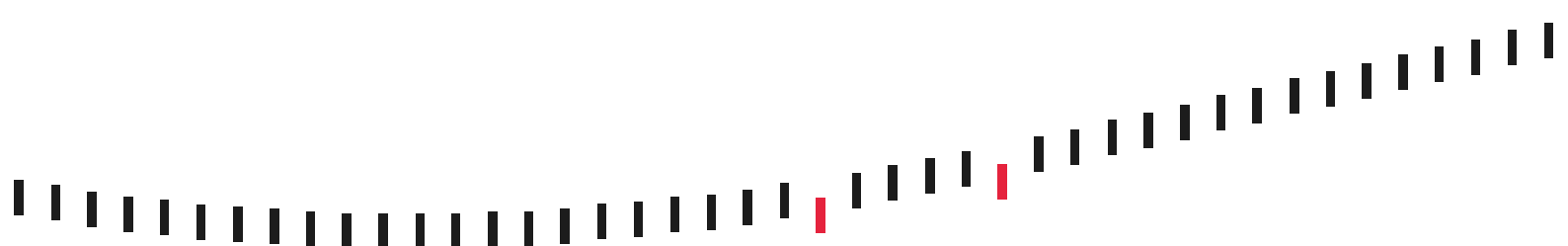


Studie

Gute Betreuung im Alter – Kosten und Finanzierung

Basel | 23.08.2021



Impressum

Gute Betreuung im Alter – Kosten und Finanzierung

23.08.2021

Auftraggeberin: Paul Schiller Stiftung

Projektleitung: Wolfram Kägi

Autorinnen und Autoren: Wolfram Kägi, Miriam Frey, Christopher Huddleston, Matthias Lamprecht, Raphael Metzler, Mirjam Suri

Kooperationspartner: Stephan Burla, BCP Business Consulting Partner AG

Fachliche Begleitung: Prof. Dr. Carlo Knöpfel, Fachhochschule Nordwestschweiz

Danksagung: Die Autorenschaft bedankt sich herzlich bei allen Gesprächspartner/innen für die Möglichkeit, sich ausführlich über ihre Erfahrungen und Einschätzungen zu guter Betreuung im Alter auszutauschen.

BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG
Aeschengraben 9
4051 Basel
T +41 61 262 05 55
contact@bss-basel.ch

www.bss-basel.ch

© 2021 BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG.

Inhalt

Tabellen	iv
Abbildungen	v
Zusammenfassung	vi
1. Einleitung	1
2. Betreuung im Alter - Definition	1
2.1 Verwendung und Abgrenzung des Begriffs «Betreuung» in der bestehenden Literatur	1
2.2 Begriffsdefinitionen für die vorliegende Studie	6
3. Übersicht über relevante Studien	7
4. Good Practice Modelle	12
4.1 Das «Home Care Packages Program» (HCP) in Australien.....	12
4.2 Das personengebundene Budget in den Niederlanden	17
4.3 Das Liechtensteiner Modell: Betreuungs- und Pflegegeld	26
4.4 Drei Schweizer Modelle.....	29
4.5 Exkurs: Exemplarische Zugangsmodelle.....	34
5. Einschätzung des heutigen Betreuungsbedarfs	37
5.1 Einleitende Bemerkungen und Methodik	37
5.2 Stationärer Bereich.....	40
5.3 Ambulanter Bereich.....	46
5.4 Art des Mehrbedarfs	60
5.5 Zwischenfazit zur Einschätzung des Mehrbedarfs	61
6. Berechnung der Kosten	64
6.1 Kosten Betreuungsleistungen.....	64
6.2 Kosten für Bedarfsabklärungen	66
6.3 Weitere Kostenelemente	67
7. Entwicklung des zukünftigen Bedarfs	70
8. Auslegeordnung Finanzierung	74
8.1 Übersicht	74
8.2 Kostenträger im Detail.....	75
9. Finanzierungsvarianten basierend auf bestehenden Instrumenten	80
9.1 Vergütung Betreuungskosten über die EL.....	81
9.2 Betreuungsentschädigung.....	89
9.3 Betreuungsgutsprachen	94

9.4 Anstossfinanzierung «Betreuung».....	98
9.5 Vergleich der Varianten.....	102
9.6 Zwischenfazit.....	103
10.Synthese-Modell: Das Betreuungsgeld	103
10.1 Anforderungen.....	103
10.2Mögliche Ausgestaltung	103
10.3Überprüfung der Anforderungen.....	108
10.4SWOT-Analyse.....	109
10.5Quantifizierung	110
11.Schlussfolgerungen.....	115
A. Anhang	122
A.1 Literaturverzeichnis	122
A.2 Australia Home Care Packages Program: ACAT Guidance Framework	127
A.3 Fragebogen Erhebungen.....	129
A.4 Validierung Berechnungsweise Mehrbedarf.....	141
A.5 Ergänzende Auswertungen SGB.....	143
A.6 Weitere Fallbeispiele	147

Tabellen

Tabelle 1	Art des Mehrbedarfs	vii
Tabelle 2	Falltypen nach Knöpfel et al. (2019)	8
Tabelle 3	Höhe der Packages sowie zu leistende Basisgebühr	15
Tabelle 4	Art des Leistungsbezugs unter WMO und WLZ (65 Jahre oder älter)	23
Tabelle 5	Leistungsvereinbarungen nach Leistungserbringerart (65 Jahre oder älter)	24
Tabelle 6	Anzahl Klient/innen pro Tag	41
Tabelle 7	Durchschnittliche Pflegeintensität in Minuten pro Tag	41
Tabelle 8	Mehrbedarf stationär	43
Tabelle 9	Anzahl Personen mit Spitexunterstützung in den letzten 12 Monaten SGB	47
Tabelle 10	Anzahl Personen pro Fallkategorie, die informelle Unterstützung erhalten	48
Tabelle 11	Mehrbedarf ambulant formell	53
Tabelle 12	Art des Mehrbedarfs	61
Tabelle 13	Übersicht Einschätzung Mehrbedarf	62
Tabelle 14	Übersicht Kosten Mehrbedarf	66
Tabelle 15	Pflege- und Betreuungskosten pro Person und Tag nach Pflegeintensität	69
Tabelle 16	Mögliche Kostenträger der Betreuung / Hilfe im Überblick	74
Tabelle 17	Kostenträger öffentliche Hand, Varianten	77
Tabelle 18	Kostenträger öffentliche Hand, Varianten, Beurteilungskriterien	78
Tabelle 19	Einbezug Vermögen, Varianten	82
Tabelle 20	Vergütung Betreuungskosten über die EL	83
Tabelle 21	Vergütung Betreuungskosten über die EL, Schätzung	88
Tabelle 22	Betreuungsentschädigung	90
Tabelle 23	Betreuungsentschädigung, Schätzung	93
Tabelle 24	Betreuungsgutsprache	95
Tabelle 25	Betreuungsgutsprache, Schätzung	98
Tabelle 26	Anschubfinanzierung «Betreuung»	99
Tabelle 27	Betreuungsgeld	106
Tabelle 28	Betreuungsgeld, Eigenbeitrag von 100%	111
Tabelle 29	Betreuungsgeld, Eigenbeitrag von 0%	113

Tabelle 29	Betreuungsgeld, Eigenbeitrag von 25% und Inanspruchnahme von 50%	114
Tabelle 30	Mehrbedarf stationär - Berechnungsmethode 2	142
Tabelle 31	Mehrbedarf ambulant formell – Berechnungsmethode 2	143
Tabelle 32	Personen mit bezogener Hilfe gemäss Gesundheitsbefragung	144
Tabelle 33	Anzahl Personen mit <i>regelmässiger</i> Spitexunterstützung pro Kategorie	145
Tabelle 34	Anzahl Personen mit <i>vorübergehender</i> Spitexunterstützung pro Kategorie	145
Tabelle 35	Anzahl Personen, die informelle Hilfe erhalten.....	146
Tabelle 36	Anzahl Personen, die nur informelle Hilfe (ohne Spitexunterstützung) erhalten ..	146
Tabelle 37	Ungedecktes Bedürfnis.....	147

Abbildungen

Abbildung 1	Die 6 Handlungsfelder der Betreuung aus dem Wegweiser	5
Abbildung 2	Die sechs Handlungsfelder im Phasenmodell.....	6
Abbildung 3	Gesetzliche Grundlagen der Unterstützungsleistungen	18
Abbildung 4	Liechtensteiner Modell: Anzahl Beziehende nach Pflegestufen	28
Abbildung 5	Personengruppen für die Bedarfseinschätzung	39
Abbildung 6	Szenarien Bevölkerungsentwicklung Altersanteile.....	71
Abbildung 7	Prognostizierte Entwicklung des Mehrbedarfs	73
Abbildung 8	Vergütung Betreuungskosten über die EL, SWOT-Analyse	86
Abbildung 9	Betreuungsentschädigung, SWOT-Analyse.....	92
Abbildung 10	Betreuungsgutsprache, SWOT-Analyse	97
Abbildung 11	Anschubfinanzierung «Betreuung», SWOT-Analyse	101
Abbildung 12	Betreuungsgeld, SWOT-Analyse	110

Zusammenfassung

Ältere Menschen erhalten in der Schweiz bei Bedarf Pflegeleistungen. Die Krankenversicherung und die öffentliche Hand übernehmen einen Grossteil der entsprechenden Kosten. Weitgehend nicht von der Krankenversicherung und öffentlichen Hand abgedeckt ist hingegen gute Betreuung älterer Menschen. Das Wohlbefinden dieser Menschen kann aber nicht allein durch Pflegedienstleistungen sichergestellt werden. Vielmehr haben auch betagte Menschen weitergehende Bedürfnisse, insbesondere nach sozialer Interaktion, aber auch im Bereich der Unterstützung im Alltag. Die Paul Schiller Stiftung hat daher einen Leitfaden ausgearbeitet, der darlegt, welche Handlungsfelder eine gute Betreuung älterer Menschen beinhaltet.

Gegenwärtig wird die Betreuung von älteren Menschen in der Schweiz zu einem grossen Teil vom privaten Umfeld erbracht; dies vor allem, wenn ältere Menschen mit Betreuungsbedarf zuhause wohnen. Aber in bestimmten Situationen kommen Angehörige auch an ihre Grenzen; zudem hat nicht jeder ältere Mensch (in der Nähe wohnende) Angehörige. Für die Zukunft ist angesichts des demografischen Wandels dabei mit einem Anstieg des Betreuungsbedarfs zu rechnen. Die zu erwartenden Entwicklungen werfen Fragen nach dem zusätzlichen Betreuungsbedarf, den Kosten und ihrer Finanzierung auf. Die Paul Schiller Stiftung verfolgt das Ziel, Sensibilisierungsarbeit für gute Betreuung im Alter zu leisten und einen Diskurs über die Finanzierung solcher Leistungen anzuregen. Die Stiftung hat BSS Volkswirtschaftliche Beratung in diesem Zusammenhang beauftragt, eine Abschätzung des Mehrbedarfs an professioneller Betreuungsleistung heute und zukünftig zu erarbeiten sowie verschiedene Finanzierungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Neue Modelle guter Betreuung und deren Finanzierung müssen nicht gänzlich «auf der grünen Wiese» konzipiert werden. Vielmehr gibt es im In- und Ausland gewisse Ansätze und Versuche, die als Inspiration für Veränderungen in der Schweiz dienen können. Die Studie stellt daher sechs nationale und internationale Beispiele vor. Eines davon ist das personengebundene Budget in den Niederlanden: Personen mit Unterstützungsbedarf können gemäss dem Gesetz zur sozialen Unterstützung bei ihrer Gemeinde Leistungen unter anderem im Bereich der individuellen Begleitung und der Tagesaktivitäten beantragen. Diese Leistungen werden entweder seitens der Gemeinde organisiert oder aber mit der Gewährung eines personengebundenen Budgets seitens der älteren Person oder ihrer Vertretung selbst gemanagt. Ein weiteres Beispiel sind die «Betreuungsgutsprachen», welche AHV-Rentnerinnen und –Rentner im Rahmen eines Pilotprojekts der Stadt Bern erhalten können. Durch die Mitfinanzierung von Hilfe und Betreuung sollen das selbstbestimmte Wohnen sowie die Lebensqualität im Alter gefördert werden.

Bevor mögliche Modelle guter Betreuung und ihrer Finanzierung auf gesamtschweizerischer Ebene thematisiert werden, gilt es abzuschätzen, wie viel Betreuung es denn bräuchte. Dabei ist der Bedarf von verschiedenen Personengruppen zu berücksichtigen:

- Personen, die in stationären Einrichtungen wohnen
- Ambulant: Personen, die heute bereits formelle Unterstützung erhalten
- Ambulant: Personen, die heute nur informelle Unterstützung erhalten
- Ambulant: Personen, die heute keine Unterstützung erhalten, aber einen Bedarf hätten

Zur Beantwortung der Frage nach dem Mehrbedarf an professioneller Betreuung führte BSS Erhebungen bei stationären Einrichtungen und Spitex-Organisationen durch. Für den stationären Bereich wurde der Mehrbedarf an Betreuung auf 50 bis 70 Minuten pro Tag und betreuter Person geschätzt. Dies entspricht rund einer Verdoppelung der bereits geleisteten Betreuung. Im ambulanten Bereich ergeben die erhobenen Einschätzungen einen Mehrbedarf an Betreuung und Hilfe von 8 bis 30 Minuten pro Tag und Person. Auch dies entspricht in etwa einer Verdoppelung der bereits geleisteten Betreuung und Hilfe. Um eine gute Betreuung im Alter sicherzustellen, müssten gemäss den in dieser Studie durchgeführten Analysen aktuell 14-28 Mio. Stunden an zusätzlicher professionell geleisteter Betreuungszeit pro Jahr zur Verfügung stehen. Dabei ist zu erwähnen, dass diese Einschätzung auf diversen vereinfachenden Annahmen basiert und daher als Annäherung an die Grössenordnung des Mehrbedarfs zu verstehen ist.

Die nachfolgende Tabelle zeigt auf, wie die Befragten den Mehrbedarf in den verschiedenen Handlungsfeldern einschätzen. In beiden Bereichen wird ein hoher Mehrbedarf bei der sinngebenden Alltagsgestaltung gesehen.

Tabelle 1 Art des Mehrbedarfs

Handlungsfeld	Stationär	ambulant
Selbstsorge		
Sinngiebende Alltagsgestaltung		
Teilnahme am gesellschaftlichen Leben		
Beratung und (Alltags-)Koordination		
Betreuung in Pflegesituationen		
Betreuung bei der Haushaltsführung ¹	-	

Legende: ■ = grosser Mehrbedarf, □ = kleiner Mehrbedarf, □ = kein Mehrbedarf

Quelle: Validierungsbefragung. Anzahl Antworten stationärer Bereich: 16. Anzahl Antworten ambulanten Bereich: Je nach Handlungsfeld 6 oder 7. Diese Frage wurde lediglich Personen gestellt, welche angaben, dass insgesamt ein Mehrbedarf besteht.

¹ Das Handlungsfeld «Betreuung bei der Haushaltsführung» wurde für den stationären Bereich nicht erfragt, da Betreuung in diesem Handlungsfeld in stationären Einrichtungen eine untergeordnete Rolle spielt (siehe auch das Phasenmodell der Betreuung in Kapitel 2).

Die Deckung des Mehrbedarfs im Bereich der Betreuung würde Kosten in einer Bandbreite von 800 bis 1600 Mio. CHF pro Jahr auslösen. Primär bedingt durch die demographische Veränderung wird sich der Bedarf an Betreuung älterer Menschen in den kommenden 20 Jahren deutlich erhöhen. Bis zum Jahr 2050 würden sich die Kosten um 70-170% auf 1.4 bis 4.3 Mrd. CHF erhöhen. Neben diesen Kosten für die eigentlichen Betreuungsleistungen sind weitere Kostenelemente zu berücksichtigen. Dabei ist insbesondere an die Bedarfsabklärungen sowie den Aufbau des Finanzierungssystems zu denken. Gelingt es, Eintritte in Alters- und Pflegeheime zu verzögern, wären auch Einsparungen der Langzeitunterstützungskosten denkbar. Allerdings würden diese Einsparungen nur einen (kleinen) Teil der Mehrkosten guter Betreuung kompensieren. Die Berechnung der Kosten des Mehrbedarfs guter Betreuung basiert auf der Annahme, dass die Leistungen vollumfänglich durch professionelle Dienste erbracht werden. Würde hingegen ein Teil des Bedarfs durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn oder die Freiwilligenarbeit abgedeckt, würde das die Mehrkosten senken.

Die Frage ist nun, wie eine professionelle Betreuung organisiert und finanziert werden könnte. Die Studie prüft hierfür zunächst vier Varianten, die sich an bestehenden Instrumenten orientieren und diese auf den Aspekt Betreuung adaptieren resp. erweitern:

- Vergütung Betreuungskosten über die EL: Die bereits mögliche Übernahme der Krankheits- und Behinderungskosten im Rahmen der EL könnte ausgebaut werden. Von der finanziellen Unterstützung würden dabei (wie bereits heute) nur Personen profitieren, die gewisse (zu definierende) Einkommens- und Vermögensgrenzen nicht überschreiten. Gegenüber der heutigen EL wurden zwei zentrale Veränderungen geprüft: Erstens würde Betreuung breiter definiert (sowohl ambulant wie auch stationär würde Betreuung entsprechend dem Konzept der Paul Schiller Stiftung² bezahlt) und zweitens würde das Vermögen bei der Berechnung der EL weniger stark berücksichtigt als heute (d.h. auch Personen des Mittelstands hätten Anspruch darauf). Die Vergütung wäre zweckgebunden, die betagten Personen würden die Kosten der Betreuungsleistung zunächst selbst übernehmen und die Rechnungen dann zur Vergütung bei der EL einreichen. Würde nur die erste Änderung umgesetzt (also gute Betreuung bezahlt, aber keine Änderung bei der Anrechnung von Vermögen), dann entstünden Kosten von rund 210 bis 350 Mio. CHF. Wenn hingegen beide Änderungen umgesetzt werden, entstehen Kosten von 320 Mio. CHF bis 570 Mio. CHF für die öffentliche Hand (sofern der gesamte Mehrbedarf übernommen würde). Diese Variante würde dazu führen, dass ein Teil des Mittelstands von EL-Leistungen profitieren kann, ohne dass zuvor das Vermögen der betroffenen Personen aufgebraucht würde. Fraglich ist, ob eine Ausgestaltung der EL, die dazu führt, dass mehr Personen EL beziehen können, derzeit politisch realisiert werden kann, zumal in der jüngsten Reform der EL gerade restriktivere Regelungen in Kraft gesetzt worden sind.
- In einer zweiten Variante zeigen wir auf, wie eine «Betreuungsentschädigung» für ältere Personen analog zu den Regelungen der Hilflosenentschädigung aussehen könnte. Der Unterschied zur EL-Variante ist, dass sich die Entschädigung am Bedarf ausrichtet, unabhängig vom Einkommen und Vermögen der älteren Person. Weiter würde die Betreuungsentschädigung als Pauschale ausbezahlt werden. Um die zweite Variante mit der ersten vergleichbar zu machen, zeigen wir die finanziellen Implikationen auf, wenn vom gleichen zur Verfügung gestellten Budget wie unter der EL-Variante ausgegangen wird. Pro Person steht in dieser Variante dann natürlich entsprechend weniger Geld zur Verfügung. Die Stärke der Variante liegt in der

² Siehe Kapitel 2.2.

