jahr 2011 auf 1'400 Personen im Jahr 2022. Dies entspricht einer Steigerung von rund 75 Prozent.

Im Jahr 2011 waren 350 Mitarbeitende mit 168.5 Vollzeitäquivalenten für die gemeinnützigen Spitexorganisationen im Kanton Schwyz tätig, davon 305 Personen (147 Vollzeitäquivalente) in der Hauptfunktion «Pflege und Hilfe». Eine Hochrechnung des Personalbedarfs ist aufgrund der doppelten Funktion der Spitex in der ambulanten Nachsorge nach einem Spitalaufenthalt einerseits und der Langzeitpflege andererseits schwierig. Unbestimmt ist auch, wie sich das Potenzial der Angehörigenpflege und dessen Nutzung entwickelt. Dennoch dürfte angesichts des starken Wachstums der Anzahl der zu Hause gepflegten und betreuten Menschen eine stark steigende Personalnachfrage der Spitex auf eine ebenfalls stark steigende Nachfrage der Pflegeheime treffen.

#### ▪ Empfehlungen

- Die Spitexorganisationen engagieren sich bereits heute stark in der Ausbildung. Wünschenswert wäre in Zukunft ein weiterer Ausbau. Zu prüfen sind Ausbildungsverbünde und die Einrichtung eines Berufsbildungsfonds.
- Über ein weitgehend einheitliches Lohnreglement in allen Spitexregionen werden faire Anstellungsbedingungen sichergestellt. Weitere Massnahmen wie ein ausgebauter Zugang zu Weiterbildungen, auch in Zusammenarbeit mit Spitälern und Pflegeheimen, und eine intensiviertere Beziehungspflege zu ehemaligen Auszubildenden und Mitarbeitenden sind zu überprüfen.
- Eine engere Zusammenarbeit zwischen den Spitexorganisationen dürfte Synergien zwischen den Spitexorganisationen schaffen, Qualifikationen besser auslasten und sich mittelfristig positiv auf den Personalbedarf auswirken. Eine engere Zusammenarbeit könnte die Spitexorganisationen auch bei der Personalrekrutierung stärken.

### 5.7 Vernetzung der Spitexleistungen mit anderen Angeboten zu einem tragfähigen Netz ambulanter Pflege und Betreuung

In den Interviews und der Dokumentenanalyse wurde sichtbar, dass trotz Lücken in der ambulanten Pflege und Betreuung ein breites Angebot an Dienstleistungen und Beratung besteht. Dies verdeutlicht eine Aussage im Interview mit der Drehscheibe Höfe sehr schön. Dank aufsuchender Beratung, Koordination von Dienstleistungen, Vernetzung verschiedener Anbieter und Begleitung der/des Klientin/-en kann trotz dieser Lücken bereits heute fast immer eine Lösung gefunden werden. Dies relativiert die Bedeutung der Lücken nicht, denn es erfordert einen erhöhten Aufwand, diese zu überbrücken. Zusätzlich muss zum Teil zur Finanzierung der Lösungen auf Einzelfallhilfen und Fonds zurückgegriffen werden. Aber diese Erfahrung verdeutlicht die grundsätzlichen Aussagen, die sich durch alle Interviews ziehen.

Das Angebot ist zum Teil so breit und ausdifferenziert, dass es von den Klientinnen/-en und ihren Angehörigen oft nicht überblickt werden kann. Die Klientinnen/-en benötigen selten eine Leistung allein, sondern meistens eine Mischung aus verschiedenen Unterstützungsleistungen und Pflege. Diese erhalten sie dann aber selten aus einer Hand. Koordination und Informationsfluss stellen Leistungserbringer wie auch Klientinnen/-en und ihre Angehörigen vor eine grosse Herausforderung. Oft sind die Angebote aufgrund der Mitfinanzierung durch Spenden oder Beiträge der öffentlichen Hand an gewisse Zugangsbedingungen gebunden, die nicht immer reibungslos ineinandergreifen. Die Breite des Angebots kann überdecken, dass es nicht immer rechtzeitig und auch nicht für alle Regionen und Bevölkerungsgruppen verfügbar ist. Zahlungsbereitschaft und Zahlungsvermögen kombiniert mit der heutigen Mischfinanzierung der Pflege und Betreuung in der Schweiz (aus verschiedenen Quellen, mit unterschiedlichen Ausführungsbestim-

mungen und Karenzfristen) führen oft zu finanziellen Unsicherheiten und Finanzierungslücken, die den Zugang zu den Leistungen ebenfalls erschweren.

In vielen Fällen fehlt es weniger an einem konkreten Angebot, als an einer Vernetzung, Abstimmung oder Koordination.

#### ▪ **Die Rolle der Spitex in der Vernetzung**

Die Spitex ist nahe an den Klientinnen/-en. Deshalb ist sie von dieser Ausgangssituation sowohl auf der Ebene der Organisation in Bezug auf die Rolle der Spitex als auch auf der Ebene der Mitarbeitenden vor Ort betroffen. Die Spitexorganisationen wie auch die Mitarbeitenden werden stark entlastet, wenn ein kantonales Versorgungskonzept ambulante Pflege und Betreuung erarbeitet wird, welches die Angebote und finanziellen Unterstützungsleistungen in ein klar kommunizierbares, tragfähiges Netzwerk ambulanter Pflege und Betreuung einbindet. Es würde die Arbeit vor Ort vereinfachen, weil es sowohl Mitarbeitenden wie auch Klientinnen/-en eine Verständigungsbasis und Orientierung bietet und mit einer raschen Weitervermittlung innerhalb des Netzwerks den Druck vom ersten Schritt ins Netzwerk nimmt.

Auf der Ebene der Vernetzung der Spitexleistungen mit den Angeboten anderer Leistungserbringer scheint eine Klärung der Ausrichtung und Weiterentwicklung des Spitexangebots vor allem im Bereich Hauswirtschaft, Betreuung und Entlastung wichtig. In den Interviews zeigte sich, dass andere Organisationen trotz eines guten Einverständnisses auf einer übergeordneten Ebene die konkrete kundenbezogene Zusammenarbeit mit der Spitex oft als personen- und organisationsabhängig wahrnehmen. Die Information der Klientinnen/-en über Angebote, die die Spitex selbst nicht wahrnehmen kann, erfolgt nicht gleich systematisch oder intensiv. Häufig handeln die Mitarbeitenden einer Organisation im konkreten Einzelfall nicht aus der Vernetzungsperspektive, sondern aus der Perspektive der eigenen Organisation. Die Vernetzung geschieht heute oft auf der strategischen Ebene, aber sie muss sich bis auf die operative Ebene einzelner Mitarbeitender fortpflanzen. Sie ist auch dort erschwert, wo die Spitex auf der Organisationsebene noch keine klare Entscheidung getroffen hat, ob sie in einem Angebotsfeld mittelfristig selbst auftreten will.

#### ▪ **Case-Management**

Eine gute Vernetzung der Leistungserbringer bedeutet nicht, dass es in einzelnen Fällen nicht eine intensivere, fallspezifische Koordination braucht. In den Interviews wurden die kundenbezogene Koordination oder das Case-Management verschiedentlich angesprochen. Häufig wurden die Kompetenzen für das Case-Management aus Sicht der Sozialen Arbeit, der Perspektive Pflegenden Angehöriger oder der Pflege und Betreuung der Klientinnen/-en bei der eigenen Organisation gesehen. Ob sich daraus ein Nachteil für die Klientinnen/-en ergibt oder ein potenzieller Konflikt bei einer weiteren Vernetzung besteht, kann aus den Interviews nicht abgeleitet werden. Vermutlich verweisen diese Aussagen aber auch darauf, dass in praktisch keiner Perspektive das Case-Management finanziell entsprechend vergütet wird. Die Wahrnehmung dieser Aufgabe widerspricht damit der betriebswirtschaftlichen Rationalität.

In Abschnitt 5.6.1 wurde darauf hingewiesen, dass die Spitex in der Ausgangssituation der Pflege zu Hause immer auch eine gewisse Koordination, Beratung und Begleitung wahrnimmt, selbst wenn sie diese nicht direkt abrechnen kann. Interessant mit Blick auf die Frage eines ungedeckten Bedarfs an Case-Management wäre eine Abschätzung, in wie vielen Fällen ein leicht erweiterter Handlungsspielraum der Spitex ausreichend ist, und in welchen Fällen ein zusätzliches, intensiveres Case-Management erforderlich ist.

Die Drehscheibe Höfe bietet im Kanton Schwyz ein interessantes Modell für ein unabhängiges, aufsuchendes und vernetzendes «Coaching» und «Case-Management», welches in komplexen Fällen weiterhilft, in denen eine einzelne Institution nicht zu einer Lösung kommt. Das Angebot besteht zur Zeit nur regional. Interessant wäre eine Einschätzung der Spitexorganisationen in anderen Regionen zu Bedarf und Ausgestaltung eines entsprechenden Angebots.



## ▪ Empfehlungen

- Die Spitex-Basisorganisationen und der Spitex Kantonalverband Schwyz sollten die Erarbeitung eines kantonalen Versorgungskonzeptes ambulante Pflege und Betreuung unterstützen und sich in die Erarbeitung aktiv einbringen.
- Eine Klärung der Ausrichtung und Weiterentwicklung des Spitexangebots ausserhalb der Kerndienstleistungen und damit auch ein Entscheid, welche Angebote sie nicht selbst erbringen wird, ist eine wichtige Grundlage für die Vernetzung der Spitex mit den anderen Leistungserbringern.
- Die Studie plädiert für eine Öffnung regionaler Anlaufstellen hin zu einer intergenerationellen Perspektive von Pflege und Betreuung und eine verstärkte über(regionale) Zusammenarbeit, um die Auslastung, Zugänglichkeit und Verfügbarkeit zu erhöhen. Es ist für die Spitexorganisationen zu überprüfen, ob sie in einzelnen Regionen der geeignete Träger solcher Anlaufstellen sein könnten.

## 5.8 Klärung der Angebote der Spitex im Rahmen von Konzepten «Betreuten Wohnens» und einer «Notfallversorgung» für Alterswohnungen

Der Entwicklung alternativer Wohnformen und der Förderung gemeinschaftlicher, oft intergenerativer Wohnprojekte wird eine hohe Bedeutung zugesprochen. Die Zahl solcher Wohnformen und -projekte hat in der Schweiz wie auch im Kanton Schwyz in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Sie reichen von zentrumsnahen Alterswohnungen über trägerinitiierte Mehrgenerationen-Wohnprojekte, selbst initiierte Wohnprojekte und Hausgemeinschaften, Formen des Betreuten Wohnens bis zu Pflegewohngruppen.

Bei diesen Projekten wird oft darauf geachtet, dass nachbarschaftliche Hilfen zwischen verschiedenen Generationen und Bewohnergruppen gestärkt werden. Gemeinschaftliche Wohnprojekte sollen den Austausch gegenseitiger Unterstützungsmassnahmen stärken und helfen, durch ein Angebot an Begegnungsräumen und gemeinschaftlicher Aktivitäten einer sozialen Isolation vor allem älterer Menschen vorzubeugen.

## ▪ Rolle der Spitex

Zusätzlich zur gemeinschaftlichen und informellen Hilfe gilt es, ein geeignetes Angebot an Pflegedienstleistungen und anderen bezahlten Hilfs- und Unterstützungsleistungen einzubinden. Im Kanton Schwyz hat sich für Wohnformen und -projekte, die in der Nähe eines Pflegeheims liegen, ein entsprechendes Angebot herausgebildet. Dieses Angebot wird oft in Zusammenarbeit zwischen Pflegeheim und Spitex erbracht. Das Pflegeheim übernimmt häufig die Nachtabdeckung und erbringt Serviceleistungen im Bereich Mahlzeiten, Wäsche oder die Einbindung in das kulturelle und soziale Leben des Heims. Die Spitex übernimmt die Leistungen in der Pflege und Hauswirtschaft am Tag.

Offen ist die Frage einer geeigneten Abdeckung von neuen Wohnformen, die nicht in dieser Form erreicht werden können. Die Träger solcher Wohnprojekte werben oft um die direkte räumliche Einbindung der Spitex, um die Nähe zu den Bewohnerinnen/-nern, Austausch, Beratung und Sicherheit sicherzustellen. In Einzelfällen kann die Einbindung eines solchen Spitex-Stützpunktes mit den Standortinteressen einer Spitex-Basisorganisation zusammenfallen. Konsequenz umgesetzt würde dies zu einer Zerstückelung der Organisationsstrukturen führen.

Für die Spitexorganisationen stellt sich die Frage, welchem Bedarf und welchen Erwartungen an professionelle Unterstützungsleistungen sie ergänzend zu ihrem heutigen Angebot an Kerndienstleistungen in den Feldern Nachtabdeckung, erweiterte Serviceleistungen, Koordination und Verbindung professioneller und informeller Hilfe und einem niederschweligen Angebot an Beratung, Erreichbarkeit und präventiven Massnahmen gerecht werden will und kann. Es gibt in der Literatur Hinweise darauf, dass ältere Menschen nicht bereit sind, für diese Leistungen kostendeckende Entgelte zu bezahlen. Oder es wurde

ein Hilfebedarf ermittelt, aber nach der Bereitstellung des Hilfsangebotes konnte keine entsprechende Nachfrage verzeichnet werden. Tragfähige Lösungen verlangen einen frühzeitigen Einbezug aller relevanten Akteure.

#### ▪ Empfehlungen

- Die Spitex-Basisorganisationen und der Spitex Kantonalverband Schwyz sollten die Frage der Nachtdeckung alternativer Wohnformen bei der Erstellung des Nachtpiketts-Konzepts einbeziehen.
- Das Angebot an Unterstützungsleistungen, die die heutigen Kerndienstleistungen Pflege und Hauswirtschaft ergänzen können, wird ebenfalls sehr stark von den möglichen Angebotspreisen bestimmt und unterstützt die Empfehlung einer raschen Evaluation von «unteren Preisgrenzen» in Abhängigkeit vom angestrebten Kompetenzenprofil und Organisationsform dieses Angebotsbereichs.
- Die Spitexorganisationen sollten proaktiv ein Konzept für ihre Positionierung im Bereich alternative Wohnformen und Betreutes Wohnen erstellen.