Orientierung am Bedarf: Personen, die einen Betreuungsbedarf aufweisen, erhalten eine Entschädigung. Diese können sie frei verwenden, sie müssen keine Vorfinanzierung leisten und eine komplizierte Abrechnung von Leistungen ist nicht nötig. Eng damit verbunden ist aber auch die Schwäche der Variante: Durch die fehlende Zweckbindung resp. die fehlende Überprüfung kann nicht gewährleistet werden, dass die Beiträge tatsächlich zur Finanzierung des Betreuungsbedarfs eingesetzt werden. Erschwerend kommt hinzu, dass die Ermittlung des Betreuungsbedarfs wahrscheinlich deutlich komplexer wäre als diejenige zur Hilflosigkeit.

- Drittens kann eine sogenannte «Betreuungsgutsprache» ermöglicht werden. Solche Gutscheine resp. Gutscheine könnten älteren Personen nach einer Bedarfsabklärung gewährt werden, sofern bestimmte Einkommens- und Vermögensgrenzen nicht überschritten werden. Insofern ist diese Regelung in der geprüften Ausgestaltung ähnlich wie die 1. Variante (EL). Entsprechend ähnlich sind auch die Stärken und Schwächen dieser Variante. Ein Unterschied zur EL-Variante ist, dass nur die Kosten für Leistungen bestimmter Organisationen rückerstattet werden.
- Die vierte Variante stellt eine Kombination zwischen einer Anstossfinanzierung durch den Bund und weiterführender Finanzierung durch die Kantone dar. Die Variante orientiert sich dabei an der Anstossfinanzierung für familienexterne Kinderbetreuung, die der Bund seit vielen Jahren finanziert. Gefördert würden hier in der Tendenz Angebote und Modelle (also Objektfinanzierung), wobei auch eine Subjektfinanzierung denkbar wäre. Subventionierten Institutionen würden dann ihre Betreuungsdienstleistung zu einem relativ tiefen Tarif oder auch unentgeltlich bereitstellen können. Die Stärke und Chance der Variante liegen u.E. insb. darin, dass neue und innovative Modelle getestet und gefördert werden können. Zudem kann ein niederschwelliger Zugang als Kriterium festgelegt und damit allfällige Zugangshürden reduziert werden. Weiter können subventionierte Institutionen besser und einfacher Freiwillige einbinden. Grösstes Risiko der Variante ist, dass die Angebote möglicherweise nicht nachhaltig sind und dadurch insgesamt zumindest langfristig keine bessere Betreuungssituation resultiert. Zudem ist es möglich, dass – bei fehlender Koordination – eine «Verzettelung» der Projekte stattfindet.

Alle vier Varianten weisen – neben verschiedenen Stärken – somit auch substanzielle Schwachpunkte auf. Wir haben daher eine 5. Finanzierungsvariante erarbeitet, welche die Vorteile der verschiedenen Instrumente zu kombinieren versucht: das Förder- und Finanzierungsprogramm «Betreuungsgeld»:

- Subjektorientiertes Element: Personen mit einem Betreuungsbedarf bezahlen reduzierte Tarife, wenn sie bei einer anerkannten Organisation / Institution Leistungen der Betreuung in Anspruch nehmen. Der Ablauf wäre wie folgt: 1) Der Bedarf an Betreuung einer Person wird bei einer Abklärungsstelle ermittelt. Im Ergebnis dieser Abklärung resultiert ein Stundenkontingent. 2) Die Person kann diese Stunden nun bei einem anerkannten Leistungserbringer einlösen (unter bestimmten Voraussetzungen wäre auch eine Vergütung von Angehörigen möglich). 3) Für die eingelösten Stunden erhält die Person eine Rechnung. Sie bezahlt jedoch nicht die Vollkosten, sondern einen vergünstigten Tarif. Die restlichen Kosten werden vom Kanton übernommen (direkte Zahlung an den Leistungserbringer). 4) Wenn eine Person die (reduzierten) Tarife nicht bezahlen kann, werden diese von den EL übernommen.
- Objektorientiertes Element: Ergänzend zur subjektorientierten Finanzierung erfolgt eine «klassische» Objektfinanzierung von Organisationen, die Betreuungsleistungen anbieten. Da-

mit werden einerseits Projekte zur Qualitätsentwicklung und -sicherung gefördert und andererseits werden spezifische Angebote unterstützt, die aufsuchend erfolgen und niederschwellig ausgestaltet sind. Damit sollen Personen möglichst frühzeitig erfasst werden. Wenn von Seiten der Organisationen ein Bedarf festgestellt resp. vermutet wird, werden die Personen zur Abklärung ermutigt. Dann tritt die subjektorientierte Finanzierung in Kraft. Das heisst: Aufsuchende Arbeit wird über Objektfinanzierung vergütet, regelmässige Betreuung über die subjektorientierte Finanzierung – die «Nahtstelle» ist die Abklärung.

Das Modell ist unabhängig von der Wohnform anwendbar. Finanziert wird das Modell von Bund, Kantonen und Gemeinden. Eine mögliche Aufteilung: Die subjektorientierte Finanzierung liegt grundsätzlich bei den Kantonen und Gemeinden. Der Bund leistet im Rahmen eines «Impulsprogramms Betreuung» eine temporäre Mitfinanzierung an dem subjektorientierten Teil und übernimmt zudem die Kosten der Objektfinanzierung und der Bedarfsabklärung dauerhaft. Zur Beurteilung, inwieweit sich dieses Modell für die Finanzierung der Betreuungskosten eignet, erscheinen uns folgende Kernfragen besonders wichtig:

- Wer sollte auch künftig die Betreuungskosten selbst tragen, wer erhält staatliche Unterstützung?

Das Modell weist u.E. hier zwei Vorteile auf: Erstens würden finanziell schwächer gestellte Personen, welche den Eigenbeitrag nicht tragen können, über die EL unterstützt. Zweitens kann die – politische – Frage zur Höhe des Eigenbeitrags auch politisch beantwortet werden – die Grundstruktur des Modells wird dadurch nicht beeinflusst.

- Wie offen ist der Zugang zur Betreuung? Wie hoch sind die Hürden? Gelingt es, ältere Personen zum idealen Zeitpunkt mit den Dienstleistungen zu erreichen?

Die Zugangshürden würden durch die Objektfinanzierung im Modell möglichst tief gehalten. Die finanzierten Organisationen wären in der Lage, eine aufsuchende Arbeit aufzubauen, d.h., das, was am besten sicherstellen kann, dass ältere Personen rechtzeitig die Betreuung erhalten, die sie benötigen. Die Hürde, solche Angebote anzunehmen, kann bei dieser Finanzierungsvariante bewusst tief gehalten werden.

- Ist die Finanzierungsvariante politisch machbar?

Wir erachten das Modell als grundsätzlich realisierbar. Das subjektorientierte Element setzt erstens an bestehenden Strukturen an und ermöglicht zweitens eine relativ hohe Flexibilität, indem die Kantone den prozentualen Eigenbeitrag für ihren Kanton jeweils selbst festlegen können. Politisch relativ grosse Realisierungschancen hat unserer Einschätzung nach auch das Element «Impulsprogramm Betreuung», zumal die Analogien zum Bereich der familienexternen Kinderbetreuung offensichtlich sind.

Dass ein Mehrbedarf im Bereich der Betreuung vorliegt, ist auf Basis der vorliegenden Arbeit insgesamt klar. Die genaue Höhe mag zu diskutieren sein und kann in weiteren Studien allenfalls auch noch präzisiert werden. In welcher Art und in welcher Höhe Betreuungsleistungen künftig finanziert werden, ist schlussendlich ein politischer Entscheid. Diese Studie soll Impulse für die entsprechende Diskussion liefern.

1. Einleitung

Für ein Leben in Würde benötigen ältere Menschen nicht nur Pflege, sondern auch eine angemessene Betreuung. Gegenwärtig wird die Betreuung von älteren Menschen in der Schweiz zu einem grossen Teil vom privaten Umfeld erbracht; dies vor allem, wenn ältere Menschen mit Betreuungsbedarf zuhause wohnen. In den kommenden Jahren wird der Bedarf an Betreuung, insbesondere an externer Betreuung, jedoch stark zunehmen. Allein schon auf Basis der demographischen Entwicklung ist klar, dass einerseits die absolute Zahl älterer Menschen steigt, sowie andererseits der Anteil jüngerer Menschen innerhalb der Familien sinkt. Zudem gehen Frauen, die heute den grössten Teil der innerfamiliären Betreuungsarbeit leisten, zunehmend einer Erwerbstätigkeit nach und schliesslich führt die berufliche Mobilität dazu, dass Kinder, wenn sie erwerbstätig werden, häufig nicht mehr am Wohnort ihrer Eltern leben. Ferner nimmt die Zahl an Einpersonenhaushalten laufend zu. All diese Entwicklungen werden dazu führen, dass zunehmend Personen ausserhalb der Partnerschaft und Familie die Betreuung älterer Menschen leisten müssen. Die zu erwartenden Entwicklungen werfen Fragen nach dem zusätzlichen Betreuungsbedarf, den Kosten und ihrer Finanzierung auf. Die Paul Schiller Stiftung verfolgt das Ziel, Sensibilisierungsarbeit für gute Betreuung im Alter zu leisten und einen Diskurs über die Finanzierung solcher Leistungen anzuregen. Die Stiftung hat BSS Volkswirtschaftliche Beratung in diesem Zusammenhang beauftragt, eine Abschätzung des Bedarfs an guter Betreuung zu erarbeiten sowie verschiedene Finanzierungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Die Studie widmet sich zunächst einer Definition von guter Betreuung im Alter und geht auf die Erkenntnisse aus ausgewählten bestehenden Studien ein. Weiter zeigt sie anhand verschiedener Beispiele aus dem In- und Ausland, wie gute Betreuung für ältere Menschen konkret aussehen, organisiert und finanziert werden kann. Im Hauptteil der Studie wird eine Abschätzung der künftigen Kosten einer guten Betreuung für ältere Menschen vorgelegt. Als erster Schritt der Kostenschätzung wird der heutige Mehrbedarf an Betreuung älterer Menschen geschätzt. Auf dieser Basis wird der künftige Bedarf prognostiziert. Dies mündet in eine Kostenschätzung im Hinblick auf den zukünftigen Betreuungsbedarf. Im letzten Teil der Studie werden verschiedene Finanzierungsmöglichkeiten dargestellt.

2. Betreuung im Alter - Definition

2.1 Verwendung und Abgrenzung des Begriffs «Betreuung» in der bestehenden Literatur

Welche Tätigkeiten werden unter Begriffen wie Betreuung und Altershilfe verstanden und wie lassen sich diese insbesondere von pflegerischen Tätigkeiten abgrenzen? Diese Frage wurde bereits vielfach aufgeworfen und ist dennoch nicht einfach zu beantworten. Einigkeit besteht darin, dass die Übergänge zwischen Betreuung und Pflege fliessend sind, in vielen Fällen aber auch ein Betreuungsbedarf besteht, ohne dass Pflegeleistungen beansprucht werden müssen. Mit Blick auf betreuende Angehörige weist beispielsweise das BAG darauf hin, dass die Begriffe Betreuung und

Pflege weder trennscharf noch einheitlich definiert werden und verzichtet daher auf eine weitere Differenzierung (BAG 2018). Aber das entsprechende Hintergrunddokument teilt die unter Betreuung / Pflege zu erfassenden Tätigkeitsfelder in verschiedene Kategorien ein (BAG 2018): Koordination und Organisation; Gesundheitszustand der unterstützungsbedürftigen Person; Selbstversorgung; Kognition und Kommunikation; Mobilität; Lebensalltag; Haushalt; Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und soziale Kontakte. Ebenfalls mit Blick auf die Unterstützung durch Angehörige verwendet das BFS den Begriff «Informelle Hilfe». Gemeint ist damit Hilfe von Angehörigen bei der Verrichtung alltäglicher Aufgaben oder bei der Pflege zuhause, welche aus gesundheitlichen Gründen erforderlich wird.³

An anderer Stelle wird seitens Bund eine Abgrenzung und Begriffsdefinition verwendet, welche sich auch in der Gesetzgebung widerspiegelt: Gemäss Art. 101^{bis} des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) leistet der Bund Beiträge zur Förderung der Altershilfe. Namentlich erwähnt werden dabei u.a. die Bereiche Beratung, Betreuung, Beschäftigung sowie Kurse, die der Selbstsorge sowie der Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt dienen. Mit dem Begriff «Altershilfe» wird somit die soziale Dimension in den Vordergrund gerückt: Ältere Menschen benötigen zusätzlich zur medizinischen Versorgung und Pflege angemessene Hilfe und Betreuung. Dies kann sie auch darin unterstützen, möglichst lange in ihrem vertrauten Umfeld leben zu können (Stettler et al. 2020). Unter dem Titel der Altershilfe werden Finanzhilfen von jährlich ca. 70 Mio. CHF an gemeinnützige Organisationen geleistet (z.B. an Pro Senectute oder das Schweizerische Rote Kreuz). Mit Bezug auf diese gesetzliche Grundlage definiert eine aktuelle Studie Altershilfe als unterstützende, stärkende und fördernde Massnahmen, die ältere Menschen dazu befähigen, so lange als möglich zuhause zu leben und ein aktives und selbstbestimmtes Leben zu führen (Stettler et al. 2020). Der Begriff Altershilfe bezieht sich damit ausschliesslich auf Personen, die nicht in stationären Einrichtungen leben. Wiederum werden verschiedene Tätigkeitsfelder definiert, in welche sich die Altershilfe strukturieren lässt. Dazu gehören u.a. Assistenz und Unterstützung im Alltag, Förderung von körperlichen und geistigen Fähigkeiten, von Selbstsorge und von ausserhäuslichen sozialen Kontakten aber auch Entlastung von betreuenden Angehörigen und Weiterbildung für Hilfspersonal. Dieselbe Studie kommt weiter zur Erkenntnis, dass der Begriff Altershilfe bei den Kantonen eher wenig verbreitet ist und wenn doch, ein unterschiedliches Verständnis davon besteht. Der Blick in kantonale Altersleitfäden resp. Strategien der Alterspolitik verdeutlicht, dass auch die weiteren Begrifflichkeiten wie Pflege, Betreuung, Begleitung, Hauswirtschaftliche Unterstützung etc. nicht einheitlich verwendet werden. Vielfach Thema der kantonalen Strategien sind eine altersgerechte Wohnraum- und Quartiersplanung sowie Angebote zur sozialen Teilhabe (z.B. Mittagstische). Zumeist fehlt es an einer Begriffsdefinition, welche es erlauben würde, die subsumierten Leistungen klar zu umreissen. Deutlich wird jedoch, dass Betreuung im Sinne sozialer Unterstützung in den gesichteten Dokumenten kaum als eigenständiges Element der Alterspolitik gesehen wird. Einige Strategien konzentrieren sich gar explizit auf die Bereiche der medizinischen / pflegerischen Leistungen sowie hauswirtschaftliche Unterstützung. So erwähnt beispielsweise der Kanton Basel-Stadt in seinen Leitlinien zur Alterspflegepolitik⁴, dass die Rolle des Kantons primär in der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung gesehen wird. Hauswirtschafts- und Betreuungsleistungen würden eher zurückhaltend (mit-)finanziert. Dies einerseits aufgrund der kaum eingrenzbaren Vielfalt des Feldes und andererseits, da sich solche Leistungen oft im Grenzbereich zwischen Bedarf an Gesundheitsversorgung und individuellen Bedürfnissen bewegen. Unterstützt wird im Kanton Basel-

³ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/informelle-hilfe.html>

⁴ Kanton Basel-Stadt: Leitlinien Alterspflegepolitik und Erläuterungen, 2019.

Stadt jedoch die informelle Pflege und Betreuung zuhause: Bei andauernder und intensiver Pflege und Betreuung zuhause durch Angehörige oder Dritte werden Beiträge an die Betreuenden ausgerichtet. Beitragsvoraussetzung ist dabei, dass die Pflege mindestens zwei der aufgeführten Lebensaktivitäten wie z.B. An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme oder die tägliche Körperpflege umfasst.

Auch wenn soziale Aspekte der Betreuung nicht als eigenständiges Element in den Dokumenten zur Alterspolitik erwähnt werden, sind entsprechende Gesichtspunkte vielfach mitgedacht. So betont beispielsweise das Altersleitbild des Kantons St. Gallen⁵ die Bedeutung der Persönlichkeitsentfaltung durch den Erhalt persönlicher Kontakte sowie aktives schöpferisches Tun wie malen, musizieren oder diskutieren. Neben den jeweiligen strategischen kantonalen Dokumenten zur Alterspolitik ist auch zu berücksichtigen, dass die Kantone über einen gewissen Spielraum bei der Definition der zu vergütenden Leistungen zuhause im Rahmen der Ergänzungsleistungen verfügen. Neben Leistungen im Bereich der hauswirtschaftlichen Unterstützung können ggf. auch Leistungen mit sozialem Charakter wie z.B. Spaziergänge finanziert werden.

Eine Abgrenzung von Leistungen im Bereich der Pflege und Betreuung wird auch in anderen Studien vorgenommen. Bei Knöpfel et al. (2019) beispielweise wird die – wenn auch nicht trennscharfe – Abgrenzung über die Finanzierung vorgenommen: Als Pflege gelten Leistungen, die von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden. Diese fokussieren oft auf medizinische und körperzentrierte Unterstützungsformen. In der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) werden drei Leistungsbereiche definiert: 1. Abklärung, Beratung und Koordination, 2. Behandlungspflege sowie 3. Grundpflege. Unter den Begriff Betreuung hingegen fallen nicht-pflegerische Leistungen. Diese umfassen hauswirtschaftliche Tätigkeiten (Hausarbeiten erledigen, Wäsche waschen, Einkäufe tätigen, Mahlzeiten zubereiten) und die administrative Hilfe (Büroarbeiten, Korrespondenz, Rechnungen zahlen). Leistungen im Bereich der einfachen Körperpflege (Essen, Aufstehen und Hinlegen, Körperhygiene, Anziehen, Notdurft) gelten je nach Intensität des Unterstützungsbedarfs als pflegerische Leistungen (KLV) oder als Betreuung (Knöpfel et al. 2019). Über diese Aspekte der Funktionalität hinausgehend umfasst Betreuung auch das Fördern des psychosozialen Wohlbefindens sowie der sozialen Teilhabe. Charakteristisch ist denn auch, dass Betreuung häufig durch das soziale Umfeld geleistet wird.

Engelberger und Rubin (2018) unterscheiden für den stationären Bereich die drei Begriffe Pflege, Hotellerie/Pension und Betreuung. Wiederum gelten dabei als Pflege jene Leistungen, welche gemäss KLV über die Krankversicherer abgegolten werden. Hotellerie/Pension umfasst die Zimmermiete (inkl. Strom etc.), Reinigung, Wäscheservice sowie Mahlzeiten. Betreuung definieren die Autoren als sämtliche Leistungen des Pflegepersonals, welche nicht über die Krankenversicherung abgerechnet werden. Exemplarisch genannt werden Tätigkeiten wie Gespräche führen, sinnvolle Tagesgestaltung sowie soziale Kontakte unterstützen. Die Schwierigkeit dieser Definition liegt darin, dass die Betreuung selbst nicht aktiv definiert und eingegrenzt wird. Dies führt dazu, dass insbesondere auch administrative und organisatorischen Tätigkeiten des Pflegepersonals (Strukturkosten) als Betreuung angesehen werden.

Ebenfalls differenziert mit der Definition von Betreuung und Pflege setzt sich der «Wegweiser für eine gute Betreuung im Alter» (Knöpfel et al. 2020a) auseinander. Um detaillierter herauszuarbeiten, was gute Betreuung im Alter ausmacht, hat die Paul Schiller Stiftung zusammen mit fünf

⁵ Aspekte aus dem Altersleitbild des Kantons St. Gallen, 2019.

weiteren Stiftungen diesen Wegweiser erstellen lassen. «Betreuung wird als Unterstützung bei den alltäglichen Herausforderungen verstanden» (Knöpfel et al. 2020a:9). Durch Betreuung soll der selbstbestimmte Alltag von älteren Menschen gefördert werden. «Gute Betreuung zeichnet sich dadurch aus, dass sie sich konsequent an den individuellen Bedürfnissen der betagten Person ausrichtet und nebst dem körperlichen auch das psychosoziale Wohlbefinden im Blick behält.» (Knöpfel et al. 2020a:7) Im Fokus steht damit nicht nur die Leistung an sich, sondern auch die Art, wie diese erbracht wird. Der unterstützende und fördernde Charakter des Handelns steht im Vordergrund. Die Betreuung orientiert sich dabei stets nach der betreuten Person und ihrer Lebenssituation, dies unabhängig oder in Kombination mit anderen Unterstützungsformen wie medizinischer Pflege und Haushaltshilfe (Knöpfel et al. 2020a:8). Aufgrund der Ausrichtung auf die individuellen Bedürfnisse kann Betreuung daher sehr unterschiedliche Leistungen umfassen (Knöpfel und Pardini 2020c). Dieser Umstand, sowie der starke Fokus auf die Haltung gegenüber der Art der Unterstützung, führen dazu, dass Betreuung nicht in der Form eines abschliessenden Leistungskatalogs definiert werden kann (Knöpfel und Pardini 2020c).

Auch der Wegweiser hält fest, dass sich in der Praxis Betreuung nicht klar von hauswirtschaftlicher Hilfe und insbesondere Pflege abgrenzen lässt. Die Übergänge zwischen den Leistungen können fließend sein. Beispielsweise kann die rein pflegerische Handlung des Wechselns eines Verbands mit dem gleichzeitigen Führen eines einfühlsamen Gesprächs – und damit Betreuung – verbunden sein. Eine weitere Abgrenzungsschwierigkeit liegt darin, dass gewisse Leistungen der einfachen Körperpflege (z.B. Ankleiden) je nach Einschränkungen einer Person und damit ihrem Unterstützungsbedarf als Pflege oder als Betreuung gelten. Bei der Differenzierung zwischen Betreuung und Hilfe geht es gemäss Wegweiser vor allem darum, wie die unterstützende Aktivität ausgestaltet wird. Wenn beispielsweise die Wohnungsreinigung gemeinsam mit der betreuten Person durchgeführt wird, es also neben der Reinigung an sich auch um die Alltagsgestaltung der zu betreuenden Person geht, handelt es sich um Betreuung, ansonsten würde man von klassischer Haushaltshilfe sprechen. Wiederum ist die Abgrenzung nicht trennscharf, da auch im Zuge klassischer Haushaltshilfe Gespräche geführt werden, die zum Wohlbefinden der älteren Person beitragen können.⁶ Eine ähnliche Dreiteilung wie der Wegweiser macht auch Höpflinger (2020): Hier wird unterschieden zwischen «Hilfe und Unterstützung im Alltag», «Betreuung und Begleitung» sowie «Pflege im engeren Sinn».

Der Wegweiser identifiziert sechs Handlungsfelder, «in denen betreuende Tätigkeiten zum Tragen kommen» (Knöpfel et al. 2020a:18). Da die Bedürfnisse jeder betreuungsbedürftigen Person individuell sind, stehen je nach Unterstützungsbedarf andere Handlungsfelder und Aktivitäten im Zentrum der Betreuung. Die Handlungsfelder umfassen Unterstützung bei der Selbstsorge, der sozialen Teilhabe, der Alltagsgestaltung, der Beratung und (Alltags-)Koordination, Haushaltsführung sowie der Pflege. Während die Unterstützung der Selbstsorge primär zum Ziel hat, die Selbstwirksamkeit zu erhalten und zu fördern, steht beim Handlungsfeld soziale Teilhabe die Sicherstellung und Förderung der gesellschaftlichen Zugehörigkeit, sowie der primären sozialen Netzwerke im Vordergrund. Betreuerische Alltagsgestaltung beinhaltet Betreuung durch alltägliche Tätigkeiten und Aktivitäten, die gemeinsam mit den Betroffenen ausgeübt werden. Das Handlungsfeld Pflege umfasst Wissens- und Kompetenzvermittlung im Umgang mit Krankheiten, in

⁶ Zur Bedeutung der hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex siehe Wächter et al. 2015.

die Pflegehandlung integrierte psychosoziale Unterstützung und palliative Massnahmen. Haushaltsführung im Sinn einer guten Betreuung besteht in der gemeinsamen Erledigung von haus-
hälterischen und administrativen Tätigkeiten.

Abbildung 1 Die 6 Handlungsfelder der Betreuung aus dem Wegweiser

WANN IST WELCHE BETREUUNG GEFRAGT? DIE HANDLUNGSFELDER.

Die sechs Handlungsfelder der Betreuung

Selbstsorge

- Stärkung und Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung mit dem Ziel, Selbstwirksamkeit zu unterstützen
- Unterstützung bei der Verwirklichung von Lebenszielen
- Kompetenzentwicklung
- Anpassungsfähigkeit fördern
- Sinnfindung und lebenslanges Lernen ermöglichen
- Seelsorge und die Auseinandersetzung mit spirituellen und geistigen Fragen und Themen
- Wahrnehmen und Erkunden von starken psychischen, sozialen und physischen Belastungen (Trauer, Ängste, Hoffnungslosigkeit, schwelende Konflikte usw.)
- Umgang mit bzw. Unterstützung bei Entscheidungsfindungen

Soziale Teilhabe

- Gesellschaftliche Zugehörigkeit, Sicherheit, Partizipation und Wahlmöglichkeiten schaffen
- Zugang zu Kultur und kultureller Bildung ermöglichen
- Lebenslanges Lernen fördern und ermöglichen
- Soziale Kontakte und soziokulturelle Aktivitäten sichern und fördern
- Primäre soziale Netzwerke stabilisieren und fördern: Familie, Freundschaften, Nachbarn usw. – Aufnahme und Erhalt
- Soziale Kontakte vertiefen: Familie, Freundschaften, Nachbarn usw.

Alltagsgestaltung

- Sinnbringende Alltagsgestaltung mit individuellen Tagesplänen unterstützen
- Alltägliche Tätigkeiten wie Putzen, Wäsche waschen, Einkaufen, Gartenarbeit usw. soweit möglich mit den Betroffenen ausüben
- Soziokulturelle Anlässe besuchen
- Sportliche Aktivitäten in Gruppen ausüben

Pflege

- Präventive gesundheitsfördernde Massnahmen (z. B. Bewegung, Ernährung, Sturzprophylaxen, Wissensvermittlung über Gesundheit und Erkrankungen)
- Wissen und Kompetenzen vermitteln, wie mit einer Krankheit im Alltag umzugehen ist (z. B. Einnahme von Medikamenten, spezielle Körperpflege, Einsatz von Hilfsmitteln)
- Gespräche führen über Alltag, Unterstützung bei Angst, Trauer und Unsicherheit
- Palliative Massnahmen

Haushaltsführung

Gemeinsam

- einkaufen für den täglichen Bedarf
- Mahlzeiten zubereiten
- einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten erledigen (z. B. den Tisch decken, spülen, Wäsche falten)
- aufwendige Aufräum- und Reinigungsarbeiten durchführen (z. B. staubsaugen, Fenster putzen, Frühlingsputz, die Wäsche waschen, das Bett beziehen)
- finanzielle Angelegenheiten regeln (z. B. ein Zahlungskonto führen, Überweisungen vornehmen)
- administrative Aufgaben erledigen
- Behördenangelegenheiten umsetzen (z. B. einen Antrag stellen, einen Brief beantworten)

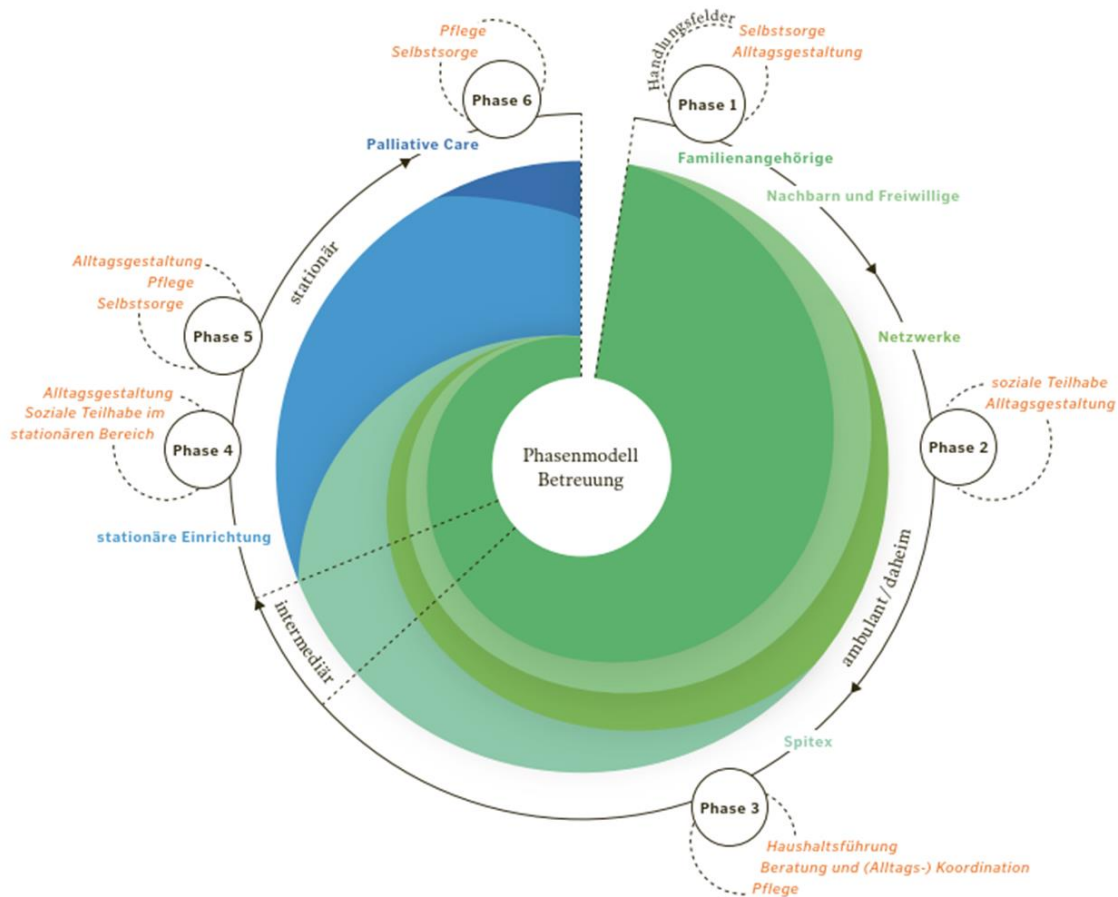
Beratung und (Alltags-)Koordination

- Haushaltsnahe, pflegerische und persönliche Dienstleistungen organisieren (z. B. Hilfe im Haushalt, Handwerker, Fahr- und Mahlzeitendienst, Coiffeur)
- Case Management: Koordination von Unterstützungsangeboten
- Soziale Beratung
- Alltagskoordination der Unterstützung durch Angehörige und das soziale Umfeld

Quelle: Wegweiser für eine gute Betreuung (Knöpfel et al. 2020a)

Der Wegweiser führt weiter aus, dass sich der Betreuungsbedarf im Alterungsverlauf verändern kann. Modellhaft wird dabei ein 6-Phasen-Modell dargelegt, welches aufzeigt, welche Handlungsfelder in welcher Phase im Vordergrund stehen. Wobei natürlich nicht alle älteren Menschen alle Phasen des Modells durchlaufen.

Abbildung 2 Die sechs Handlungsfelder im Phasenmodell



Quelle: Wegweiser für eine gute Betreuung (Knöpfel et al. 2020a)

2.2 Begriffsdefinitionen für die vorliegende Studie

Basierend auf dem Wegweiser für eine gute Betreuung (Knöpfel et al. 2020a) wurden in einem weiteren Artikel Definitionen für die drei Formen der Unterstützung «Pflege», «Betreuung» und «Hilfe» konkretisiert (Knöpfel und Pardini 2020c). Diese Begriffsdefinitionen werden für die vorliegende Studie übernommen:

- Die **Pflege** bewegt sich hauptsächlich im Bereich der gesundheitlichen Versorgung. Die unterstützenden Massnahmen sind zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit zu verorten und umfassen gesundheitsfördernde und präventive Aufgaben, die Unterstützung bei funkti-

onalen, körperbetonten Alltagsaktivitäten (Körperpflege, Mobilisierung, Hilfe beim Essen oder beim Toilettengang) und Krankheitsbehandlungen. Ihre sozialrechtliche Verankerung liegt im Krankenversicherungsgesetz und den entsprechenden Ausführungsbestimmungen (Quelle: Knöpfel und Pardini 2020c).

- Die **Hilfe** ist vor allem durch ihren Dienstleistungscharakter geprägt und zeichnet sich dadurch aus, dass entweder die bedürftige Person finanziell unterstützt wird, Sachleistungen erbracht oder für sie Aufgaben übernommen werden. Es handelt sich um monetäre (z.B. Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung), sachliche (z.B. Rollator, Stützstrümpfe), praktische (Einkäufe, Wohnreinigung, Mahlzeitendienst, Fahrdienst) und administrative (Ausfüllen von Formularen, Erledigen von finanziellen und rechtlichen Angelegenheiten, Kontakte mit Ämtern oder Behörden) Unterstützungsleistungen (Quelle: Knöpfel und Pardini 2020c). Für die vorliegende Studie stehen die praktischen und administrativen Unterstützungsleistungen im Vordergrund, weshalb der Begriff «Hilfe» nachfolgend in Bezug auf diese Leistungen verwendet wird.
- In der **Betreuung** stehen die sozialen Aspekte der Unterstützung im Vordergrund. Sie kommt zum Zuge, wenn ältere Menschen, ihre Bedürfnisse im Alltag aufgrund ihrer Lebenssituation und/oder physischer, psychischer, kognitiver Beeinträchtigungen nicht mehr nach ihren Vorstellungen selbstständig erfüllen können. Das heisst, sie wird auch erbracht, wenn noch keine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Betreuung erleichtert der betagten Person eine selbstbestimmte Lebensführung und gesellschaftliche Teilhabe. Sie ermöglicht älteren Menschen, ihr psychosoziales Wohlbefinden zu erhalten oder zu verbessern und ihre innere Sicherheit im Alltag zu stärken, damit sie Halt und Orientierung finden. Eine sozialrechtliche Rahmung fehlt bisher (Quelle: Knöpfel und Pardini 2020c). Gute Betreuung im Alter heisst damit, Betagte trotz ihrer Einschränkungen, die physischer, psychischer und/oder kognitiver Art sein können, bei der selbständigen Gestaltung des Alltags und der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu unterstützen.

Wiederum gilt es zu beachten, dass die Abgrenzungen der Unterstützungsformen teilweise nicht trennscharf sind: Der regelmässige Besuch einer Reinigungskraft, mit welcher sich eine betagte Person jeweils auch über das Wohlbefinden austauscht, ist sowohl Hilfe als auch Betreuung. Ebenso sind auch die Übergänge zwischen Pflege und Betreuung oft fließend. Der Begriff «Unterstützung» umfasst in unserem Verständnis alle drei Unterstützungsformen. Bei allen Unterstützungsformen kann zudem unterschieden werden zwischen formellen d.h. professionell erbrachten Leistungen und informellen Leistungen, welche unentgeltlich beispielsweise durch Angehörige, Freunde, Nachbarn oder Freiwillige erbracht werden. Informelle Leistungen sind v.a. bei der Betreuung und der Hilfe weit verbreitet.

3. Übersicht über relevante Studien

In den vergangenen Jahren sind zahlreiche Studien im Kontext von Pflege, Hilfe und Betreuung im Alter und ihrer Finanzierung veröffentlicht worden. Nachfolgend werden die zentralen Ergebnisse und methodischen Ansätze derjenigen Studien dargestellt, die für die vorliegende Arbeit inhaltlich und methodisch besonders bedeutsam sind.

Das frei verfügbare Einkommen älterer Menschen in der Schweiz

Die Studie von Knöpfel et al. (2019) untersucht mittels dem frei verfügbaren Einkommen älterer Menschen in der Schweiz die finanzielle Situation von Rentnerinnen und Rentnern mit und ohne Unterstützungsbedarf (Pflege, Hilfe und/oder Betreuung). Dazu wurden zuerst neun Falltypen definiert, die verschiedene typische Situationen im Fragilisierungsprozess, unterschiedliche Lebenssituationen und Haushaltszusammensetzungen abdecken.

Die Einkommensstudie weist für die Falltypen sowohl den Bedarf an Pflege als auch den Bedarf an Betreuung und Hilfe (nicht differenziert) aus. Die Ermittlung des Unterstützungsbedarfs der Falltypen der Einkommensstudie orientiert sich am Konzept der funktionalen Gesundheit. Dabei wird beobachtet, wie eine Person unter Berücksichtigung ihres Gesundheitszustandes ihre täglichen Bedürfnisse abdecken und an der Gesellschaft teilhaben kann. Dieses Verständnis von Gesundheit schliesst Selbständigkeit im Alltag und soziale Teilhabe mit ein. Es ist jedoch stark auf physische Einschränkungen ausgerichtet, während die psychischen, emotionalen und sozialen Aspekte weniger beachtet werden (Knöpfel et al. 2019:20). Der ermittelte Bedarf deckt somit neben dem Bereich der «Pflege» in erster Linie «Hilfe» und nur Teilaspekte der «Betreuung» ab. Gute Betreuung, wie sie der Wegweiser für eine gute Betreuung im Alter (Knöpfel et al. 2020a) definiert, ist umfassender als das erfasste Gesundheitsverständnis in der genannten Studie.