### **5.9 Klärung der Rolle der Spitexorganisation in der Beratung und Entlastung pflegender Angehöriger und der Koordination und Einbettung von Freiwilligenarbeit**

#### **5.9.1 Beratung und Entlastung pflegender Angehöriger**

In der Studie wurden verschiedene wichtige Entlastungsangebote für pflegende Angehörige vorgestellt. Diese reichen beispielsweise von dem Entlastungsdienst des SRK, der Sozialberatung der Pro Senectute, die Angebote privater Leistungserbringer, Angebote der Krebsliga und der Alzheimervereinigung, der Freiwilligenarbeit in der Begleitung Sterbender, Besuchs- oder Treuhanddienste bis hin zu Anlauf- und Informationsstellen.

Es wurde aber auch ein Nachholbedarf im Kanton Schwyz aufgezeigt, der unter anderem das Angebot an Tages- und Nachtstrukturen, an planbaren Ferienbetten sowie an Plätzen für Kurzaufenthalter in den Alters- und Pflegeheimen und damit oft auch verbunden die Frage der Finanzierung betrifft. In Bezug auf die Spitexorganisationen zeichnen sich aus Sicht der Studie drei wichtige Handlungsfelder ab.

Das erste Handlungsfeld betrifft eine Lücke im heutigen Entlastungsdienst des SRK, welcher nicht auf Notfallsituationen eingerichtet ist. Die Einsätze müssen für das SRK planbar sein und die Anfragen drei Tage im Voraus angemeldet werden. In dieser Ausgangssituation stellt sich für die Spitexorganisationen die Frage, ob sie hier pflegenden Angehörigen mit den Kerndienstleistungen Pflege und Hauswirtschaft eine Überbrückung von Notfallsituationen anbieten können. Dieses Angebot wäre befristet und würde den SRK Entlastungsdienst nicht konkurrenzieren. Um den Betreuungsteil der pflegenden Angehörigen abzudecken, könnte die Spitex analog zur Palliative Care eine Zusammenarbeit mit einem Pool qualifizierter Freiwilliger anstreben. Die Spitex Region Köniz hat ein weiteres Angebot im Entlastungsbereich entwickelt, welches den Entlastungsdienst SRK ebenfalls nicht konkurrenzieren würde, sondern umgekehrt eine Brücke zu diesem Angebot schaffen würde. Pflegende Angehörige von Klientinnen/-en erhalten zwei Mal pro Jahr je drei Stunden kostenlos eine Entlastung in Form einer Betreuung für die pflegebedürftige Person. Die Kosten trägt ein Fonds der Spitex. Oft nehmen Angehörige nur zögernd einen externen Entlastungsdienst in Anspruch. Ein Initialangebot durch vertraute Spitexpersonen könnte eine Brücke zu einer rechtzeitigen Inanspruchnahme des SRK Entlastungsangebots bilden.

Das zweite Handlungsfeld betrifft die Vernetzung des Spitexangebots mit demjenigen anderer Leistungserbringer und die Verankerung dieser Vernetzung an der Basis der Mitarbeitenden vor Ort. Die Anforderungen wurden im Abschnitt 5.7 ausführlich beschrieben. Eine bessere Vernetzung der Leistungserbringer und ein entsprechend aktives Mitwirken der Spitex am Konzept wie auch an dessen Umsetzung wür-

den zu einer grossen Entlastung der Angehörigen führen. Wie die Studie «Pflegerische Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz» von Perrig-Chiello, Höpflinger und Schnegg (2010) zeigt, stellen finanzielle Unsicherheiten und fehlendes Wissen über Pflegeverläufe und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige eine grosse Belastung dar.

Das dritte Handlungsfeld betrifft die Koordination von Leistungen sowie die Beratung und Begleitung pflegender Angehöriger. In Abschnitt 5.6.1 und 5.7 wurden diese Anforderungen ausführlich dargestellt. Aus Sicht der Angehörigen liegt hier ein grosses Potenzial für eine Entlastung. Es geht hier nicht um das Case-Management komplexer Fälle, sondern um die Handlungsspielräume der Spitex für eine subsidiäre kontinuierliche Begleitung. In dieses Umfeld der Stärkung der pflegenden Angehörigen fällt auch der Hinweis auf externe Bildungsangebote und eine gewisse Schulung der Angehörigen vor Ort.

#### ▪ Empfehlungen

- Die Spitexorganisationen sollten das Angebot eines Entlastungsdienstes für pflegende Angehörige in Notfallsituationen in Zusammenarbeit mit qualifizierten Freiwilligen überprüfen.

### 5.9.2 Koordination und Einbettung von Freiwilligenarbeit in häuslichen Pflege- und Betreuungsarrangements

In den Interviews und in Dokumenten wird das Potenzial der Freiwilligenarbeit für den Gesamtkontext der ambulanten Pflege und Betreuung angesichts des demografischen Wandels hervorgehoben. Oft wird aber nicht genau spezifiziert, unter welchen Bedingungen Freiwilligenarbeit auch in anspruchsvollen Situationen gelingen kann und welche Anforderungen sich an die Ausbildung und Koordination der Freiwilligen stellen.

Die Spitexorganisationen sind in der Pflege zu Hause direkt vor Ort mit der Übereinstimmung zwischen dem Bedarf der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen einerseits sowie mit der konkreten Ausgestaltung des Angebots an Freiwilligenarbeit andererseits konfrontiert. Gelingt die Koordination, dann stellt die Freiwilligkeit nicht nur eine Ressource für die Klientinnen/-en und Angehörigen dar, sondern wird auch aus professioneller Perspektive als Unterstützung wahrgenommen.

Wie Untersuchungen im Bereich der Palliative Care zeigen, müssen wichtige Rahmenbedingungen erfüllt sein, damit eine Begleitung durch Freiwillige, welche über die Sterbebegleitung in den letzten Tagen oder Stunden hinausgeht, in der ambulanten Versorgung gelingen kann.<sup>58</sup> Den Anforderungen reichen von der Aus- und Weiterbildung (nicht nur der Freiwilligen, sondern auch der Mitarbeitenden), der Einhaltung von Standards der Freiwilligenarbeit im Bereich Palliative Care, der geeigneten Form der Anerkennung, der Einbindung in einen wechselseitigen Informationsfluss bis hin zur systematischen und fallspezifischen Koordination. Diese Anforderungen lassen sich auch auf andere anspruchsvolle Situationen in der Begleitung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehöriger übertragen, wie sie zum Beispiel bei Demenzerkrankungen vorliegen können.

Der Spitex kommt eine zentrale Rolle bei der «Einführung» von Freiwilligen in eine Begleitung, die über einen Besuchsdienst hinausgeht, zu. Auch wenn die Auswahl der Freiwilligen und deren Ausbildung bei einer anderen Organisation liegt, müssen die wichtigsten Informationen, die zur Auswahl einer geeigneten Person führen, vorliegen. Die Freiwilligen müssen in einen Teil des Informationsflusses über die Pflege und Betreuung eingebunden sein, um sich an veränderte Situationen anpassen zu können und umgekehrt Informationen aus ihrer Betreuungszeit zurück zu spiegeln. Die Spitex ist auch ein wichtiger Türöffner für eine rechtzeitige Inanspruchnahme von informeller Hilfe, indem sie auf mögliche Angebote und ihren Nutzen hinweist.

---

<sup>58</sup> Siehe hierzu z.B. Gentile et al. (2013) oder Bottas et al. (2012).

▪ **Empfehlungen**

- Die Spitexorganisationen sollten die Erarbeitung eines Konzeptes für Freiwilligenarbeit in anspruchsvolleren Situationen der ambulanten Pflege und Betreuung aktiv unterstützen und zu einer Klärung des Potenzials und der Erwartungen beitragen. Sie sollten einen Beitrag zur Festlegung der Rahmenbedingungen wie auch notwendigen Ressourcen leisten, damit sowohl auf Seiten der Mitarbeitenden wie auch Freiwilligen das Potenzial der Freiwilligenarbeit ausgeschöpft werden kann.
- Sie sollten, analog zur engen Vernetzung mit Sterbebegleitgruppen, auch in anderen Feldern das bereits bestehende Angebot der Freiwilligenarbeit durch eine entsprechende Orientierung der Mitarbeitenden systematischer nutzen.

## 6 Schlussfolgerungen

### 6.1 Schlussfolgerungen

Im Folgenden werden in einem ersten Abschnitt die wichtigsten Erkenntnisse der Studie zusammengefasst. In einem zweiten Abschnitt werden dann zu Händen des Kantons und der Gemeinden Empfehlungen formuliert. Die Empfehlungen an den Kantonalverband Schwyz und die Spitex-Basisorganisationen werden im internen Bericht festgehalten.

#### ▪ Kosten der Gesundheitsversorgung und deren Finanzierung

Zur Zeit gibt es im Kanton Schwyz keinen Überblick über die Gesamtkosten für die Gesundheitsversorgung und deren Finanzierung. Diese Kosten sind jedoch erheblich. Im Jahr 2012 beliefen sich allein die Bruttokosten der Krankenversicherer für die Gesundheitsversorgung im Kanton Schwyz auf rund 430 Millionen Franken. Pro versicherte Person machten die Bruttokosten der Krankenversicherer im Jahr 2012 2'866 Franken aus. Dieser Betrag liegt deutlich unter dem schweizerischen Durchschnitt von 3'251 Franken.

In der schweizerischen Gesundheitsstatistik entsprach der Anteil der Bruttoleistungen der Krankenversicherungen an der Finanzierung der Gesamtkosten im Jahr 2010 39 Prozent. Die direkten Beiträge der Kantone und Gemeinden an die Leistungserbringer (inkl. sozialmedizinische Institutionen) machten 19 Prozent der Finanzierung aus.<sup>59</sup> Übertragen auf den Kanton Schwyz würde dies bedeuten, dass sich die Gesamtkosten für die Gesundheitsversorgung im Kanton Schwyz auf zwischen 900 Millionen und 1 Milliarde Franken belaufen.

Über die Beiträge des Bundes, der Kantone und der Gemeinden an die Krankenversicherung (Prämienverbilligung), an die Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung sowie die Ergänzungsleistungen flossen weitere 13 Prozent aus Mitteln der öffentlichen Hand in die Gesamtfinanzierung des Gesundheitswesens.<sup>60</sup> Damit beträgt der Gesamtanteil der öffentlichen Hand an der Finanzierung des Gesundheitssystems ein Drittel. 60 Prozent dieser Mittel fliessen direkt an die Leistungserbringer, 40 Prozent indirekt über die Prämienverbilligung, die Ergänzungsleistungen oder die Bundesbeiträge an die Unfallversicherung, AHV/IV oder Militärversicherung. Dieser Anteil von 40 Prozent läuft im Hintergrund der Gesamtfinanzierung mit. Er fällt aber oft aus der Rechnung, wenn es um die Auswirkungen von Investitionen oder Kostenverlagerungen geht.

Auch im Kanton Schwyz wird ein beträchtlicher Anteil der Finanzierung der Gesundheitsversorgung der öffentlichen Hand indirekt über die Prämienverbilligung (rund CHF 56 Mio. im Jahr 2012) und die Ergänzungsleistungen ausgerichtet. Im Bereich der Langzeitpflege konnte der Beitrag, welcher über die Ergänzungsleistungen zur AHV subjektorientiert in die Finanzierung der Pflegeheimaufenthalte fliesst, mit rund CHF 29 Mio. (2012) abgeschätzt werden. Davon tragen Kanton und Gemeinden je zur Hälfte, insgesamt 26 Mio. Franken.

In der direkten Finanzierung der Leistungserbringer leistete der Kanton im Jahr 2012 einen Beitrag von CHF 118 Mio., umgerechnet 790 Franken pro Einwohner, an die Spitalfinanzierung. Die Gemeinden trugen über die Restfinanzierung der Pflegekosten für Nicht-EL-Bezüger im Pflegeheim 2012 rund CHF 11.5 Mio. und über die Finanzierung der Spitex (inklusive Mütter- und Väterberatung) weitere CHF 8.5 Mio. zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung bei.

---

<sup>59</sup> Die übrigen Sozialversicherungen trugen 6.5 Prozent, die Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe 4.5 Prozent, die Privatversicherungen 8.6 Prozent und die direkten Zahlungen der Haushalte (inkl. Selbstbehalte und Franchisen 26.1 Prozent zur gesamten Finanzierung des Gesundheitswesens 2010 in Höhe von 62.5 Milliarden Franken bei.

<sup>60</sup> Davon trugen der Bund rund 6 Prozent, Kanton und Gemeinden 7 Prozent.

In der Summe trugen damit Kanton und Gemeinden im Jahr 2012 rund CHF 46 Mio., umgerechnet rund 310 Franken pro Einwohner/-in, an die Finanzierung der ambulanten und stationären Pflege bei. Davon gingen 253 Franken pro Einwohner und Jahr an die Finanzierung der Pflegeheime, 57 Franken pro Einwohner und Jahr an die Spitex. Ein grosser Teil dieser Gelder ist gebunden. Im stationären Bereich ist die Entwicklung der Kosten nur mittelfristig über die Pflegeheimplanung zu beeinflussen. Die Gemeinden leisten ihren Beitrag an die Restfinanzierung der stationären Pflege und die Ergänzungsleistungen proportional zu ihrem Wohnbevölkerungsanteil.