Die Einschätzung des Unterstützungsbedarfs wurde in Zusammenarbeit mit verschiedenen Spitz-Fachpersonen vorgenommen. In der nachfolgenden Tabelle wird angegeben, welchen Bedarf an «Pflege» sowie «Betreuung und Hilfe» die verschiedenen Falltypen haben.

Tabelle 2 Falltypen nach Knöpfel et al. (2019)

	Haushalts-situation	Fragilisierung	HE	Bedarf an Betreuung und Hilfe (pro Woche)	Bedarf an Pflege (pro Woche)
Falltyp 1	Einpersonenhaushalt	keine		-	-
Falltyp 2	Paarhaushalt	keine		-	-
Falltyp 3	Einpersonenhaushalt	beginnend	Nein	4h	4.2h
Falltyp 4	Einpersonenhaushalt	fortgeschritten	Ja	3.6h	17.7h
Falltyp 5	Paarhaushalt	beginnend	Ja	0.6h	7.9h
Falltyp 6	Paarhaushalt	fortgeschritten	Ja	3.3h	17.3h
Falltyp 7	Wohnhaft im Pflegeheim ⁷	beginnend	Nein	-	2.4-4.7h
Falltyp 8	Wohnhaft im Pflegeheim	fortgeschritten	Ja	-	11.8-14h
Falltyp 9	Wohnhaft im Pflegeheim	weit fortgeschritten	Ja	-	21.1-23.3h

⁷ Für Personen im Pflegeheim wird jeweils die Bandbreite gemäss der zugewiesenen Pflegeintensitätsstufe ausgewiesen.

Die Falltypen wurden mit jeweils fünf verschiedenen wirtschaftlichen Verhältnissen (Einkommens- und Vermögenssituationen) dargestellt. Für jeden Falltyp wurde sodann für jede der fünf Einkommens- und Vermögensszenarien die finanzielle Situation berechnet – dies differenziert für alle Kantonshauptorte im Jahr 2018. Das Berechnungsmodell berücksichtigt auf der Ausgabenseite die Kosten für Pflege, Betreuung und Hilfe sowie andere Lebenshaltungskosten. Zudem wurden neben Vermögen und Einkommen die Sozialtransfers berücksichtigt, auf die die Rentnerhaushalte in den jeweiligen Kantonshauptorten Anspruch haben. Daraus wurde das frei verfügbare Einkommen berechnet. Es ist zu berücksichtigen, dass diese Studie die Annahme trifft, dass sämtliche benötigten Leistungen durch professionelle Dienste und keine Leistungen durch das soziale Umfeld erbracht werden. Diese Annahme wurde getroffen, um die Kosten für Personen zu ermitteln, welche nicht auf informelle Unterstützung zählen können.

Die Studie zeigt, dass die selbstgetragenen Kosten für Pflege, Betreuung und Hilfe grossen Einfluss auf das frei verfügbare Einkommen der Rentnerinnen und Rentner haben. Dies gilt insbesondere für den Mittelstand, da für sehr tiefe und tiefe Einkommen und Vermögen die Kosten durch die Ergänzungsleistungen gedeckt werden und die Kosten bei wohlhabenden Personen weniger ins Gewicht fallen. Dabei sind es vor allem Betreuungs- und Hilfekosten zu Beginn des Fragilisierungsprozesses, die für Rentnerinnen und Rentner teuer sind, weil zwar ein Grossteil der Pflegekosten von der Krankenkasse übernommen wird, aber die Kosten für Betreuung und Hilfe grösstenteils selbst zu tragen sind, bevor Hilflosenentschädigung geltend gemacht werden kann. Des Weiteren hängt die finanzielle Situation der Rentnerinnen und Rentner auch von ihrem Wohnort ab, denn unterschiedliche kantonale Regulierungen in der Gesundheits-, Sozial- und Steuerpolitik wirken sich auf die frei verfügbaren Einkommen der älteren Bevölkerung aus. Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen die Bedeutung der selbstgetragenen Kosten für Pflege, Betreuung und Hilfe für Rentnerinnen und Rentner und liefern damit auch einen Hinweis darauf, dass ein Teil der betroffenen Personen sich längerfristig die Unterstützung zuhause nicht leisten kann.

Die Demenzkosten aus einer gesellschaftlichen Perspektive

Ecoplan (2019) schätzt mit Blick auf die Finanzierung der Langzeitpflege die direkten und indirekten Kosten der Demenz aus einer gesellschaftlichen Perspektive. Bei den direkten Kosten werden konkret Spalkkosten, Heimkosten, Spitex-Kosten, Arztkosten, Kosten der interdisziplinären Diagnostik (in Memory Clinics) und Medikamentenkosten berücksichtigt, bei den indirekten Kosten die informelle Pflege, Hilfe und Betreuung durch Angehörige. Je nach Verfügbarkeit der Daten wurde auf nationale Statistiken, stichprobenbasierte Erhebungen und teils auch auf Experteneinschätzungen oder Ergebnisse internationaler Studien zurückgegriffen. Wo möglich wurden Daten zu den Kosten gemäss Statistiken verwendet. Ansonsten wurden Annahmen auf der Ebene eines Durchschnittspatienten getroffen. Für die vorliegende Studie von besonderem Interesse ist die Einschätzung des durchschnittlichen informellen Unterstützungsaufwands und die Hochrechnung der daraus resultierenden Kosten – allerdings beziehen sich diese Angaben ausschliesslich auf Demenzerkrankte. Der Aufwand für die informelle Pflege, Hilfe und Betreuung durch Angehörige wird dabei je nach Schweregrad der Demenz bemessen: 2.0h/Tag bei leichter Demenz, 5.6h/Tag bei mittelschwerer Demenz und 8.2h/Tag bei schwerer Demenz.⁸ Die Studie

⁸ Für das Jahr 2017 wurde in der Studie von 38'608 betroffenen Personen mit leichter Demenz (43%), 42'200 Personen mit mittelschwerer Demenz (47%), sowie 8979 Personen mit schwerer Demenz (10%) ausgegangen. Daraus ergibt sich ein gesamthafter Unterstützungsaufwand von 141.3 Mio. Stunden pro Jahr. In Anlehnung an das BFS wird als Stundenlohnansatz für informelle Pflege, Hilfe und Betreuung ein Wert von 39.20 CHF verwendet.

kommt zu dem Schluss, dass für das Jahr 2017 die indirekten Kosten für die informelle Unterstützung von Demenzkranken durch Angehörige 5.5 Mrd. CHF betragen - , bei Gesamtkosten von 11.8 Mrd. CHF. Mit 47% der Demenzkosten wäre die informelle Unterstützung, wie in der Studie nach dem Marktkostenansatz bewertet, ein erheblicher zusätzlicher Kostenfaktor für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft, wenn Angehörige und das soziale Netz die Unterstützungsarbeit nicht (unentgeltlich) leisten würden.

Die Zukunft der Langzeitpflege in der Schweiz

Vor dem Hintergrund der finanziellen Belastung für die Betroffenen stellt sich die Frage einer Weiterentwicklung der Finanzierung von Unterstützungsleistungen. Die Studie des Instituts für Versicherungswirtschaft der Universität St. Gallen (Eling und Elvedi, 2019) hat sich mit der zukünftigen Entwicklung und Finanzierung der Langzeitpflegekosten befasst. Die Studie beschränkt sich damit auf die Untersuchung der Entwicklung des Pflegebedarfs und klammert den Bedarf an Hilfe und Betreuung aus. Dennoch erlauben die Erkenntnisse zum Pflegebedarf erste Rückschlüsse auf die Entwicklung des weiteren Unterstützungsbedarfs. Methodologisch aufbauend auf einem Kohortenansatz, bei dem unter anderem verschiedene Szenarien bezüglich Demografie, Einkommen und Gesundheitszustand der Bevölkerung modelliert werden, kommt die Studie zu dem Schluss, dass die Nachhaltigkeit der Pflegefinanzierung in der Schweiz stark gefährdet ist. Nicht nur die Betagten selbst, sondern auch die Kantone kommen bei einer Weiterführung des Status quo an ihre finanziellen Grenzen. Da die prognostizierten Kosten für die Langzeitpflege sich im Referenzszenario bis ins Jahr 2050 auf 31.3 Mrd. CHF verdoppeln, was 4.8% des Bruttoinlandsproduktes entspricht, braucht es neue Finanzierungsquellen wie z.B. zweckgebundene Steuern und eine Weiterentwicklung der Pflegeorganisation. Zu letzterer zählen die Autoren eine stärkere Anerkennung der informellen Unterstützung (insb. Hilfe und Betreuung), die Aufwertung des Pflegeberufs, aber auch den möglichen Einsatz von Pflegerobotern. Angesichts des in der Studie skizzierten Szenarios zu Langzeitpflege scheint es umso wichtiger, den Bedarf für Betreuung und Hilfe ebenfalls zu berücksichtigen und mit präventiven Einsätzen die langfristigen Kosten zu verringern.

Ausgestaltung der Altershilfe in den Kantonen

Stettler et al. (2020) geben eine gesamtschweizerische Übersicht über die Rahmenbedingungen und die Ausgestaltung der Altershilfe in den Kantonen. Altershilfe bezeichnet dabei die Betreuung und Hilfe, welche ältere Menschen neben medizinischer Versorgung benötigen, um möglichst lange selbständig im vertrauten Umfeld leben zu können. In der Studie werden zunächst die den verschiedenen Strategien zugrundeliegenden Definitionen verglichen.⁹ Die Studie verdeutlicht, dass die Vielfalt sowohl bei den involvierten Akteuren als auch bei den angebotenen Dienstleistungen sehr gross ist. Die Frage, inwiefern der Bedarf an Betreuung und Hilfe gedeckt ist, muss in der Studie unbeantwortet bleiben. Die grösste Herausforderung in diesem Bereich sehen die Kantone bei der Finanzierung der Leistungen. Insofern verdeutlicht die Studie den auch im vorliegenden Bericht adressierten Handlungsbedarf.

⁹ Wie zuvor in Kapitel 2 dargelegt, zeigte sich dabei eine grosse Heterogenität der verwendeten Begrifflichkeiten und Definitionen.

Finanzielle Tragbarkeit der Kosten für Unterstützungs- und Entlastungsangebote

Stutz et al. (2019) untersuchen im Rahmen des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige» typische Konstellationen von Unterstützung zuhause durch Angehörige und die finanziellen Auswirkungen, die Angebote zur formellen Unterstützung mit sich bringen. Dabei werden zwölf reale Fallbeispiele exemplarisch untersucht, in denen gemäss Vorabklärungen die finanzielle Tragbarkeit typischerweise zum Problem werden kann. Bei den gewählten Fallbeispielen wurden möglichst vielseitige Konstellationen bezüglich professioneller und informeller Unterstützung (innerhalb und ausserhalb des Haushaltes) sowie bei der Erwerbssituation der unterstützenden Personen gewählt. Vier der Fallbeispiele betreffen unterstützungsbedürftige Personen über 65 Jahren. In den zwölf Haushalten wurden persönliche Gespräche geführt und dabei der zeitliche Unterstützungsbedarf erhoben. In den Fallbeispielen mit Personen im Rentenalter bewegen sich die monatlichen Kosten für Pflege, Betreuung und Hilfe zwischen 83 CHF und 6153 CHF. Für jedes Fallbeispiel wurde zudem die benötigte und effektiv beanspruchte formelle Unterstützung und die finanzielle Situation beleuchtet. Dabei zeigt sich, dass die Angehörigen bei den Fallbeispielen mit älteren unterstützten Personen über weniger finanzielle Hilfeleistungen berichten als beispielsweise bei Familien mit behinderten Kindern. In einem weiteren Schritt werden in Simulationsberechnungen Einflussfaktoren wie das Einkommen, der Wohnkanton oder der Ausfall eines unterstützenden Angehörigen verändert, um problematische Konstellationen zu identifizieren, unter denen die finanzielle Tragbarkeit nicht mehr gegeben ist. Bei den Fallbeispielen mit Personen im Rentenalter zeigt sich dabei, dass die Vermögenssituation eine grössere Rolle spielt als die Einkommenssituation. Dies gilt insbesondere für selbstbewohntes Wohneigentum. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass Probleme mit der finanziellen Tragbarkeit bei Konstellationen von informeller Unterstützung kaum durch medizinische und pflegerische Leistungen im engeren Sinn entstehen, sondern vielmehr durch die Kosten für Betreuung und Hilfe (insb. durch die notwendige Präsenz und Überwachung).

Betreuung von Seniorinnen und Senioren zuhause: Bedarf und Kosten

Im Auftrag von Pro Senectute Schweiz nahmen Meier et al. (2020) eine Schätzung des Bedarfs und der Kosten ambulanter Betreuungsleistungen (Nicht-KLV-Bereich) der zuhause lebenden Personen ab 63 Jahren vor. Die untersuchten Leistungen lassen sich dabei unter die Unterstützungsformen Betreuung und Hilfe gemäss der Definition der vorliegenden Studie subsumieren. Anhand von 20 Falltypen schätzen Expertinnen und Experten den Bedarf ein. Die Studie kommt zum Schluss, dass rund 42% der in der Schweiz lebenden Menschen, die 63 Jahre oder älter sind (total 662'000 Personen) mindestens eine Betreuungs- oder Hilfeleistung benötigen, damit sie zuhause bedarfsgerecht betreut sind. Bei alleinlebenden Personen wird dieser Anteil (60%) deutlich höher eingeschätzt als bei nichtalleinlebenden (34%). Der grösste Teil dieses Bedarfs fällt dabei in die Kategorien «Soziale Aktivität», «Sport ausser Haus», «Haushaltshilfe» und «Besuchs- und Begleitdienst». Auf die in der Studie vorgenommene Bedarfseinschätzung wird in Kapitel 5.3 noch vertieft eingegangen. Erfragt wurde zudem, inwiefern die Leistungen von professionellen Kräften oder aber von Freiwilligen erbracht werden können / sollten. Das Verhältnis unterscheidet sich je nach Leistungsart - für die Leistungen «Soziale Aktivität» und «Besuchs- und Begleitdienst» schätzen die Expertinnen und Experten, dass rund zwei Drittel der Leistungen durch Freiwillige erbracht werden können.

Weiter wurden für die Kostenberechnung in drei verschiedenen Ansätzen die anzuwendenden Kostensätze pro Stunde ermittelt: Im ersten Ansatz wurden Angebotspreise ermittelt, im zweiten Ansatz wurde der Stundensatz auf Basis der Löhne der Leistungserbringenden berechnet und im dritten Ansatz wurden die Vollkosten der Anbieter erfragt. Unter Verwendung der drei Ansätze zur Bestimmung der Stundensätze schätzen die Autoren die Kosten für eine bedarfsgerechte Betreuung und Hilfe aller zuhause lebenden Seniorinnen und Senioren in der Schweiz auf 4.2 - 5.6 Mrd. CHF pro Jahr. Knapp ein Drittel dieser Kosten entfällt dabei auf Personen, die sich einsam fühlen, aber sonst keine körperlichen oder kognitiven Einschränkungen aufweisen. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass relativ viele Menschen ab 63 Jahren in diese Gruppe fallen.

Die Studie ermittelt den Bedarf und die Kosten von Betreuung und Hilfe zuhause, thematisiert dabei jedoch nicht, welcher Anteil aktuell bereits abgedeckt ist.

4. Good Practice Modelle

Neue Modelle guter Betreuung und deren Finanzierung müssen nicht gänzlich «auf der grünen Wiese» konzipiert werden. Vielmehr gibt es im In- und Ausland gewisse Ansätze und Versuche, die als Inspiration für Veränderungen in der Schweiz dienen können. Im Folgenden werden insgesamt sechs bestehende Modelle (drei aus dem Ausland und drei aus der Schweiz) beschrieben, die in verschiedener Hinsicht als Good Practice Modelle dienen können. Die Beispiele wurden in Absprache mit der Auftraggeberin ausgewählt, da sie im Hinblick auf das Ausmass der angebotenen Betreuung und / oder auf die Finanzierung interessante Aspekte beinhalten.

4.1 Das «Home Care Packages Program» (HCP) in Australien

Zunächst wird das australische Setting zur Unterstützung im Alter über das «Home Care Packages Program» vorgestellt. Dieses zeichnet sich einerseits dadurch aus, dass es den Zugang zu verschiedenen Unterstützungsleistungen – ambulant und stationär – über eine zentrale Webseite und ein Kontaktzentrum ermöglicht. Andererseits wurde durch eine Reform der Altenpflege 2017 die Selbstbestimmung der unterstützten Personen ins Zentrum gestellt, indem diese den Anbieter der Leistung sowie die Leistungen selbst bestimmen können.¹⁰ Auch Irland startete 2016 ein Pilotprojekt mit einer ähnlichen Ausgestaltung (Global Coalition on Aging 2018).

Für ältere Personen, die zuhause wohnen möchten und auf Pflege, Hilfe oder Betreuung angewiesen sind, gibt es in Australien zwei Arten von Unterstützung:

- das HCP, welches die Unterstützung von Menschen nach vier Graden des Unterstützungsbedarfs bezweckt und
- das Commonwealth Home Support Program (CHSP) als Einstiegshilfe für Personen mit leichtem und / oder vorübergehendem Unterstützungsbedarf bei den täglichen Aktivitäten.

¹⁰ <https://agedcare.health.gov.au/increasing-choice-in-home-care>

Home Care Packages Program (HCP)

Das Ziel des Programms ist es, dass Personen möglichst lange selbständig in ihrem Zuhause leben können. Dies einerseits, da es dem Wunsch vieler Menschen entspricht¹¹ und andererseits, da die Kosten für den Staat bei der Unterstützung zuhause in gewissen Fällen geringer ausfallen als bei der stationären Unterbringung (Productivity Commission 2015). Durch die Selbstbestimmung, welche mit den Unterstützungen verbunden ist, soll zudem mehr Wettbewerb und Innovation unter den Anbietern entstehen (Productivity Commission 2015). Grundsätzlich steht der Zugang zum Angebot allen älteren Personen in Australien (unabhängig von der finanziellen Situation) offen, welche einen Bedarf an Unterstützung haben, um zuhause leben zu können.¹² Nicht gedacht ist diese Unterstützungsform für kurzzeitige Phasen der Hilfsbedürftigkeit. Auch für jüngere Personen mit längerfristigen gesundheitlichen Einschränkungen sind u.U. Home Care Packages möglich.

Über das HCP können Anbieter diverse Tätigkeiten erbringen¹³ – stets in Absprache mit der betreuten Person: persönliche und medizinische Pflege (z.B. Duschen, Verbandswechsel, Physiotherapie), Unterstützung bei der Zubereitung von Mahlzeiten, Unterstützung im Alltag (z.B. Hilfe bei der Nutzung des Telefons oder eines Rollstuhls), Unterstützung im Haushalt (z.B. Reinigen oder Gartenarbeiten), Betreuungsmanagement sowie auch soziale Unterstützung (z.B. Hilfe bei der Teilnahme an sozialen Aktivitäten). Weiter können über das Home Care Package auch Geräte und Ausrüstung gekauft oder gemietet werden, welche in einem Zusammenhang mit der Unterstützung stehen (z.B. ein Duschstuhl).