Im Bereich der ambulanten Versorgung hingegen basieren ihre Beiträge auf Leistungsverträgen, welche die Gemeinden mit der Spitex für ihre Versorgungsregion aushandeln. Auch hier ist ein grosser Teil der Finanzierung über die Restfinanzierung der Pflege und Subventionierung der Hauswirtschaft praktisch festgelegt. Nur ein kleiner Teil der Finanzierung der Spitex fliesst in erweiterte Leistungsaufträge.

Die Ergebnisse aus den Interviews und der Dokumentenanalyse zeigen, dass die Ziele der Altersleitbilder «ambulant vor stationär» und einer schrittweisen Reduktion der Bettenquote bis 2030 auf 19 Prozent der Bevölkerung im Alter 80 plus nur erreicht werden können, wenn parallel dazu ein starkes Netz von ambulanten Pflege-, Betreuungs-, Beratungs- und Hauswirtschaftsleistungen besteht, alternative Wohnformen mit einem Konzept für Betreuungsleistungen und die Durchlässigkeit zwischen ambulanter und stationärer Pflege gefördert werden und es zusätzlich gelingt, die Angehörigen als wertvolle Ressource in der Betreuung der Pflegebedürftigen zu unterstützen.

Diese Entwicklungen müssen sich in dem oben skizzierten Finanzierungsumfeld und einer Mischfinanzierung aus Dienstleistungserträgen, Leistungsaufträgen, Spenden und Mitgliederbeiträgen behaupten. Gelingt dies nicht, droht Kanton und Gemeinden ein deutlicher Anstieg der gebundenen Kostenanteile.

#### ▪ Die ambulante Versorgung im Kanton Schwyz

Im Kanton Schwyz nehmen zehn gemeinnützige Spitexorganisationen, dreizehn private Spitexorganisationen und dreissig selbständig tätige Pflegefachpersonen die Aufgaben der ambulanten Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft wahr. Dazu kommen private Organisationen ohne Spitexbewilligung, die aber von den heutigen Leistungsstatistiken nicht erfasst werden. Eine wichtige Ergänzung bieten im Kanton Schwyz der Haushaltsservice der Schwyzerischen Bäuerinnenvereinigung und der Entlastungsdienst für pflegende Angehörige des SRK Schwyz, deren Leistungsstunden in den letzten Jahren stark zugenommen haben.

Der Anteil der privaten Spitex an der Pflege ist im Kanton Schwyz 2011 mit rund 6.5 Prozent aller verrechneten Stunden im Vergleich zu anderen Kantonen mit einem Anteil von bis zu 20 Prozent noch gering. Im Bereich der Hauswirtschaft ist ihr Anteil mit rund einem Viertel aller erbrachten Leistungen bereits deutlich höher. Der Wettbewerb dürfte positive Folgen für die Versorgung der Wohnbevölkerung haben, wenn es Kanton und Gemeinden zusätzlich zur Qualitätssicherung gelingt, bei der Festlegung der anerkannten Pflegevollkosten für Spitexorganisationen mit und ohne Leistungsauftrag gleiche Voraussetzungen zu schaffen. Dies erfordert auch eine erhöhte Kostentransparenz und bewusster Kostensteuerung seitens der Leistungserbringer. Im Rahmen der Studie wurde hierzu ein erweitertes Kennzahlenmodell entwickelt und den Spitexorganisationen zur Verfügung gestellt.

Die Pflegequote der Spitex im Kanton Schwyz liegt im interkantonalen Vergleich mit 16.6 Prozent Klient/innen auf 1'000 Einwohner/innen im Bereich der übrigen Zentralschweizer Kantone, aber deutlich unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt von 25.5 Prozent. Die erheblichen Unterschiede bleiben auch bei der Berechnung altersgruppenspezifischer Pflegequoten unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstrukturen der Kantone. Die Pflegequoten lassen aber keinen direkten Schluss auf eine Unterversorgung zu.

Im Jahr 2011 gingen die Leistungsstunden der Spitex in der Pflege im Vergleich zu den Vorjahren erstmals zurück, bei weiter leicht steigenden Klientinnen-/Klientenzahlen. Hinter dieser Entwicklung stehen verschiedene Faktoren, die jedoch aufgrund fehlender Angaben in der Spitexstatistik nicht voneinander

getrennt werden können. Zum einen sank die Zahl der verrechenbaren Stunden pro Klient/-in mit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung, die eine Abrechnung in 5 Minuten Schritten einführt. Zum anderen dürften sich sowohl die Anzahl pro Klient/-in nachgefragter Einsätze wie auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Klientenbesuch verringert haben.

Die zehn gemeinnützigen Spitex-Organisationen sind stark regional ausgerichtet. Die Versorgungsgebiete, die sie abdecken, entsprechen teilweise geografischen Gegebenheiten, teilweise den historisch gewachsenen Strukturen. Die Grösse der Versorgungsregionen ist unterschiedlich. Das widerspiegelt sich auch in der Grösse der Spitex-Vereine, ihren Strukturen und ihrem Leistungsspektrum. Zusätzlich zu den Kerndienstleistungen in Pflege und Hauswirtschaft bieten aber praktisch alle gemeinnützigen Organisationen noch ergänzende Leistungen an. Dazu zählen mit Ausnahme von Küssnacht die Mütter- und Väterberatung, klassische Dienstleistungen wie Mahlzeiten- und Fahrdienst oder die Vermittlung von Krankenmobilen, aber auch Angebote im Bereich Palliativ Care und weitere Wahlleistungen wie die Fusspflege.

Die Leistungen der gemeinnützigen Spitex wurden in den Interviews von allen Befragten als bedarfsgerecht beurteilt. In der Beurteilung gab es auch keine Unterschiede zwischen grossen und kleineren Organisationen. Durchgängige Kritik gab es jedoch in Bezug auf die vielen personellen Wechsel in Pflege und Hauswirtschaft. Gewünscht wurde zudem ein Ausbau des Nachtpikettdienstes auf sämtliche Versorgungsgebiete.

Zusätzlich zur Spitex gibt es im Kanton Schwyz ein breites Netz an Anbietern von ergänzenden Leistungen. Diese Anbieter arbeiten zum Teil eng mit der Spitex zusammen. Namentlich erwähnt seien hier der Entlastungsdienst und weitere Unterstützungsleistungen des SRK, die Sozialberatung sowie weitere Beratungsangebote der Pro Senectute, der Haushaltsservice der Schwyzer Bäuerinnenvereinigung sowie die zielgruppenspezifischen Angebote der Gesundheitsligen, der Krebsliga oder der Alzheimervereinigung.

#### ▪ Die stationäre Versorgung im Kanton Schwyz

Der ambulanten Pflege standen im Jahr 2011 rund 1'800 Pflegebetten in der stationären Versorgung gegenüber. Dies entspricht einer Bettenquote von 28 Prozent bezogen auf die Bevölkerung im Alter von 80 Jahren und älter. Im interkantonalen Vergleich liegt der Kanton Schwyz damit leicht über der nationalen Durchschnittsquote von 25.4 Prozent. Ein wichtiger Aspekt in Bezug auf die Bettenkapazitäten stellt die Verteilung der erbrachten Pflagetage auf die verschiedenen Pflegebedarfsstufen dar. Der Kanton Schwyz befindet sich hier unter den Kantonen mit dem höchsten Anteil an niedrigen Pflegebedarfsstufen. Im Jahr 2011 wurden 29.2 Prozent aller Pflagetage in den Pflegebedarfsstufen 0 bis 2 erbracht. Der nationale Durchschnitt lag bei 19.8 Prozent.

Die stationäre Versorgung wird zur Zeit von 33 Institutionen wahrgenommen. Sechs dieser Institutionen befinden sich in der Trägerschaft von Gemeinden. Die anderen 27 Alters- und Pflegeheime werden von Stiftungen, Genossenschaften oder zu einem kleinen Teil von erwerbswirtschaftlichen Organisationen getragen.

Die Bettenkapazitäten sind unterschiedlich auf die verschiedenen Regionen verteilt. Während der Bezirk March im Vergleich zur Pflegeheimplanung noch eine Unterkapazität aufweist, ist die Kapazität in den übrigen Bezirken aktuell ausreichend. Die Notwendigkeit eines weiteren Ausbaus ergibt sich vor allem aus dem für den Kanton Schwyz prognostizierten überdurchschnittlich starken Anstieg der Bevölkerung im Alter 65plus.

### ▪ **Lücken in der ambulanten und stationären Versorgung**

Im Bereich der ambulanten Versorgung lässt sich bezogen auf die Kerndienstleistung Pflege keine Unterversorgung feststellen. Eine Ausnahme stellt der Nachtpikettdienst dar, der in verschiedenen Regionen fehlt. Ein Optimierungspotenzial wird in einem Ausbau der Bezugspflege vor Ort bei den Klientinnen/-en bzw. einer Reduktion der Häufigkeit der personellen Wechsel bei der gemeinnützigen Spitex gesehen.

Ein substantieller Handlungsbedarf besteht jedoch in der Betreuung, Begleitung, Koordination und Unterstützung in der Haushaltsführung im erweiterten Sinn. Zwar gibt es hier eine breite Angebotspalette. Im Zusammenspiel zwischen Markt und subventionierten Leistungen bestehen jedoch Lücken in der Abdeckung und Inanspruchnahme. Namentlich erwähnt wurde die Überforderung der Klientinnen/-en und ihrer Angehörigen, sich in der Angebotsvielfalt einen Überblick zu verschaffen, sowie die fehlende Koordination und Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Angeboten.

Eine grosse Lücke besteht weiter in den Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige. Zwar hat hier das SRK mit dem Entlastungsdienst und der stundenweisen Entlastung von Angehörigen durch den Einsatz von Pflegehelfer/innen vor Ort ein wichtiges Angebot geschaffen. Nachholbedarf besteht weiterhin beim Angebot an Tages- und Nachtstrukturen sowie deren Finanzierung. Dazu gehört auch das Angebot an planbaren Ferienbetten sowie an Plätzen für Kurzeitaufenthalter in den Alters- und Pflegeheimen. Es stellt sich auch die Frage, ob sich die öffentliche Hand an solchen Angeboten finanziell nicht beteiligen müsste, wie dies in anderen Kantonen der Fall ist. Was im Zusammenhang mit der Frage, wie Angehörigen entlastet werden können, ebenfalls fehlt, sind konzeptionelle Überlegungen zur Förderung und Ausgestaltung der Freiwilligenarbeit.

In den Interviews kam den alternativen Wohnformen wie dem Betreuten Wohnen sowohl bei den Klientinnen/-en als auch den anderen Gesprächspartnern eine hohe Bedeutung und Akzeptanz zu. An verschiedenen Orten sind auch schon Bauvorhaben von Alterswohnungen oder Mehrgenerationenhäusern in Planung oder in der Realisierungsphase. Was hier jedoch auch auf der konzeptionellen Ebene zur Zeit fehlt, ist eine Antwort, wie die notwendigen Serviceleistungen bereitgestellt und finanziert werden sollen.

Von zentraler Bedeutung ist jedoch neben diesen konkreten Versorgungslücken ein Defizit, das in allen Interviews erwähnt wurde: Der Mangel an Koordination und an einer besseren Vernetzung der ambulanten und stationären Angebote. Zwar wurden in den letzten Jahren in verschiedenen Regionen Informations- und Anlaufstellen geschaffen. Diese Stellen sind wertvoll. Sie sind aber auf die jeweiligen Regionen bezogen oder sie orientieren sich an bestimmten Themen. Es stellt sich deshalb die Frage, ob sie eine hinreichende Auslastung finden und ob nicht eine Öffnung in Richtung einer intergenerationellen Perspektive sinnvoll wäre.

Was Not tut, ist aber vor allem eine neutrale Fach- und Koordinationsstelle auf kantonaler Ebene, die für die Entwicklung eines kantonal übergreifenden Versorgungskonzepts in der ambulanten und stationären Pflege die Federführung übernimmt. Eine solche Stelle könnte nicht nur dazu beitragen, die Vernetzung der Leistungserbringer in der ambulanten und stationären Pflege und Betreuung koordiniert und systematisch anzugehen und Versorgungslücken erkennen und schliessen zu helfen. Sie könnte auch einen wichtigen Beitrag zum Abbau von Doppelspurigkeiten und zur Nutzung von Synergien leisten.

Zu dieser letztgenannten Lücke gehört auch ein grosser Mangel an Planungsgrundlagen. Wie wir in dieser Studie an verschiedenen Orten feststellen mussten, fehlen zum Teil grundlegende Daten über die Angebots- und Leistungsentwicklung und über deren Finanzierung. Dazu gehören auch Angaben zu den Klientenstrukturen der Spitexorganisationen sowie eine Schätzung der Anzahl Pflegebedürftiger, welche allein von Angehörigen ohne Beizug der Spitex gepflegt und betreut werden. Es stellt sich die Frage, wie der Kanton und die Gemeinden ihre Aufgabe der Steuerung wahrnehmen können, ohne dass sie über ein kontinuierliches Monitoringsystem verfügen. Eine solche Steuerung wird angesichts der künftigen demografischen Entwicklung und ihrer erheblichen Folgen für die ambulante und stationäre Versorgung unausweichlich sein.



### ▪ **Künftige demografische Entwicklung**

In den nächsten Jahren wird die Zahl der älteren Bevölkerung im Kanton Schwyz massiv zunehmen. Gemäss dem mittleren Szenario des Bundesamtes für Statistik wird die Zahl der 65- bis 79-Jährigen bis im Jahr 2035 um 78 Prozent steigen und zwar von 17'000 im Jahr 2011 auf rund 30'800 Personen. Bei den 80-jährigen und älteren Personen beträgt der Anstieg sogar 150 Prozent von 5'758 im Jahr 2011 auf 14'353 Personen im Jahr 2035. Die Zunahme der älteren Bevölkerung liegt damit deutlich über dem schweizerischen Durchschnitt. Gesamtschweizerisch beträgt das Wachstum bei der Gruppe der 80-jährigen und älteren Personen 96 Prozent.