Interessierte Personen können sich beim Kontaktzentrum My Aged Care per Telefon melden. Die Plattform My Aged Care enthält auch Angebote für kurzzeitige Unterstützung (z.B. nach einem Spitalaufenthalt) oder stationäre Einrichtungen für Personen, welche nicht mehr zuhause leben können. Im Rahmen der Registrierung werden erste Fragen zur individuellen Situation und möglichen Alltagseinschränkungen gestellt sowie ein Profil auf der Webseite My Aged Care erstellt. Sofern das Kontaktzentrum einen möglichen Unterstützungsbedarf sieht, wird ein Assessmenttermin vereinbart (Australian Government Department of Health 2020b).

Zur Abklärung des Bedarfs wird eine umfassende Beurteilung durch ein Mitglied eines Aged Care Assessment Teams (ACAT) vorgenommen, das aus medizinischen und pflegerischen Fachpersonen besteht. Die spezifisch für diese Assessments trainierte Fachperson besucht die zu unterstützende Person zuhause und ermittelt deren Bedarf (Australian Government Department of Health 2020b). Die Bedarfsermittlung orientiert sich dabei an spezifisch dafür erarbeiteten Leitlinien (ACAT Guidance Framework, siehe Anhang). Sofern sinnvoll, erkundigt sich die beurteilende Person beim zuständigen Arzt oder Personen aus dem Umfeld. Nach dem Assessment wird entschieden, ob ein Anspruch auf ein Home Care Package besteht und wenn ja, für welche der vier Stufen von Unterstützungsbedürftigkeit.

¹¹ Laut einer Studie der australischen Regierung präferieren 83% der Befragten über 60 Jahren zuhause zu leben (Productivity Commission 2015).

¹² i.d.R. ab 65 Jahren, teilweise früher.

¹³ <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/home-care-packages-program/delivering-services-under-the-home-care-packages-program>

Nach der Bestätigung des Bedarfs ist mit längeren Wartezeiten – in der Regel über zwölf Monate¹⁴ – zu rechnen, bis die Leistung wirklich in Anspruch genommen werden kann, da die Anzahl der Packages begrenzt ist. Es wird eine nationale Warteliste geführt, welche neben dem Zeitpunkt der Anspruchsbestätigung auch die Dringlichkeit gemäss dem Assessment berücksichtigt. Notfalls können Übergangspakete gewährt werden. Gibt es neue oder freiwerdende Packages werden diese gemäss der Warteliste verteilt. Personen werden ca. drei Monate vor der erwarteten Zuteilung eines Packages aufgefordert, mit der Suche nach einem Anbieter zu beginnen (Australian Government Department of Health 2020b). Sobald das Package gewährt ist, hat die Person 56 Tage Zeit, mit einem anerkannten Anbieter eine Leistungsvereinbarung zu treffen.

Berechtigte Personen können sich auf der Webseite My Aged Care oder per Telefon beim Kontaktzentrum über Anbieter von entsprechenden Dienstleistungen in ihrer Region informieren und den passende Angebote auswählen. Die Anbieter, die die finanziell unterstützten Leistungen erbringen, müssen staatlich anerkannt sein. Die Auszahlung der Beiträge der Home Care Packages erfolgt direkt an den ausgewählten Anbieter. Gebühren, die die Klient/innen selber tragen müssen, sind ebenfalls direkt an den Anbieter zu bezahlen.

Die Leistungsvereinbarung zwischen Anbieter und unterstützter Person muss detailliert aufführen, welche Leistungen von wem erbracht werden und welche Kosten daraus entstehen. Teil davon ist der Care Plan, welcher der Anbieter und die unterstützte Person zu Beginn der Inanspruchnahme der Dienstleistungen gemeinsam erstellen müssen.¹⁵ Der Care Plan muss einerseits Informationen über den Unterstützungsbedarf, individuelle Bedürfnisse und individuelle Ziele der unterstützten Person enthalten. Andererseits sollen die gemeinsam vereinbarten Leistungen (inkl. Häufigkeit und ausführender Person) festgehalten werden. Der Plan sollte regelmässig, spätestens aber alle zwölf Monate, aktualisiert werden. Bei der Erstellung des Care Plans wird besonders darauf geachtet, dass die unterstützte Person miteinbezogen wird und auch entscheiden kann, wie involviert sie künftig bei der Planung der Unterstützung sein möchte. Ist die unterstützte Person nicht zufrieden, kann sie jederzeit neue Vereinbarungen bezüglich der Leistungen treffen oder sich einen neuen Anbieter suchen. Bei einem Wechsel werden die nicht verbrauchten Mittel des HCP auf den neuen Anbieter übertragen.

Die Höhe der Leistungen im Rahmen des HCP wird anhand eines Tagessatzes festgelegt und beträgt je nach Grad des Unterstützungsbedarfs zwischen 8750 AU\$ und 51'500 AU\$ pro Jahr (siehe Tabelle 3). Diese Beträge werden jährlich leicht erhöht. Eine Befragung (Russell 2019) gibt Hinweise darauf, wie viele Unterstützungsstunden pro Woche die betreuten Personen für diese Summe beziehen konnten: Für das Niveau 1 waren dies 2 Stunden, für das Niveau 2 3 Stunden, 8 Stunden beim Niveau 3 und 14 Stunden beim Niveau 4. Je nach Situation können auch zusätzliche Gelder gewährt werden, welche in Zusammenhang mit bestimmten pflegerischen Bedürfnissen stehen, beispielsweise Zusätze bei Demenzerkrankungen oder Sauerstoffversorgung. Je nach Unterstützungsintensität und Art der Einschränkung kann die Höhe des Home Care Package sich durch die Zusätze um max. 20.86 AU\$ pro Tag erhöhen.¹⁶

¹⁴ <https://www.myagedcare.gov.au/assessment-decision-home-care-packages>

¹⁵ <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/home-care-packages-program/managing-home-care-packages/care-plans-for-home-care-packages>

¹⁶ <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/home-care-packages-program/funding-for-home-care-packages/supplements-for-home-care-packages>

Personen, die Home Care Packages in Anspruch nehmen, beteiligen sich über drei unterschiedliche Arten von Gebühren an den Kosten: mit einer täglichen Basisgebühr, einer einkommensabhängigen Gebühr sowie zusätzlichen Gebühren für zusätzliche Leistungen, die nicht im Home Care Package abgedeckt werden resp. das Budget übersteigen und über die sich der Klient und der Anbieter geeinigt haben.¹⁷ Die Basisgebühr wird unabhängig vom Einkommen erhoben und ist nach Unterstützungsintensität abgestuft (siehe Tabelle 3). Sie wird anhand eines Tagessatzes berechnet, der je nach Unterstützungsintensität zwischen 9.63 und AU\$ 10.75 AU\$ beträgt. Sind Personen nicht in der Lage, die Basisgebühr zu bezahlen, kann diese in Härtefällen ebenfalls durch den Staat übernommen werden.

Tabelle 3 Höhe der Packages sowie zu leistende Basisgebühr¹⁸

Grad des Unterstützungsbedarfs	Leistung: Maximales HCP-Package im Jahr	Minimale Eigengebühr: Basisgebühr im Jahr
Niveau 1	Ca. 8750 AU\$	3515 AU\$
Niveau 2	Ca. 15'500 AU\$	3719 AU\$
Niveau 3	Ca. 34'000 AU\$	3825 AU\$
Niveau 4	Ca. 51'500 AU\$	3924 AU\$

Die Höhe der einkommensabhängigen Gebühr ermittelt eine zentrale nationale Stelle für jeden Fall individuell. Dabei bestehen zwei grundsätzliche Schwellen¹⁹: Personen mit einem jährlichen Einkommen unter einem ersten Schwellenwert sind gänzlich von dieser Gebühr befreit. Personen mit einem jährlichen Einkommen über dem ersten Schwellenwert, aber unter dem zweiten Schwellenwert bezahlen eine einkommensabhängige Gebühr bis zu 15.43 AU\$ täglich. Für Personen mit Einkommen über dem zweiten Schwellenwert beträgt die Obergrenze der täglichen einkommensabhängigen Gebühren 30.86 AU\$. Neben dem Einkommen fließt auch Vermögen in die individuelle Berechnung der Behörden ein. Für die einkommensabhängigen Gebühren besteht zudem eine Obergrenze auf Lebenszeit: Wer einkommensabhängige Gebühren in der Höhe von rund 67'400 AU\$ bezahlt hat, muss keine weiteren einkommensabhängigen Gebühren bezahlen.²⁰

Zur aktuellen Nutzung: Per Ende 2019 konnten rund 129'000 Personen von einem laufenden Home Care Package profitieren.²¹ Dies entspricht ungefähr 3% der australischen Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und mehr. Rund 60'000 Personen warteten zudem auf ein Package in ihrem bestätigten Niveau. Im November 2019 entschied sich die australische Regierung, mit 493 Mio. AU\$ 10'000 weitere Home Care Packages zu finanzieren (Australian Government Department of Health 2020a).

¹⁷ <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/home-care-packages-program/charging-for-home-care-package-services/fees-for-people-entering-home-care-packages-from-1-july-2014>

¹⁸ <https://www.myagedcare.gov.au/home-care-package-costs-and-fees>

¹⁹ Für eine alleinlebende Person beträgt der erste Schwellenwert AU\$ 27'737 und der zweite Schwellenwert AU\$ 53'627.

²⁰ <https://www.myagedcare.gov.au/home-care-package-costs-and-fees>

²¹ Davon 9% Niveau 1, 45% Niveau 2, 20% Niveau 3 und 27% Niveau 4. Quelle: Australian Government Department of Health 2020a.

Das HCP wurde bereits mehrfach in Studien untersucht. Eine Studie kritisiert, dass die Informationen zum Programm insbesondere für fremdsprachige Personen sowie Personen mit eingeschränkten Lesefähigkeiten oder kognitiven Einschränkungen nicht ausreichend leicht zugänglich seien (Phillipson et al. 2019). Da das HCP stark auf die Entscheidungsfreiheit und Kontrolle der unterstützten Person setzt, ist die Verfügbarkeit von Informationen für eine fundierte Entscheidung elementar. Eine Kundenbefragung von 2017 zeigte grosse Zufriedenheit unter den Klient/innen (Healthdirect Australia 2018): 80% waren mehrheitlich zufrieden. Entsprechend zogen auch nur wenige der Befragten einen Wechsel des Anbieters in Betracht. Gemäss dieser Befragung bezogen 88% der Klient/innen Hilfe im Haushalt, 45% beim Transport, 29% Unterstützung bei der persönlichen Hygiene und 25% bei der Teilnahme an sozialen Aktivitäten. Weitere Tätigkeitsfelder wurden weniger oft genannt. Auch in einer weiteren Kundenbefragung (Russell 2019) machten viele Befragte deutlich, dass sie ohne die Unterstützung nicht mehr in der Lage wären, zuhause zu leben. Die Befragten wiesen jedoch auch darauf hin, dass nicht alle anerkannten Anbieter den Anforderungen gerecht würden und fordern strengere Nachweise der Erfahrung in der Unterstützung von älteren Menschen.

Commonwealth Home Support Programme (CHSP)

Dieses Programm ist dem HCP vorgelagert. Es richtet sich an zuhause lebende ältere Personen, welche erste Schwierigkeiten mit ihren alltäglichen Aufgaben haben. Die Altersgrenze liegt bei 65 Jahren oder bei 50 Jahren, wenn die Person ein sehr geringes Einkommen hat, obdachlos ist oder von Obdachlosigkeit bedroht ist.²² Über dieses Programm können auch kurzzeitige Phasen der Unterstützungsbedürftigkeit abgedeckt werden. Grundsätzlich können ähnliche Leistungen finanziert werden wie beim HCP, allerdings sollten diese weniger komplex sein, da ansonsten ein Wechsel zum HCP erforderlich wäre. In Ausnahmefällen kann ein CHSP auch ergänzend zum Home Care Package gewährt werden. Auch das CHSP orientiert sich am Ziel, ältere Personen so zu unterstützen, dass ihre Unabhängigkeit und Autonomie gefördert werden. Dafür wird der Begriff «wellness approach» verwendet (Australian Government Department of Health 2018). Die ausgewählten Anbieter erhalten über Leistungsvereinbarungen staatliche Zuschüsse und geben diese durch reduzierte Tarife an die Klient/innen weiter. Die Klient/innen haben einen Anteil der Kosten selbst zu tragen, wobei Anbieter den Anteil des Eigenbeitrags festlegen können.²³ Das Anmeldeverfahren und das Assessment sind identisch mit jenen des HCP. Ebenso können über dieselbe Plattform zugelassene Anbieter gefunden werden.²⁴

Hervorzuheben am australischen Modell ist zunächst die Plattform, welche für beide Leistungssysteme zur Anwendung kommt und eine Kontaktaufnahme zwischen Leistungsanbietern und unterstützten Personen erlaubt. Die Plattform führt zu einer hohen Transparenz im Hinblick auf die verfügbaren Anbieter, erleichtert die Suche nach Anbietern und schafft die Voraussetzungen für einen Wettbewerb zwischen diesen. Das australische Modell zeigt aber auch, dass darauf geachtet werden muss, dass ausreichend Mechanismen zur Sicherstellung der Qualität der Leistungserbringung bestehen. Eine weitere Besonderheit des australischen Modells sind die parallel bestehenden Systeme mit unterschiedlichen Finanzierungsansätzen: Personen mit geringerem Unterstützungsbedarf werden in der Form von subventionierten Tarifen unterstützt (CHSP). Mit

²² <https://www.myagedcare.gov.au/help-at-home/commonwealth-home-support-programme>

²³ <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/commonwealth-home-support-programme-chsp>

²⁴ <https://www.myagedcare.gov.au/help-at-home/commonwealth-home-support-programme>

steigendem Unterstützungsbedarf wird ein individuelles Budget gewährt (HCP). Das Budget ermöglicht eine Unterstützung, die sich ganz nach den individuellen Vorlieben und Bedürfnissen der unterstützten Person richtet. Problematisch scheint jedoch, dass die Anzahl der HCP stark beschränkt ist, was dazu führt, dass nur Wenige davon profitieren können und es lange Wartezeiten gibt. Zudem wird deutlich, dass das System hohe Anforderungen an die Organisationskompetenz der betreuten Person stellt und sich daher nicht für alle Personen eignet.

4.2 Das personengebundene Budget in den Niederlanden

Ein weiteres ausländisches Beispiel für die Unterstützung im Alter findet sich in den Niederlanden, wo insbesondere auch Gemeinden dafür verantwortlich sind, dass ältere Menschen länger ein unabhängiges Leben führen und sich aktiv in die Gesellschaft einbringen können.²⁵ Ergänzend zu Internet- und Literaturrecherchen wurden für dieses Good Practice Beispiel Fachpersonen für weitere Informationen angefragt.²⁶ Dieses Beispiel wurde ausgewählt, da ältere Menschen in den Niederlanden neben dem direkten Leistungsbezug über mehrere Finanzierungskanäle ein personengebundenes Budget beziehen können. Mit einem personengebundenen Budget kann die betreute Person sich ihr Unterstützungsarrangement innerhalb des gewährten Kosten- und Leistungsrahmens selbst zusammenstellen. Für gewisse Leistungen kann eine Person auch informelle Leistungserbringer (z.B. Familienangehörige) miteinbeziehen. Die gewählten Leistungserbringer werden anhand der getroffenen Leistungsvereinbarung direkt von der Sozialversicherungsbank bezahlt²⁷. Systematische Qualitätssicherungsmechanismen sind nach Abschluss der Leistungsvereinbarung allerdings nicht vorhanden. Deshalb sind Budgetbeziehende selbst dafür verantwortlich, mangelhafte oder sogar fehlende Leistungserbringung zu melden.

Verschiedene gesetzliche Grundlagen in den Niederlanden sind für die Unterstützung im Alter relevant: Das Krankenversicherungsgesetz, das Gesetz zur sozialen Unterstützung sowie das Langzeitpflegegesetz.²⁸ Es ist möglich, Leistungen aus mehreren Gesetzen gleichzeitig zu beziehen. Abbildung 3 bietet eine Übersicht der Leistungsarten, die den drei gesetzlichen Grundlagen unterliegen. Reine Betreuungs- und Hilfeleistungen können nur über das Gesetz zur sozialen Unterstützung bezogen werden.

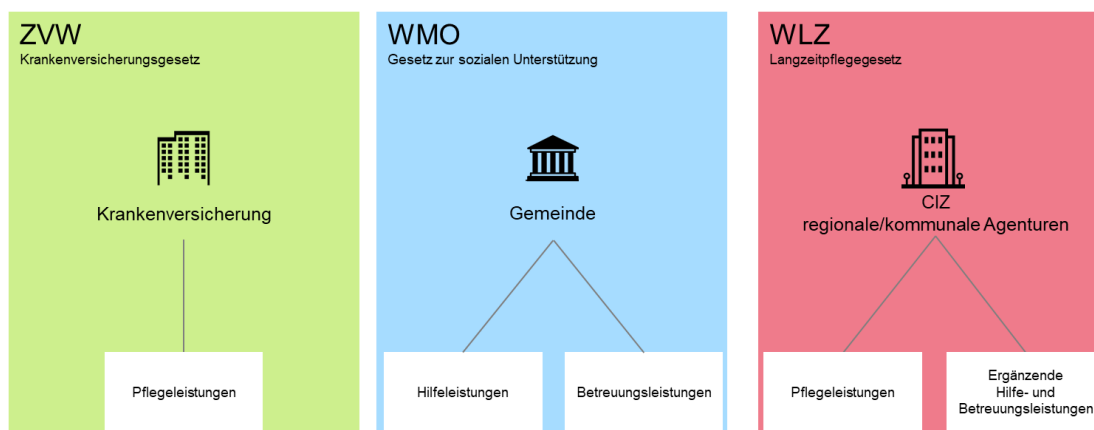
²⁵ <https://www.government.nl/topics/care-and-support-at-home/living-independently-for-longer>

²⁶ Insgesamt wurden 13 Gesprächsanfragen gestellt. Davon erklärten sich 4 Personen bereit, Fragen schriftlich zu beantworten.

²⁷ <https://www.government.nl/topics/care-and-support-at-home/question-and-answer/where-can-i-apply-for-a-personal-budget>

²⁸ Die Unterstützungsleistungen der verschiedenen Gesetze sind nicht nur für Menschen im Alter vorgesehen, sondern bspw. auch für Kinder und junge Erwachsene mit Behinderung, Obdachlose und Drogenabhängige.