Die Zunahme der älteren Bevölkerung, insbesondere der über 80-Jährigen wird auch Auswirkungen auf die Zahl der Pflegebedürftigen haben. Gemäss Schätzungen ist bis ins Jahr 2022 mit einer Zunahme von 50 Prozent an pflegebedürftigen Personen zu rechnen. Waren im Jahr 2011 1'891 Personen im Kanton Schwyz pflegebedürftig, so werden im Jahr 2022 voraussichtlich 2'910 Personen auf Pflege angewiesen sein. Geht man von den aktuellen Zahlen und der Pflegeheimplanung des Kantons aus, kann davon ausgegangen werden, dass im Jahr 2022 im Kanton Schwyz 1'500 Personen mit einer Pflegebedürftigkeit (in mindestens einer Aktivität des täglichen Lebens) im Heim gepflegt werden. 1'400 Pflegebedürftige müssten dann zu Hause durch die Spitex und/ oder Angehörige gepflegt und betreut werden. Das entspricht gegenüber dem Jahr 2011 einer Steigerung um 75 Prozent.

In den nächsten Jahrzehnten ebenfalls stark zunehmen wird die Zahl von demenzkranken Personen. Waren im Jahr 2011 rund 1'900 Personen im Kanton Schwyz demenzkrank, so werden es gemäss Schätzung im Jahr 2022 rund 2'900 Personen sein und im Jahr 2035 gar zwischen 4'100 und 4'800 Personen. Allein bis ins Jahr 2022 ist damit mit einer Zunahme von ungefähr 50 Prozent zu rechnen. Diese Entwicklung stellt vor allem eine grosse Herausforderung im Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung zu Hause, bei der Entlastung von pflegenden Angehörigen und auch in Bezug auf die Entwicklung alternativer Wohnformen, beispielsweise Pflegewohngruppen, dar.

Mit dem demografischen Wandel wird auch die Zahl der Todesfälle zunehmen. Wies der Kanton Schwyz im Jahr 2011 1'029 Todesfälle auf, so werden es voraussichtlich im Jahr 2035 1'599 Todesfälle sein. Diese Zunahme von 50 Prozent wird in der Altersgruppe der 80 jährigen und älteren stattfinden. Damit ist davon auszugehen, dass auch hier ein stärkerer Anspruch an Betreuung entsteht und das Thema Demenz in der Begleitung in der letzten Lebensphase an Bedeutung gewinnt.

Der Anteil an Personen, die zu Hause sterben, ist zur Zeit im Kanton Schwyz mit rund 25 Prozent (2009) im Vergleich zu den anderen Kantonen mit einem Anteil von 20 Prozent zwar überdurchschnittlich hoch. Es ist aber davon auszugehen, dass ein weitaus grösserer Anteil Menschen den Wunsch hat, zu Hause sterben zu können. Dies aber wird nur möglich sein, wenn das Angebot im Bereich Palliative Care weiter ausgebaut wird. Der Kanton Schwyz hat dafür mit seinem Palliative Care Konzept eine gute Grundlage geschaffen. Es wird nun darum gehen, diese auch konsequent umzusetzen.

### ▪ **Finanzielle Folgen der demografischen Entwicklung**

Es liegt auf der Hand, dass die demografische Entwicklung und die Zunahme der Pflegebedürftigen erhebliche Folgen für die stationäre und ambulante Versorgung haben werden. Mit der Pflegeheimplanung hat der Kanton hier für die stationäre Versorgung bereits erste Eckpfeiler gesetzt. Gemäss Pflegeheimplanung will der Kanton die Bettenquote von 28 Prozent, bezogen auf die Bevölkerung 80plus, bis ins Jahr 2030 auf 19 Prozent senken. Diese Vorgabe ist auf allen Ebenen angekommen und wird auch als Leitlinie akzeptiert. Trotz dieser Reduktion der Bettendichte müssen zwischen 2010 und 2020 492 neue Plätze und bis ins Jahr 2025 sogar 705 neue Plätze geschaffen werden. Bis 2013 wurden bereits 86 neue Betten erstellt. Gemäss Angaben in einem Interview betrugen die durchschnittlichen Baukosten bei zwei kürzlich abgeschlossenen Neubauprojekten in der Region Ausserschwyz pro Bett 500'000 Franken. Geht man von dieser Zahl aus, muss für die Bereitstellung der zusätzlichen Betten zwischen 2013 und 2020 mit einem Investitionsvolumen von 200 Millionen Franken gerechnet werden, bis 2025 mit weiteren 105 Millionen Franken. Geht man von den 350'000 Franken aus, die der Kanton aktuell als Obergrenze der

anrechenbaren Baukosten anerkennt, beträgt das Investitionsvolumen bis 2020 immer noch 140 Millionen Franken, bis 2025 weitere 75 Millionen Franken.

Das Investitionsvolumen wird jedoch noch deutlich höher ausfallen, wenn das Ziel einer Reduktion der Bettenquote von 19 Prozent nicht erreicht werden kann. Ob dieses Ziel erreicht wird, hängt wesentlich davon ab, wie konsequent der Grundsatz «ambulant vor stationär» in den nächsten Jahren umgesetzt wird. Die Anzahl neuer Pflegeheimplätze hat auch Auswirkungen auf die jährlich wiederkehrenden Kosten für die Restfinanzierung der Pflegevollkosten und die Mitfinanzierung der Pflegeheimaufenthalte über die Ergänzungsleistungen. Wie dargestellt wurde, betrugen die Beiträge von Kanton und Gemeinden im Jahr 2012 an die Finanzierung der ambulanten und stationären Pflege rund CHF 46 Mio. Dies entspricht umgerechnet rund 310 Franken pro Einwohner/-in und Jahr. Davon fliessen in die Finanzierung der Pflegeheimaufenthalte rund 253 Franken und rund 57 Franken an die Spitex (inklusive Mütter- und Väterberatung). Allein schon diese Zahlen machen deutlich, dass es sich lohnen würde, in die Stärkung und Vernetzung der ambulanten Versorgung, in die Unterstützung pflegender Angehöriger und eine höhere Durchlässigkeit von ambulanter und stationärer Versorgung zu investieren. Dies gilt erst recht mit Blick auf die demografische Entwicklung und die starke Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger Personen.