Abbildung 3 Gesetzliche Grundlagen der Unterstützungsleistungen



Das Krankenversicherungsgesetz ZVW

Zunächst sind über die Krankenversicherung (Zorgverzekeringswet) viele pflegerische Leistungen abgedeckt, insbesondere solche der persönlichen Pflege (z.B. Körperhygiene, An- und Ausziehen).²⁹ Anträge für entsprechende Leistungen sind an den Versicherer zu richten. Die Anträge für eine entsprechende Kostenübernahme werden mit Ärzten oder lokalen Pflegeorganisationen vorbesprochen, die den Pflegebedarf einschätzen.³⁰ Beim Versicherer können entweder einzelne Leistungen abgerechnet oder ein personengebundenes Budget beantragt werden. Letzteres ist möglich, sofern dargelegt werden kann, dass Gründe dafür bestehen und die Qualität der bezogenen Leistungen gewährleistet ist. Bei den so gedeckten Leistungen fallen keine Kosten für die unterstützte Person an.³¹ Leistungen aus den Bereichen Betreuung und Hilfe können nicht über das Krankenversicherungsgesetz bezogen werden, weshalb nachfolgend der Fokus auf die beiden anderen gesetzlichen Grundlagen gelegt wird.

Das Gesetz zur sozialen Unterstützung WMO

Eine weitere Grundlage bietet seit 2015 das Gesetz zur sozialen Unterstützung (Wet maatschappelijke ondersteuning WMO). Dieses Gesetz verpflichtet Gemeinden dazu, ihren Bürgerinnen und Bürgern Hilfe- und Betreuungsleistungen anzubieten, so dass diese möglichst lange zuhause leben können. Dafür hat jede Gemeinde eine Anlaufstelle (social support desk oder neighbourhood social support team). Die Anlaufstelle prüft auf Anfrage der zu unterstützenden Personen, was die Person noch selbst machen kann, wo ein Unterstützungsbedarf besteht und ob resp. inwiefern Familie, Freunde oder sonstige Personen aus dem sozialen Umfeld helfen können. Wie die Abklärung ausgestaltet ist, ist Sache der Gemeinde, i.d.R. findet jedoch ein persönliches Gespräch statt (siehe Exkurs unten).³²

²⁹ <https://www.government.nl/topics/care-and-support-at-home/living-independently-for-longer>

³⁰ <https://www.government.nl/topics/care-and-support-at-home/question-and-answer/nursing-and-personal-care-at-home>

³¹ <https://www.government.nl/topics/care-and-support-at-home/question-and-answer/nursing-and-personal-care-at-home>

³² <https://www.government.nl/topics/care-and-support-at-home/question-and-answer/assistance-at-home-from-my-municipality>

Eine Auskunftsperson hat uns Beispiele der durch WMO abgedeckten Leistungen zugestellt. Es wird dabei nach drei Kategorien unterschieden: (1) Allgemeine Versorgung, (2) Soziale Versorgung und (3) Transportversorgung. Nachfolgend einige Beispiele von erwähnten Leistungen:

- Haushaltseinkäufe
- Betrieb von Gemeinschaftszentren
- Individuelle Begleitung (Spaziergänge, Gespräche, Spiele)
- Tagesaktivitäten zur Entlastung der primären Betreuungsperson
- Mahlzeitendienst
- Mobilitätshilfen (z.B. Elektro-Scooter)
- Hotline für häusliche Gewalt und andere Probleme
- Persönliche Warnsysteme (z.B. Notrufarmband, Panikknopf)

Neben diversen Leistungen aus dem Bereich «Hilfe» werden somit auch verschiedene Leistungen im Bereich «Betreuung» finanziert.

Es steht der berechtigten Person offen, entweder ein personengebundenes Budget zu beantragen oder aber die Leistung direkt zu beziehen. Bei direktem Leistungsbezug wird die Organisation von Leistungserbringern, Dienstleistungen, Aktivitäten, baulichen Massnahmen sowie die Beschaffung von Geräten und Mobilitätshilfen von der Gemeinde übernommen. Entscheidet sich eine Person für ein personengebundenes Budget, so darf resp. muss sie ihre Versorgung selbst arrangieren. Dabei wird vorab geprüft, ob diese Person in der Lage ist, die Betreuungsarrangements selbst zu organisieren. Sollte dies nicht der Fall sein, kann die gesetzliche Vertretung die Verwaltung des Budgets übernehmen³³. Es muss jeweils ein Budgetplan sowie für jeden Leistungserbringer eine Leistungsvereinbarung erstellt werden. Sind diese von der Gemeinde geprüft und genehmigt, kann der Leistungsbezug über das personengebundene Budget stattfinden. In einigen Gemeinden ist es möglich, mit dem personengebundenen Budget unterstützende Angehörige oder Nachbarn – also informelle Leistungserbringer – zu entgelten. Von den Leistungsbeziehenden (direkte Leistungsbezüger sowie Budgetbeziehende) einer WMO-Unterstützung wird seit 2020 eine einkommens- und leistungsunabhängige Kostenbeteiligung in der Höhe von 19 EUR pro Monat erhoben. Bei dieser Gebühr handelt es sich um einen Maximalbeitrag, Gemeinden können tiefere Beiträge insbesondere für Haushalte mit geringem Einkommen vorsehen.³⁴

³³ Dies ist insb. bei Kindern relevant.

³⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/eigen-bijdrage-wmo-2015>

Exkurs: WMO Amsterdam

Das Vorgehen zur Beantragung eines personengebundenen Budgets in der Gemeinde Amsterdam wird nachfolgend grob dargestellt. Zusätzlich sind auch die Anforderungen an Budgetbeziehende sowie Leistungserbringer aufgeführt.

Beantragungsprozess personengebundenen Budget

- Erstgespräch: Gemeinsam wird geklärt, welche Unterstützung benötigt wird und welchen Beitrag das soziale Umfeld dazu leisten kann. Des Weiteren wird besprochen, ob der Leistungsbezug direkt oder über ein personengebundenen Budget stattfinden soll.
- Budgetplan (wird von den Budgetbeantragenden erstellt): Beschrieb der gewünschten Unterstützung (Ziel der Unterstützung, Art der Leistungen, Leistungserbringer und deren Stunden- oder Tages- bzw. Halbtagesätze, durchschnittliche Dauer der jeweiligen Leistung)
- Unterstützungsplan (wird von den Leistungserbringern erstellt): genaue Ausgestaltung der zu erbringenden Leistungen, Beitrag zum Unterstützungsziel, Frequenz der Leistungserbringung
- Kontaktperson: Wird die Aushändigung eines Budgets genehmigt, wird den Budgetbeziehenden eine Kontaktperson bei der Anlaufstelle zugeteilt. Diese Person hat eine Übersicht sämtlicher bezogener Leistungen und steht der budgetbeziehenden Person bei Fragen, Problemen oder sonstigen Anliegen zur Verfügung.
- Budget: Das Budget wird anhand der genehmigten Budget- und Unterstützungspläne berechnet.

Fähigkeitsanforderungen für die Budgetverwaltung

Die Verwaltung eines Budgets geht mit relativ hohen administrativen Aufwänden einher. Im Erstgespräch werden die Budgetbeantragenden auf die hierfür benötigten Fähigkeiten aufmerksam gemacht.

- Gut organisierte Budgetverwaltung (bspw. Einhaltung des Budgets)
- Verlässliche Kommunikation mit Stakeholdern
- Erstellen und Verwalten von Leistungsvereinbarungen
- Die Rolle des «Arbeitgebers» wahrnehmen: Einschätzungen und Bewertungen zur Qualität der erbrachten Leistungen, Zurechtweisung der Leistungserbringer, Einhaltung des Arbeitsrechts
- Die obengenannten Anforderungen können auch durch eine Vertretung wahrgenommen werden. Diese Vertretung darf weder mit dem Leistungsbezieher noch mit einem Leistungserbringer verwandt sein (bis und mit 4. Grad)

Qualitätsanforderungen für Leistungserbringer

Professionelle Leistungserbringer müssen ein Notfallprotokoll sowie ein Beschwerdeverfahren für die Budgetbeziehenden vorsehen. Zudem sind sowohl professionelle als auch informelle Leistungserbringende (ausser Verwandte) verpflichtet, ein Zertifikat des Justizdepartements zu haben, welches bestätigt, dass sie keine Straftaten in Verbindung mit der auszuübenden Tätigkeit begangen haben. Somit wäre es bspw. für eine Person, die wegen Verkehrsdelikten verurteilt wurde, nicht möglich Transportdienste auszuüben.

Das Langzeitpflegegesetz WLZ

Wenn der Unterstützungsbedarf so hoch ist, dass nachweislich eine konstante Unterstützung oder 24-Stunden-Aufsicht benötigt wird, haben die Betroffenen über eine Sozialversicherung Anspruch auf einen Platz in einer entsprechenden Wohneinrichtung oder umfassende Unterstützung zuhause. Diese Sozialversicherung wird über Beiträge der Arbeitnehmenden finanziert. Grundsätzlich haben alle in den Niederlanden wohnhaften sowie erwerbstätigen Personen, welche dieser Abgabe unterliegen, einen Anspruch auf Langzeitpflegeleistungen.³⁵ Die Notwendigkeit einer solchen Unterstützung wird nach dem Langzeitpflegegesetz (Wet Langdurige Zorg, WLZ) beurteilt und orientiert sich an medizinischen Kriterien.³⁶ Der Unterstützungsbedarf wird von einem Care Assessment Center (Centrum Indicatiestelling Zorg CIZ) ermittelt. Dabei wird der Gesundheitszustand über eine ärztliche Diagnose festgestellt. Des Weiteren führt das CIZ Gespräche mit der Person selbst oder mit deren Angehörigen, um weitere Details (z.B. Lebensumstände) zu erfassen.³⁷ Dieses Assessment findet entweder zuhause, im Pflegeheim oder im Spital statt. Das CIZ hält fest, ob und in welchem Umfang Unterstützung welcher Art notwendig ist und teilt die Person entsprechend in ein Unterstützungsprofil ein. Die Profile sind in sechs Oberkategorien unterteilt, die sich nach Art der mentalen oder körperlichen Beeinträchtigung unterscheiden. Innerhalb dieser Kategorien wird zusätzlich nach Intensität des Unterstützungsbedarfs differenziert, woraus sich insgesamt rund 80 Unterstützungsprofile ergeben.³⁸ Die Angaben zum Unterstützungsprofil werden danach an staatlich festgelegte regionale oder kommunale Agenturen geschickt, welche sich gemeinsam mit der zu unterstützenden Person darum kümmern, ein entsprechendes Unterstützungssetting aufzustellen. Der Anspruch wird lediglich gewährt, wenn ein Bedarf an konstanter Überwachung und Pflege gegeben ist. Personen mit einer WLZ-Langzeitpflege dürfen diese auch zuhause beziehen, solange es die räumlichen Umstände zulassen und die Kosten nicht höher sind als bei einer stationären Einrichtung.³⁹ Über die WLZ erhalten langzeitpflegebedürftige Menschen insbesondere medizinische Versorgung und Pflege. Ergänzend dazu sieht das Gesetz aber auch gewisse Hilfe- und Betreuungsleistungen vor. Zu diesen Leistungen gehören laut einer Fachperson des CIZ bspw. Haushaltshilfen, die Förderung der Selbstständigkeit bei der Haushaltsführung sowie Tagesaktivitäten⁴⁰ und Transportdienste. Für die Umsetzung bestehen wieder zwei Varianten: Die kommunalen und regionalen Agenturen können sämtliche Unterstützung für die Betroffenen organisieren. Alternativ kann auf Wunsch der berechtigten Personen ein personengebundenes Budget gesprochen werden. Die Leistungsbezieher (oder deren Vertretung) können somit das Unterstützungsarrangement selbst bestimmen und organisieren. Es besteht wiederum die Möglichkeit, informelle Leistungserbringer miteinzubeziehen. Für gewisse Pflegeleistungen (z.B. Katheterisierungen) müssen allerdings zertifizierte Fachkräfte beigezogen werden.⁴¹

³⁵ <https://www.svb.nl/en/the-wlz-scheme/when-are-you-insured-under-the-wlz-scheme/if-you-work-in-the-netherlands>

³⁶ <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1122&langId=en&intPageId=4989>

³⁷ <https://www.government.nl/topics/nursing-homes-and-residential-care/question-and-answer/how-can-i-apply-for-a-wlz-care-needs-assessment>

³⁸ <https://www.cz-zorgkantoor.nl/-/media/zorgkantoor/2020/klant/tarientabel-pgb-wlz.pdf>

³⁹ <https://www.government.nl/topics/nursing-homes-and-residential-care/chronic-care-act-wlz>

⁴⁰ Hierunter fallen auch Tagesaktivitäten zur Entlastung der primären Betreuungsperson.

⁴¹ Gesetz über individuelle Gesundheitsberufe: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2020-07-01>

Das zur Verfügung gestellte Budget hat je nach Unterstützungsprofil einen Maximalbetrag zwischen 20'000 und 115'000 EUR pro Jahr⁴². Ein Budgetplan sowie die mit den Anbietern geschlossenen Leistungsvereinbarungen müssen der kommunalen / regionalen Agentur zur Bestätigung vorgelegt werden. Die Zahlungen an die Leistungserbringer erfolgen direkt durch die Sozialversicherungsanstalt (SVB)⁴³. Von den betreuten Personen wird eine Kostenbeteiligung separat erhoben. Die genaue Höhe dieser Kostenbeteiligung wird individuell nach Haushaltsituation, Einkommen und Vermögen durch das Abklärungszentrum CIZ bestimmt.

Allgemeine Einschätzungen zum personengebundenen Budget

Die Auskunftspersonen wurden gebeten, Vor- und Nachteilen des personengebundenen Budgets sowie allgemeine Erfahrungen damit zu erläutern. Als Hauptvorteil wurde mehrfach genannt, dass Personen im Alter länger zuhause leben und ihre Unterstützung mehr nach ihren Wünschen gestalten können. Besonders positiv betont wurde die Möglichkeit der Einbindung von Bekannten und Familienmitgliedern. Die Leistungsbezieher mit eigenem Budget können so eine persönlichere Unterstützung genießen. Gleichzeitig wird die Arbeit informell Unterstützender durch Entlohnung anerkannt. Allerdings werde das personengebundene Budget von älteren Personen eher selten genutzt. Die Auskunftspersonen schreiben dies den administrativen und organisatorischen Pflichten zu, die mit der Verwaltung des Budgets einhergehen. Besonders aufwändig sei es, wenn Budgets aus mehreren Finanzierungsquellen bezogen werden. Dies wird auch von van Est & Bähre (2013) thematisiert. In einem Fallbeispiel beschreiben sie, wie eine Person mit der Verwaltung ihres personengebundenen Budgets überfordert war. Die Betreuungsperson wurde in diesem Fall verspätet ausbezahlt und musste teilweise auch diverse administrative Aufgaben übernehmen. Nach einer Revision wäre dies allerdings heute nicht mehr möglich, da nun die SVB für Auszahlung der Leistungserbringer verantwortlich ist. Laut einer Auskunftsperson hätten ältere Personen zudem oftmals auch keine nahestehenden Personen, welche die Vertretung für die Budgetverwaltung übernehmen könnten. Daher sei vielfach die Variante bequemer, dass sämtliche Leistungsvereinbarungen von der Gemeinde resp. von der regionalen Agentur organisiert werden. Sollte eine Pflege- oder Betreuungsperson kurzfristig ausfallen, so wird bei dieser Variante zudem ein Ersatz garantiert.

Diese Angaben bestätigt auch ein Blick in die Daten des zentralen Amtes für Statistik (CBS): Durchschnittlich haben sich zwischen 2015 und 2019 9% der WMO-Leistungsbeziehenden (65 Jahre oder älter) für ein personengebundenes Budget entschieden. Bei WLZ-Leistungsbeziehenden liegt dieser Anteil noch tiefer, nämlich bei durchschnittlich 6% (cf. Tabelle 4).

⁴² <https://www.cz-zorgkantoor.nl/-/media/zorgkantoor/2020/klant/tarieventabel-pgb-wlz.pdf>

⁴³ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/vraag-en-antwoord/zorg-thuis-krijgen-via-wet-langdurige-zorg>

Tabelle 4 Art des Leistungsbezugs unter WMO und WLZ (65 Jahre oder älter)

65 Jahre und älter	2015	2016	2017	2018	2019
WMO Budgetbeziehende	42'895	34'415	30'820	28'200	27'855
WMO direkter Leistungsbezug	385'875	343'935	343'980	353'055	392'490
WMO Budgetbeziehende in %	11%	10%	9%	8%	7%
WLZ Budgetbeziehende	6900	8720	9565	10'660	12'365
WLZ direkter Leistungsbezug	158'540	155'645	155'125	162'505	170'155
WLZ Budgetbeziehende in %	4%	6%	6%	7%	7%

Quelle: CBS Monitor Langdurige Zorg

Budgetbezüglerinnen und Budgetbezügler im Alter von 65 Jahre oder älter schliessen unter WMO im Schnitt 1,5 Leistungsvereinbarungen für verschiedene Unterstützungsleistungen ab. Langzeitpflegebedürftige Budgetbeziehende in dieser Alterskohorte hingegen treffen aufgrund des umfassenderen Unterstützungsbedarfs durchschnittlich 4 Leistungsvereinbarungen unter WLZ. Rund ein Drittel der Leistungsvereinbarungen werden unter WMO sowie WLZ mit Familienangehörigen abgeschlossen. Im Vergleich zu WMO werden für die Langzeitpflege unter WLZ anteilmässig deutlich mehr Leistungsvereinbarungen mit institutionellen Anbietern getroffen, da vermutlich der Unterstützungsbedarf intensiver und komplexer ausfällt.

Tabelle 5 Leistungsvereinbarungen nach Leistungserbringerart (65 Jahre oder älter)

	Art der Leistungserbringer	2019	%
WMO	Pflege- und Betreuungsorganisationen	9780	25%
	Einzelaufträge	3325	8%
	Soziales Netzwerk	13'720	35%
	Verträge mit Einzelpersonen	12'930	33%
	Total	39'755	100%
WLZ	Pflege- und Betreuungsorganisationen	26'015	52%
	Einzelaufträge	3125	6%
	Soziales Netzwerk	15'380	31%
	Verträge mit Einzelpersonen	5140	10%
	Total	49'660	100%

Quelle: CBS Monitor Langdurige Zorg

Grundsätzlich würde das Risiko bestehen, dass das Geld nicht zweckgemäss eingesetzt wird. Vor der Revision war dieses Risiko deutlich grösser, da das Geld auf den Bankkonten der Budgetbeziehenden deponiert wurde und nicht wie heute über die SVB direkt an die Leistungserbringer ausbezahlt wird. Ein aktuelles Beispiel eines potentiell problematischen Anreizes wird von einer Auskunftsperson genannt: Es gäbe Unternehmen, welche Personen helfen, ein personengebundenes Budget zu beantragen. Ihr Ziel sei es, dass die Personen in ein höheres Unterstützungsprofil eingestuft werden als eigentlich angemessen. Gelingt dies, erhalten sie eine entsprechend höhere Provision für ihre Dienste.

Interessant am personengebundenen Budget ist die damit einhergehende Selbstbestimmung und Eigenverantwortung. Das Instrument verursacht allerdings hohe administrative Aufwände und kann kognitiv belastend sein, weshalb es tendenziell weniger von Personen im Alter genutzt wird. Häufiger kommt es zur Anwendung bei jüngeren Menschen mit einer körperlichen Behinderung oder bei Eltern mit unterstützungsbedürftigen Kindern.

Buurtzorg

Viele der lokalen Organisationen, welche Unterstützung zuhause im Rahmen der Krankenversicherung oder der WLZ anbieten, sind nach dem Buurtzorg-Modell organisiert. Dieses Modell, das auf selbstorganisierten Unterstützungsteams und einer starken lokalen Verankerung basiert, hat sich in den letzten zehn Jahren in den Niederlanden immer mehr durchgesetzt. «Buurtzorg» bedeutet übersetzt «Nachbarschaftspflege». Beim Buurtzorg-Modell werden Teams von bis zu zwölf Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen gebildet, die für ein bestimmtes Einzugsgebiet zuständig sind (Cavedon et al. 2018a). Das Buurtzorg-Team bemüht sich um ein gutes Netzwerk mit der lokalen Bevölkerung und den weiteren Fachpersonen wie z.B. Ärzt/innen. Innerhalb der Buurtzorg Teams wird gemeinsam die Versorgung der betreuten Personen koordiniert. Dabei übernimmt die einzelne Pflegefachperson mehr Verantwortung und Kontrolle im einzelnen Fall als in anderen Modellen üblich (Cavedon et al. 2018b). Die Verwaltungskosten werden so niedrig wie

möglich gehalten, indem die Organisationsform mit flachen Hierarchien und mittels IT-Anwendungen in der Planung, Dokumentation und Datensammlung auf die Autonomie der Teams ausgerichtet ist. Mit «Omaha» wurde ein bereits bestehendes Instrument zur Klassifizierung des Unterstützungsbedarfs in das Buurtzorg-Modell integriert. Angewendet wird dieses Instrument aufgrund seines ganzheitlichen Verständnisses für die Unterstützung, der einfachen und interdisziplinären Anwendbarkeit sowie dem Fokus auf Selbstbestimmung der betreuten Person und der Förderung ihrer Autonomie.⁴⁴

Zusätzlich zu den medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten werden auch die persönlichen und sozialen Bedürfnisse der Betagten berücksichtigt (Meienberger et al. 2018). Ziel ist es, die Selbstsorge der Betagten zu aktivieren und ihre Ressourcen zu nutzen und zu mobilisieren. Im Modell Buurtzorg werden sämtliche Leistungen, von pflegerischen Tätigkeiten über hauswirtschaftliche Hilfe bis zu sozialer Unterstützung, von einer einzelnen Fachperson erfüllt. Dieser breite Leistungskatalog erhöht selbstredend die Anforderungen an das Personal.

Laut einer KPMG Studie hat das Konzept einen positiven Effekt auf die Pflegequalität und Motivation der Mitarbeitenden. Zudem stiegen zwar die Kosten pro Arbeitsstunde durch den flächendeckenden Einsatz der Fachpersonen, die Anzahl der Pflegestunden konnte jedoch um 50% reduziert werden.⁴⁵ Eine weitere Studie von Ernst & Young zeigte, dass im Vergleich zu anderen Pflegediensten nicht nur weniger Arbeitsstunden im Durchschnitt pro Klient nötig waren, sondern auch die Anzahl der Notfälle gesenkt werden konnte. Seit der Gründung ist die Anzahl der Buurtzorg-Teams auf rund 850 mit über 14'000 Mitarbeitenden und der Marktanteil auf 75% gewachsen (Cavedon et al. 2018b), sodass nun auch andere Pflegedienste in den Niederlanden, aber auch in 24 weiteren Ländern das Konzept übernommen haben.

Die Übertragbarkeit des Modells auf schweizerische Spitex-Betriebe wurde zwischen 2016 und 2018 im Auftrag der Spitex-Organisationen Bern, Region Olten und Zürich Limmat mit Hilfe einer Politikfeld- und Organisationsanalyse von einem Forscherteam der Fachhochschule Nordwestschweiz untersucht (Cavedon et al. 2018a). Man kam zu dem Ergebnis, dass «die Buurtzorg-Idee sorgfältig an die rechtlichen, kulturellen und sozialen Rahmenbedingungen anzupassen ist» und nicht kopiert und eins zu eins umgesetzt werden kann.⁴⁶ Die Unterschiede im Tarif- und Ausbildungssystem der beiden Länder stellen eine grosse Herausforderung für die Einführung des Modells in der Schweiz dar (Przybilla 2019). Zudem muss eine Vertrauenskultur, wie sie für das Konzept grundlegend ist, sowohl intern zwischen den Pflegenden des Pflegedienstes als auch extern zwischen dem Pflegedienst, den Krankenkassen, den Fachgremien und der Politik entwickelt werden. In Anlehnung an das Buurtzorg-Modell und an den schweizerischen Kontext angepasst, wurde das Projekt «Curarete» im Jahr 2013 lanciert (Gobet & Wiederkehr, 2020). Das Projekt verwendete eine softwarebasierte Methode zur effizienten Planung und Organisation der Unterstützungseinsätze. Allerdings musste «Curarete» im Jahr 2020 eingestellt werden, da die Finanzierung von weiteren Pilotteams nicht gesichert werden konnte.

⁴⁴ <https://www.buurtzorg.com/about-us/buurtzorgmodel/>

⁴⁵ <https://www.buurtzorg.com/about-us/>

⁴⁶ <https://www.fhnw.ch/de/die-fhnw/hochschulen/soziale-arbeit/medien/newsletter/buurtzorg-mo-dell-menschlichkeit-voor-buerokratie>

4.3 Das Liechtensteiner Modell: Betreuungs- und Pflegegeld

Das Fürstentum Liechtenstein führte 2010 ein Betreuungs- und Pflegegeld für die häusliche Betreuung und Pflege ein, mit dem Ziel, im ambulanten Bereich eine gleichwertige Unterstützung wie in stationären Einrichtungen zu erreichen.⁴⁷ Anspruch auf Betreuungs- und Pflegegeld haben alle Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz in Liechtenstein, unabhängig von ihrem Alter und ihrer finanziellen Situation, wenn sie folgende Bedingungen erfüllen⁴⁸:

- Es besteht ein gesundheitsbedingter Betreuungs- und Pflegebedarf (voraussichtlich länger als 3 Monate).
- Es wird erhebliche Dritthilfe bei den alltäglichen Lebensverrichtungen benötigt.
- Für diese Dritthilfe entstehen Kosten.

Der Betreuungs- und Pflegebedarf muss ärztlich bestätigt sein. Übernommen werden Leistungen in den folgenden Bereichen:

- Haushalt
- Verpflegung
- Beaufsichtigung / Betreuung
- Körperpflege und Bekleidung
- Mobilisation
- Ausscheidung
- Atmung
- Pflegehandlungen (z.B. Verbände, Messung von Vitalzeichen, Umgang mit Hilfsmitteln und anderes mehr)

Die erfassten Leistungen fallen somit in alle drei Bereiche, die für die vorliegende Studie voneinander abgegrenzt werden: Pflege, Betreuung und Hilfe (im Weiteren wird dennoch die liechtensteinische Bezeichnung «Betreuungs- und Pflegegeld» übernommen).

Die Fachstelle für häusliche Betreuung und Pflege übernimmt die Abklärung der Verhältnisse vor Ort. Dies geschieht im Rahmen der Erstabklärung sowie bei den nachfolgenden Revisionen, welche i.d.R. jährlich stattfinden. Gemäss Auskunft der Fachstellenleiterin wird für die Abklärungen das kombinierte RAI HC / InterRai HC –Instrument des Spitex Verbands Schweiz genutzt. Dieser Leistungskatalog umfasst rund 200 Positionen, für welche jeweils ein Zeitaufwand definiert ist (z.B. «Einkaufen mit Klientin»: 90 Minuten). Aus der Abklärung ergibt sich damit der durchschnittliche Zeitaufwand pro Tag, der die Grundlage für die Einstufung ist. Die Höhe der Leistung wird je nach Aufwand nach sechs Stufen ausgerichtet: Bei der tiefsten Stufe (Bedarf: über eine Stunde pro Tag) ergibt sich ein Betrag von 10 CHF pro Tag, bei der höchsten (Bedarf: über 7.5 Stunden) 180 CHF pro Tag.

Der Entscheid über die Gewährung der Leistung obliegt der Liechtensteinischen AHV-IV-FAK. Basierend auf der Abklärung und in Absprache mit der betroffenen Person erstellt die Fachstelle

⁴⁷ <https://www.fachstelle.li/start>

⁴⁸ <https://www.ahv.li/leistungen/pg-pflegegeld/>

ein Betreuungs- und Pflegekonzept, das Art und Umfang der konkreten Betreuungs- und Pflegemassnahmen definiert. Das Konzept kann auch Auflagen oder Bedingungen enthalten.⁴⁹

Die Leistungsbeziehenden sind grundsätzlich frei in der Auswahl der Leistungserbringer. So können einerseits anerkannte professionelle Dienste in Anspruch genommen werden (z.B. Spitex, Familienhilfe, anerkannte selbstständig Erwerbende). Andererseits können Löhne für private Angestellte abgerechnet werden; dies umfasst insbesondere Angehörige und Care-Migrant/innen. Finanziert werden können ausschliesslich Leistungen, die zuhause erbracht werden, nicht aber beispielsweise Tagesstrukturen oder Kurzaufenthalte in stationären Einrichtungen. Das Betreuungs- und Pflegegeld ist zweckgebunden und darf ausschliesslich zur Entlohnung der unterstützenden Drittperson oder Institution verwendet werden. Geld, welches zu Unrecht bezogen oder zweckentfremdet verwendet wurde, kann zurückgefordert werden.⁵⁰

Jährlich wird eine definitive Abrechnung vorgenommen, bei der die Fachstelle die notwendigen Kosten für Dritthilfe im Einzelfall prüft und kontrolliert, ob die Unterstützung fachgerecht erbracht wurde. Dafür müssen entweder die Rechnungen der leistungserbringenden Organisation oder aber die vollständigen Lohnabrechnungen der privat engagierten Leistungserbringer (inkl. Angehöriger) vorgelegt werden. Bestehen Zweifel, ob die Pflege/Betreuung ausreichend erbracht wird, werden gemäss Auskunft der Fachstelle als Auflage zwingende regelmässige Spitex-Besuche zur Kontrolle und Beratung vorgesehen. Die Einhaltung dieser Auflagen wird durch die Fachstelle geprüft. Auf Basis der Revisionen werden Kontrollberichte zuhanden der AHV-IV-FAK erstellt.

Finanziert wird die Leistung von der öffentlichen Hand, je hälftig von Land und Gemeinde. Ausgestaltet ist das Betreuungs- und Pflegegeld als monatliche Vorschusszahlung durch die Liechtensteinische AHV-IV-FAK. Der Beitrag wird der leistungsbeziehenden Person ausbezahlt, es handelt sich somit um eine Subjektfinanzierung. Ergänzend werden die beiden grössten Anbieter (Familienhilfe Liechtenstein und Lebenshilfe Balzers) analog zur Spitex finanziell unterstützt: Land und Gemeinden zahlen diesen Organisationen einen von den erbrachten Leistungsstunden abhängigen Beitrag, der in reduzierten Preisen resultiert.⁵¹

Gemäss dem Jahresbericht der Fachstelle bestand im Verlauf der Jahres 2020 für 623 Personen ein Pflegekonzept und damit eine Inanspruchnahme des Betreuungs- und Pflegegeldes. 71% dieser Personen waren 65 Jahre oder älter.⁵² Abbildung 4 zeigt die Verteilung dieser Personen auf die sechs Pflegestufen.

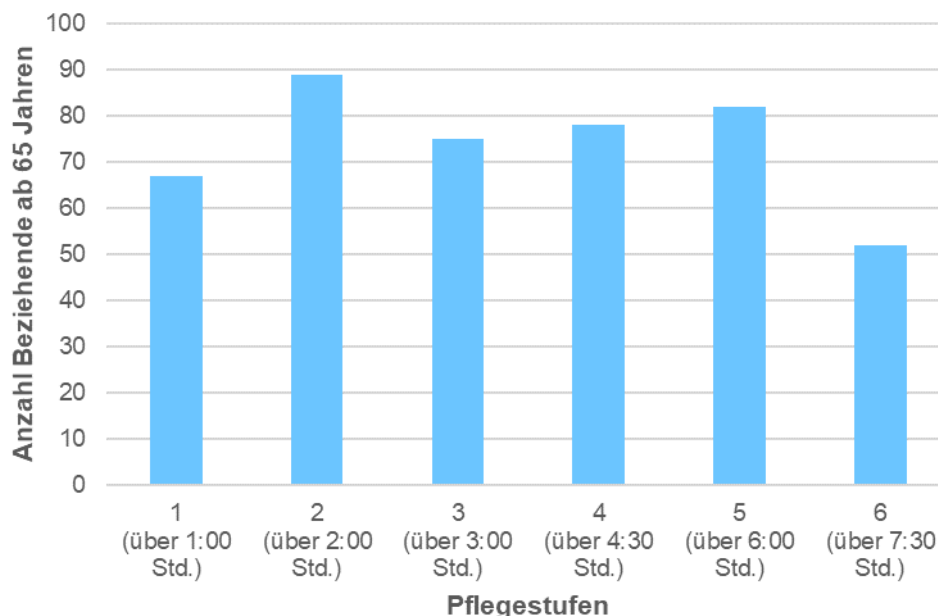
⁴⁹ Merkblatt über das Betreuungs- und Pflegegeld für häusliche Betreuung, Stand. 1. Januar 2019.

⁵⁰ Merkblatt über das Betreuungs- und Pflegegeld für häusliche Betreuung, Stand. 1. Januar 2019.

⁵¹ Vgl. Postulatsbeantwortung der Regierung, Nr. 120/2020.

⁵² Setzt man die Leistungsbeziehenden ab 65 Jahren in Liechtenstein ins Verhältnis zur ständigen Wohnbevölkerung ab 65 Jahren und überträgt dieses auf die Schweiz, würden in der Schweiz rund 98'000 Personen im Jahr eine entsprechende Leistung beziehen. Wie nachfolgend in Kapitel 5.3 erläutert, gehen wir von einem grösseren Mengengerüst aus und rechnen für den Bereich der professionellen Spitex-Unterstützung mit rund 280'000 Personen im Jahr.

Abbildung 4 Liechtensteiner Modell: Anzahl Beziehende nach Pflegestufen



Quelle: Jahresbericht 2020 Fachstelle für häusliche Betreuung und Pflege. Erfasst sind 443 Leistungsbeziehende ab 65 Jahren und mit aktivem Pflegekonzept im Jahr 2020 (443).

Gemäss dem Jahresbericht der Fachstelle wurde 2020 rund ein Viertel der Beziehenden ausschliesslich von Angehörigen betreut. Hingegen haben lediglich 2% ausschliesslich externe Unterstützung in Anspruch genommen.

Gemäss dem Jahresbericht der AHV-IV-FAK wurden 2020 Betreuungs- und Pflegegelder in der Höhe von 11.5 Mio. CHF bezogen. Ein Teil davon ersetzt frühere Leistungen zur häuslichen Pflege der Krankenversicherung, welche durch die Pflege- und Betreuungsgelder abgelöst wurden. Die Leistungsansätze sind jedoch höher als bei der früheren Ausgestaltung der Krankenversicherung und die Leistung fand hohen Zuspruch, so dass deutlich höhere Kosten resultieren als mit dem früheren System (Jahresbericht AHV-IV-FAK 2020).

Avenir Suisse hält fest, dass die Beitragssätze für Personen mit hohem Betreuungs- und Pflegebedarf sehr hoch sind. Da diese höher seien als die Vergütungen der Krankenkassen in ähnlichen Situationen in Pflegeheimen, würde dem Konzept «ambulant *mit* stationär» widersprochen. In Fällen schwerer Pflegebedürftigkeit wird so die ambulante Versorgung gestärkt, auch wenn die stationäre Versorgung kostengünstiger und u.U. auch qualitativ angemessener wäre. Avenir Suisse regt daher eine Beschränkung auf leicht- bis mittelschwerpflegebedürftige Personen an mit einer gleichzeitigen Ausweitung auf Leistungen in intermediären Strukturen (Cosandey, 2016). Hierbei ist anzumerken, dass der liechtensteinische Gesetzgeber die Stärkung des ambulanten Bereiches im Sinne von «ambulant *vor* stationär» beabsichtigt.

Im Rahmen eines aktuellen Postulats⁵³ wurde gefordert, dass die Regierung alternative Finanzierungsmodelle für die Pflege und Betreuung prüft. Dies unter anderem vor dem Hintergrund, dass

⁵³ Siehe Postulatsbeantwortung der Regierung an den Landtag des Fürstentums Liechtenstein betreffend die zukünftige Finanzierung von Pflege und Betreuung im Alter, Nr. 120/2020.

das heutige System mit einer mehrheitlichen Finanzierung über die öffentliche Hand und die Krankenkassen für zukünftige Generationen zu einer hohen finanziellen Belastung führen würde. Kritisiert wird zudem das «Flickwerk» der heutigen Finanzierung mit vier Finanzierungsquellen und verschiedenen Leistungsformen. Die Postulatsbeantwortung führt unter anderem aus, dass die aktuelle Finanzierung für die Unterstützungsbedürftigen sehr komfortabel sei, insbesondere da eigenes Vermögen kaum für die Pflege, Betreuung und Hilfe aufgewendet werden muss. Diese hohe Subventionierung habe in Teilen der Bevölkerung eine hohe Anspruchshaltung entstehen lassen. Als mögliche neue Finanzierungsform wird die Ausweitung der Subventionierung von Leistungserbringern und daraus resultierenden reduzierten Tarifen gesehen. Damit würde ein Aspekt des heutigen «Flickwerks» weiter ausgebaut. Weitere diskutierte Finanzierungsmodelle sind ein individuelles Pflegekapital, Ansparen über die zweite Säule sowie eine Betreuungs- und Pflegeversicherung. Für letztere wurde ein Modell für Liechtenstein erarbeitet.⁵⁴

4.4 Drei Schweizer Modelle

Im Folgenden werden drei Schweizer Modelle für die Unterstützung im Alter dargestellt, welche mit verschiedenen Finanzierungsansätzen und einem innovativen institutionellen Setting neue Wege in der Unterstützung von Betagten erproben oder diese schon seit längerer Zeit verfolgen. Die Modelle des Kantons Waadt sowie der Städte Bern und Luzern werden mit dem Fokus auf den Zugang der Betagten zu Unterstützungsleistungen und dem Finanzierungsmodell dargestellt.

4.4.1 Stadt Bern

In der Stadt Bern können AHV-Rentnerinnen und -Rentner seit Mai 2019 «Betreuungsgutsprachen» beim Kompetenzzentrum Alter beantragen⁵⁵. Die Unterstützungsangebote umfassen Wohnanpassungen, Notrufsysteme, Haushaltshilfen, Mahlzeitendienste und Mittagstische, Besuchs- und Entlastungsdienste sowie Beiträge an betreute Wohnformen – also in erster Linie Leistungen im Bereich der Hilfe, aber in geringerem Ausmass auch der Betreuung. Ziel des dreijährigen Pilotprojektes «Betreuungsgutsprachen» ist es, festzustellen, ob die Mitfinanzierung von Hilfe und Betreuung das selbstbestimmte Wohnen und die Lebensqualität fördert und ob im Einzelfall Heimeintritte vermieden bzw. verzögert werden können. Das Projekt wird in Zusammenarbeit mit Pro Senectute Region Bern durchgeführt und von der Berner Fachhochschule evaluiert. Die Überführung in ein Regelangebot wird geprüft und die Erkenntnisse werden in den politischen Diskurs einfließen.