Zusätzlich zu den bereits erwähnten Lücken, die geschlossen werden sollten, stellt sich auch die Frage, wie Kanton und Gemeinden über die Finanzierung der ambulanten und stationären Versorgung Einfluss auf die Inanspruchnahme nehmen können. Eine zentrale Rolle kommt hier den Ergänzungsleistungen zu. Zu überprüfen sind in diesem Zusammenhang insbesondere Hemmnisse, die aufgrund einzelner gesetzlicher Regelungen bestehen. Namentlich zu erwähnen ist die (auf Bundesebene festgelegte) Mietzinsobergrenze, die vor allem auch bei der Inanspruchnahme von zentrumsnahen Alterswohnungen oder alternativen Wohnformen ein Problem darstellen kann. Vorhaltekosten oder Servicekosten in Konzepten Betreuten Wohnens, welche nicht über die Krankheits- und Behinderungskosten der EL vergütet werden, sind ebenfalls ein Zugangshindernis. Der Aufenthalt in Tages- oder Nachtstrukturen wird heute ebenfalls nur zum Teil rückvergütet. Betreuungs- Unterstützungs- und Hauswirtschaftsleistungen werden innerhalb der Ergänzungsleistungen zur AHV übernommen, solange die Gesamtheit aller Krankheits- und Behinderungskosten CHF 25'000 (Alleinstehende) bzw. CHF 50'000 (Ehepaare) nicht übersteigt und die Ausführungsbestimmungen eingehalten sind. Hier gilt es zu überprüfen, ob mit den bestehenden Ausführungsbestimmungen sinnvolle und ausreichende Unterstützungsarrangements zusammengestellt werden können und ob das dazu notwendige differenzierte Wissen über die Möglichkeiten in der Bevölkerung vorhanden ist. Finanziell gesehen käme es die öffentliche Hand günstiger zu stehen, wenn diese Unterstützungsleistungen im Rahmen der Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten genutzt würden und damit ein Heimeintritt vermieden oder zumindest verzögert werden könnte.

## 6.2 Empfehlungen

Gestützt auf die Studie leiten wir die folgenden Empfehlungen ab:

1. Der Kanton sollte möglichst schnell die gesetzlichen Rahmenbedingungen schaffen, damit eine neutrale Fach- und Koordinationsstelle auf kantonaler Ebene in Bezug auf die ambulante und stationäre Versorgung eingerichtet werden kann.
2. Diese Stelle sollte die Federführung bei der Erarbeitung eines integrierten Konzepts der ambulanten und stationären Versorgung im Bereich Pflege und Betreuung bis ins Jahr 2022 übernehmen.
3. Auf konzeptioneller Ebene vordringlich sind im Moment folgende Themen: Entlastung von pflegenden Angehörigen durch Tages- und Nachtstrukturen, planbare Ferienbetten und eine kurzfristige Entlastung in Notfallsituationen; eine bessere Vernetzung der verschiedenen Angebote und eine höhere Durchlässigkeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung; die Klärung der Rolle der Hauswirtschaft; die Förderung der Freiwilligenarbeit.

4. Um die Koordination und Steuerung systematisch wahrnehmen zu können, sollte der Kanton möglichst umgehend ein System für die Datenbeschaffung entwickeln und ein Monitoring bezüglich Angebots- und Leistungsentwicklung sowie Kosten und Finanzierung einführen.
5. Die Gemeinden sollten dafür besorgt sein, dass qualifizierte Anlauf- und Informationsstellen entstehen, die eine Triagefunktion in der Pflege und Betreuung übernehmen.  
  
Dabei ist eine Öffnung bereits geschaffener Anlauf- und Informationsstellen hin zu einer intergenerationellen Perspektive von Pflege und Betreuung sowie eine verstärkte regionale Zusammenarbeit zu prüfen, um eine höhere Zugänglichkeit und Auslastung sicherzustellen.
6. Der Kanton sollte die gesetzlichen Rahmenbedingungen bezüglich der Gewährung von Ergänzungsleistungen auf mögliche Hemmnisse in Bezug auf die Inanspruchnahme ambulanter Angebote überprüfen.
7. Der Kanton sollte die Einrichtung eines Berufsbildungsfonds prüfen.
8. Das Nachtpikett sollte flächendeckend im ganzen Kanton eingeführt werden. Dabei sollte eine Öffnung über bestehende Spitexklientinnen/-en hinaus geprüft werden.

## 7 Literaturverzeichnis

Age Stiftung (2009). Age Impuls. Spitex Wohnassistenten. Psychogeriatrische Wohnunterstützung für Seniorinnen und Senioren. Age-Stiftung (Hrsg.), Zürich.

Age Stiftung (2010). Dossier. Wohnen in Gemeinschaft. Age Stiftung (Hrsg.), Zürich.

Age Stiftung (2011). Dossier. Stationär und mehr. Age Stiftung (Hrsg.), Zürich.

Bayer-Oglesby, Lucy, Höpflinger, Francois (2010). Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz. Methodik und kantonale Kennzahlen. Obsan-Bericht 47, Neuchâtel.

Finanzkontrolle des Finanzdepartements Kanton Schwyz (2012). Evaluation der Sicherstellung eines bedarfsgerechten Betreuungs- und Pflegeangebotes für Betagte im Kanton Schwyz. Schlussbericht. Schwyz.

Fluder, Robert et al. (2012). Ambulante Alterspflege und -betreuung. Zur Situation von pflege- und unterstützungsbedürftigen älteren Menschen zu Hause. Zürich, Seismo.

Fux, Beat et al. (2006). Pflegen, betreuen und bezahlen. Familien in späteren Lebensphasen. Im Auftrag der Eidgenössischen Koordinationskommission für Familienfragen. Bern, EKFF.

Gentile, Gian-Claudio et al. (2013). Begleitung in der letzten Lebensphase. Eine lebensweltorientierte Untersuchung im Praxisfeld der Palliative Care. Studie im Auftrag der Caritas. Luzern.

Höpflinger, François, Bayer-Oglesby, Lucy, Zumbund, Andrea (2011). Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.), Bern.

Höpflinger, François, Hugentobler, Valérie (2005). Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter – Perspektiven für die Schweiz. Bern, Hans Huber.

Kaesler, Martine (2012). Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen. Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (2008/09). Neuchâtel, BFS

Knüsel, P. (2010). Generationengerechte Quartierentwicklung in Hamburg. Age-Stiftung (Hrsg.), Zürich.

Kremer-Preiß, Ursula, Stolarz, Holger (2003). Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung. eine Bestandsanalyse. Bertelsmann Stiftung, Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Köln.

Perrig-Chiello, P., et al. (2010). Pflegenden Angehörigen von älteren Menschen in der Schweiz. Schlussbericht.

Perrig-Chiello, P. (2010). SwissAgeCare-2010, Wer pflegt und betreut ältere Menschen daheim? Die Situation der Angehörigen und ihre Ansprüche an die SPITEX.

Sager, Fritz et al. (2010). Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Möglichkeiten der Steuerung durch die Kantone. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.) (2013). Who cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft. Gesundheit und Integration - Beiträge aus Theorie und Praxis. Zürich, Seismo.

Sottas Beat, Brügger Sarah., Brühlart, Delphine. (2012). Freiwilligenarbeit in der Palliative Care: Welcher Handlungsbedarf besteht in der Schweiz? Bedarfsanalyse im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern, BAG.

Stutz, Heidi, Knupfer, Caroline (2012). Absicherung unbezahlter Care-Arbeit von Frauen und Männern. Anpassungsbedarf des Sozialstaats in Zeiten sich ändernder Arbeitsteilung. Studie im Auftrag des Eidgenössischen Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann, Bern.