Die Mitfinanzierung der verschiedenen Unterstützungsangebote wird Personen gewährt, die bestimmte jährliche Einkommensgrenzen (Einzelpersonen 32'000 CHF und Ehepaare 48'000 CHF) und Vermögensgrenzen (Einzelpersonen 37'500 CHF und Ehepaare 60'000 CHF) nicht überschreiten.⁵⁶

⁵⁴ Siehe Postulatsbeantwortung der Regierung an den Landtag des Fürstentums Liechtenstein betreffend die zukünftige Finanzierung von Pflege und Betreuung im Alter, Nr. 120/2020.

⁵⁵ <https://www.bern.ch/themen/gesundheit-alter-und-soziales/alter-und-pensionierung/betreuungsgutsprachen/>

⁵⁶ Zum Vergleich: Für die Ergänzungsleistungen liegen die Vermögensgrenzen 2021 bei 100'000 CHF für Alleinstehende und bei 200'000 CHF für Ehepaare.

Die Anmeldung erfolgt bei Pro Senectute, welche auch die Bedarfsabklärung durchführt. Für die Feststellung des Bedarfs wurde ein Bedarfsabklärungsinstrument entwickelt. Die Fachperson von Pro Senectute führt die Abklärung bei der betreffenden Person zuhause durch und gibt gestützt darauf eine Empfehlung zuhanden des Alters- und Versicherungsamts der Stadt Bern. Letzteres prüft gestützt auf die Empfehlung die finanziellen Verhältnisse der gesuchstellenden Person und entscheidet innerhalb von zwei Wochen nach der Abklärung über Inhalt, Höhe und Dauer der Leistung. Auch wenn die finanziellen Voraussetzungen nicht erfüllt sind, können Betagte sich für eine kostenlose Gesundheitsberatung bei Pro Senectute Region Bern melden. Bei der Auswahl der Anbieter und bei der Organisation der Dienstleistungen unterstützt Pro Senectute die anspruchsberechtigte Person. Die Dienstleistungen sind in der Regel bei gemeinnützigen Organisationen in der Stadt Bern zu beziehen. Für die verschiedenen Dienstleistungsformen bestehen unterschiedliche Maximalbeträge (einmalig, pro Jahr oder pro Monat). In begründeten Fällen können Leistungen kumuliert werden bis zu einem Höchstbetrag von 500 CHF pro Monat resp. 6000 CHF pro Jahr. Die Kosten werden gegen Vorlage von Rechnungskopien vergütet.⁵⁷ Im Bereich der Besuchs- und Begleiddienste können beispielsweise monatlich bis zu 200 CHF bezogen werden. Dahinter steht die Idee, dass damit rund 10 Stunden Begleitung finanziert werden können. Viele der Angebote werden auch noch anderweitig subventioniert (z.B. SRK, Pro Senectute) oder sind dank dem Einsatz von Freiwilligen ganz kostenlos (z.B. Kirchgemeinden, Nachbarschaft Bern, Verein Etoile). Ergänzend kann die Teilnahme an sozialen Aktivitäten mit bis zu 80 CHF pro Monat mitfinanziert werden.⁵⁸

Das Projekt läuft seit Mai 2019. Rund zwei Drittel der anvisierten Anzahl Gesuche sind bereits eingegangen. Für eine umfassende Beurteilung ist es jedoch noch zu früh. Erste Erfahrungen zeigen aber, dass der von Pro Senectute festgestellte Bedarf an Unterstützung meist höher ist als der über das Projekt finanzierbare Maximalbetrag von 500 CHF pro Monat. Allerdings werden die erteilten Kostengutsprachen von den Beziehenden häufig nicht in vollem Umfang ausgeschöpft. Weshalb dies so ist, wird aktuell evaluiert. Bereits heute zeichnet sich ab, dass es nicht ausreicht, die Unterstützungsmodule zu finanzieren, sondern dass den Leistungsbezüger/innen bei der Organisation der Unterstützung geholfen werden muss. Der umfassende Schlussbericht wird im Frühling 2022 vorliegen.

Hervorzuheben am Modell der Stadt Bern ist die Ausgestaltung als Betreuungsgutschein, mit welchem die Betroffenen selbst über die in Anspruch genommenen Leistungen entscheiden können. Pro Senectute unterstützt die Anspruchsberechtigten bei Bedarf bei der Organisation der Leistungen und ist zudem zuständig für die Bedarfsabklärungen. Das Angebot ist beschränkt auf Personen, die die festgelegten Einkommens- und Vermögensgrenzen nicht überschreiten.

4.4.2 Stadt Luzern

In der Stadt Luzern unterstützt die Anlaufstelle für Altersfragen seit 2018 Betagte dabei, so lange wie gewünscht selbständig zuhause leben zu können.⁵⁹ Ergänzend zur Anlaufstelle Alter werden im Rahmen eines Pilotprojekts «Gutscheine für selbstbestimmtes Wohnen» vergeben. Das auf

⁵⁷ <https://www.bern.ch/themen/gesundheit-alter-und-soziales/alter-und-pensionierung/betreuungsgutsprachen/fragen-und-antworten>

⁵⁸ <https://www.bern.ch/themen/gesundheit-alter-und-soziales/alter-und-pensionierung/betreuungsgutsprachen/fragen-und-antworten>

⁵⁹ <https://www.stadt Luzern.ch/aktuelles/news/842666>

vier Jahre bis Ende 2022 befristete Projekt verfolgt das Ziel, den Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim wegen fehlender finanzieller Mittel für die Unterstützung zuhause zu verhindern und unterstützende Angehörige zu entlasten. Die Idee wurde analog zu den Betreuungsgutscheinen bei der Kinderzulage in einer Machbarkeitsstudie von Interface Politikstudien Luzern entwickelt (Stadt Luzern 2016). Der Aufbau einer Anlaufstelle für Altersfragen sowie die Gutscheine für selbstbestimmtes Wohnen wurden am 01. Juni 2017 vom Stadtrat Luzern gutgeheissen (Stadt Luzern 2017). Die Gutscheine für selbstbestimmtes Wohnen sind ein Bestandteil der umfangreichen Alterspolitik der Stadt Luzern, welche beispielsweise im Entwicklungskonzept «Altern in Luzern» (Stadt Luzern 2011), dem Bericht «Altersgerechtes Quartier» (Interface 2016) oder auch auf der Webseite Luzern 60 plus dokumentiert ist.⁶⁰

Bekannt gemacht wird das Angebot bei Betagten u.a. durch Spitex-Organisationen, Pro Senectute, Viva Luzern, Hausärztinnen und Hausärzte. Zudem hat die Anlaufstelle Informationsschreiben mit einem Fragebogen zur ersten Bedarfsermittlung an die ältere Bevölkerung der Stadt Luzern versandt. Derselbe Fragebogen ist auch online verfügbar und soll eine erste Selbsteinschätzung ermöglichen, ob Hilfe benötigt wird.⁶¹ Der Fragebogen mag den Anstoss dazu geben, die Anlaufstelle Alter in Bezug auf einen Beratungstermin zu kontaktieren. Das Beratungsangebot der Anlaufstelle Alter beantwortet die Fragen der Betagten, vermittelt Kontakte zu weiteren Stellen und hilft bei der Suche nach Lösungen, die ein selbständiges Leben in ihrer Umgebung ermöglichen. Ergänzend zur Beratung kann die Anlaufstelle Alter zudem die «Gutscheine für selbstbestimmtes Wohnen» gewähren. Die drei Fachpersonen der Anlaufstelle Alter nehmen dafür die Bedarfseinschätzung unbürokratisch und basierend auf ihrer Berufserfahrung vor.

Das Gutscheinsystem ermöglicht einen vielfältigen Einsatz von Unterstützungsmöglichkeiten und ist thematisch und inhaltlich sehr offen. Die Kosten, welche übernommen werden können, lassen sich in fünf Wirkungsbereiche einordnen:

- Selbstbestimmtes Wohnen (z.B. durch die Übernahme der Kosten für eine Haus- und Putzhilfe, den Treuhanddienst oder für ein Notrufsystem)
- Steigerung der Lebensqualität/soziale Vernetzung (z.B. durch die Übernahme der Kosten für Taxifahrten, Fahrdienste oder Freizeitaktivitäten wie z.B. ein Essen im Restaurant⁶²)
- Entlastung von Angehörigen
- Gesundheitsförderung/Prävention
- Überbrückung

Die Bezügerinnen und Bezüger leben in bescheidenen finanziellen Verhältnissen, jedoch hat die Hälfte von ihnen knapp keinen Anspruch auf Ergänzungsleistungen. Allerdings bestehen dabei keine klaren Anspruchsgrenzen und in kleinerem Rahmen können auch über die Zielgruppe der Personen mit geringen finanziellen Mitteln hinaus Gutscheine gewährt werden. Die mit Hilfe der Gutscheine finanzierten Leistungen werden nicht von anderen Unterstützungsleistungen finanziert, weil sie beispielsweise nicht in den durch Ergänzungsleistungen abgedeckten Bereich fallen oder nicht durch Pro Senectute aus dem AHV-Fond als «individuelle Finanzhilfen» gewährt werden können, da kein Anspruch auf Ergänzungsleistungen besteht. Gerade im Bereich der Entlastung von unterstützenden Angehörigen, auf welchen die Anlaufstelle Alter seit dem letzten Jahr

⁶⁰ <https://www.luzern60plus.ch/>

⁶¹ <https://www.stadtluzern.ch/rte/onlinedienst/39979>

⁶² <https://www.luzern60plus.ch/aktuell/artikel/gutschein-gegen-die-einsamkeit/>

vermehrt fokussiert, sind für effektive Hilfe rasch grössere Beträge nötig, so dass über das Gutscheinsystem unbürokratisch innerhalb der breiten Rahmenbedingungen Hilfe angeboten werden kann. Vielfach wird beispielsweise ein Tag pro Woche in einer Tagesstruktur selbst bezahlt und über das Gutscheinsystem kann zusätzlich ein weiterer Tag finanziert werden. Gemäss Auskunft der Anlaufstelle Alter kann durch das flexible Gutscheinsystem der Bedarf der älteren Personen sowie der Personen in ihrem Umfeld gut abgedeckt und damit eine Stabilisierung der Unterstützungssituation erreicht werden.

Die Stadt Luzern hat im Jahr 2019 rund 43'100 CHF für die Gutscheine zwischen 50 - 4700 CHF ausgegeben⁶³. Grundsätzlich können gemäss telefonischer Auskunft der Anlaufstelle pro Jahr und Person maximal 3000 CHF über die Gutscheine gewährt werden. Allerdings ermöglicht es der flexible Rahmen der Anlaufstelle, bei Bedarf auch darüber hinaus Leistungen zu finanzieren.

Die Betagten sind im Durchschnitt 80 Jahre alt und wurden im Jahr 2019 zu 75% zuhause beraten. Von den 326 Beratungen fanden 82 in der Anlaufstelle statt und es wurden in 48 Fällen Gutscheine für selbstbestimmtes Wohnen gewährt, also bei 15% der Beratungen⁶⁴. Der durchschnittliche Betrag pro Gutschein betrug im Jahr 2019 rund 1000 CHF. Bei rund einem Drittel der Gutscheine stand die Entlastung von unterstützenden Angehörigen im Vordergrund.

Das Projekt wird von Interface Politikstudien Luzern evaluiert. Die Evaluation wird von der Prof. Otto Beisheim-Stiftung und der Age-Stiftung finanziell gefördert⁶⁵. Die Stadt Luzern trägt die Kosten für die Gutscheine, Für diese sind für die vierjährige Dauer des Projektes 600'000 CHF vorgesehen. Im Jahr 2019 wurden damit merklich weniger Mittel verwendet als budgetiert. Gemäss der zuständigen Person der Anlaufstelle Alter ist dies zu einem Teil durch den Umstand bedingt, dass die Anlaufstelle erst seit 2018 im Aufbau war und zunächst die grundsätzlichen Strukturen geschaffen werden mussten. Im Verlauf des Jahres 2019 und seit dann nahm die Anzahl gewährter Gutscheine zu. Allerdings sei es unwahrscheinlich, dass die budgetierten 150'000 CHF im Jahr 2020 erreicht würden. Dies liege einerseits am fehlenden Zugang zu entsprechenden Personen und andererseits daran, dass gerade die anvisierte Zielgruppe von Senior/innen in bescheidenen finanziellen Verhältnissen sich teilweise sträube, Unterstützung anzunehmen.

Wie das Modell der Stadt Bern sieht somit auch die Stadt Luzern ein Pilotprojekt mit Gutscheinen für Hilfe und Betreuung vor. Für die Bedarfseinschätzung und den Entscheid über die Gewährung der Gutscheine ist die Anlaufstelle Alter zuständig. Sowohl die Bedarfseinschätzung als auch die Anspruchsvoraussetzungen in finanzieller Hinsicht folgen dabei nicht strikten Rastern, sondern bieten viel Ermessensspielraum für die zuständigen Fachpersonen.

4.4.3 Kanton Waadt

Im Kanton Waadt wird die Betreuung, Hilfe und Pflege zuhause im Auftrag des Kantons durch die «Association vaudoise d'aide et de soins à domicile» (AVASAD) koordiniert. Umgesetzt wird die ambulante Versorgung durch die «Centres médico-sociaux» (CMS)⁶⁶ mit dem gesetzlichen

⁶³ <https://www.luzern60plus.ch/aktuell/artikel/unbuerokratisch-helfen/>

⁶⁴ <https://www.stadtluzern.ch/aktuelles/news/842666>

⁶⁵ <https://www.age-stiftung.ch/foerderprojekt/stadt-luzern-gutscheine-fuer-selbstbestimmtes-wohnen/>

⁶⁶ http://www.avasad.ch/jcms/m_7371/fr/accueil

Ziel, Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen möglichst lange ein möglichst selbständiges Leben zuhause zu ermöglichen. Zudem werden Personen mit vorübergehendem Unterstützungsbedarf, beispielsweise nach einer Hospitalisierung, sowie Familien mit Neugeborenen oder kleinen Kindern unterstützt.⁶⁷ Die CMS koordinieren sowohl Spitex-Leistungen als auch alle weiteren Leistungen für Personen mit Unterstützungsbedarf, d.h. alle Leistungen werden durch eine Hand koordiniert⁶⁸. Dazu zählen neben pflegerischen Leistungen:

- Haushaltshilfe
- Mahlzeitendienst
- Sozialberatung⁶⁹
- häuslicher Sicherheitsdienst für Alarmsysteme
- Bereitstellung von Hilfsmitteln in allen Bereichen des täglichen Lebens (z.B. Rollstuhl, Rollator, Toiletten- oder Duschsitz, elektrisches Bett)
- Ernährungsberatung
- Unterstützung für pflegende Angehörige
- Nachtwachen
- Mobilitätsförderung, sowie der Zugang zu angemessenen Transportmitteln (in Zusammenarbeit mit Freiwilligendiensten, Taxiunternehmen und spezialisierten Transporteuren)
- Unterstützung und Begleitung bei Verwaltungsverfahren (z.B. Budgetplanung, Anerkennung der Rechte bei Sozialversicherungen) und bei Unterbringungsfragen
- Begleitung bei Gruppentreffen und Ferienaufenthalten

Ein Teil dieser Leistungen kann über die Krankenversicherung abgedeckt werden. Zudem werden einige weitere Leistungen durch den Kanton umfassend subventioniert. Dies betrifft im Bereich der Unterstützung älterer Personen die Beratung durch Sozialarbeitende bei den CMS. Weitere Leistungen wie Haushaltshilfe, Mahlzeitendienste, Transportdienste sowie Begleitung / Aufsicht müssen grundsätzlich selbst bezahlt werden. Für die Haushaltshilfe und für die Begleitung wird den Betagten ein Betrag von 26 CHF pro Stunde in Rechnung gestellt.⁷⁰ Bei geringen finanziellen Mitteln können dafür individuelle Hilfen gesprochen werden.⁷¹ Diese finanziellen Hilfen werden in einem kantonalen Gesetz geregelt (Loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale LAPRAMS). Wie bei der Berechnung anderer bedarfsabhängiger Sozialleistungen werden dabei die anrechenbaren Einnahmen den anrechenbaren Ausgaben gegenübergestellt. Das massgebliche Einkommen wird dabei analog zur Berechnung bei bedarfsabhängigen Sozialleistungen definiert (Art. 4a Abs. 2 LAPRAMS). Zudem subventioniert der Kanton Unterstützung zuhause grundsätzlich (Greuter und Ringger 2018). Dafür trifft er Vereinbarungen mit den anbietenden CMS, welche die Leistungen für die Klienten zum festgelegten Tarif von 26 CHF pro Stunde anbieten müssen (Art. 4a Abs. 1 LAPRAMS).

Die CMS-Teams sind interdisziplinär aufgestellt. Neben Pflegenden gibt es Ernährungsberater/innen, Haushaltshilfen, Sozialarbeiter/innen, Ergotherapeuten/innen, Zusteller von Mahlzeit-

⁶⁷ <https://prestations.vd.ch/pub/blv-publication/actes/conso-lide/850.11?key=1546868697903&id=2fa7a6aa-651f-4e5c-88ba-73796e00dd98>

⁶⁸ http://www.avasad.ch/jcms/svm_8005/fr/le-cms-et-vous

⁶⁹ http://www.avasad.ch/jcms/m_6813/fr/conseil-social

⁷⁰ http://www.avasad.ch/jcms/svm_8006/fr/tarifs-des-prestations

⁷¹ http://www.avasad.ch/jcms/m_6830/en/tarifs-des-prestations

ten, Beschäftigungstherapeuten/innen und Verwaltungs- und Führungspersonal. Bestehen Unterstützungsteams aus mehreren Personen, wird eine Hauptansprechperson definiert, welche für Fragen und Koordination zur Verfügung steht. Bei allen Interventionen wird darauf geachtet, dass sie in Anwesenheit und enger Zusammenarbeit mit den Betagten erfolgen und diese sich genauso wie die unterstützenden Angehörigen aktiv an der Planung der Unterstützung beteiligen. Die CMS-Teams arbeiten zudem eng mit dem Hausarzt oder der Hausärztin zusammen. Die Anzahl der Unterstützenden wird so weit wie möglich begrenzt, um die Privatsphäre zu schützen. Die Kommunikation und Dokumentation finden sowohl digital als auch analog statt. In Zusammenarbeit mit den Betroffenen, den Angehörigen und den Ärzten wird der spezifische Unterstützungsplan festgelegt und permanent den Entwicklungen des Gesundheitszustandes der Betroffenen angepasst. Bei Meinungsverschiedenheiten stehen ein kantonales Gesundheitsmediationsbüro sowie ein Kantonsarzt für eine unabhängige Stellungnahme zur Verfügung⁷².

Der Kanton Waadt hat 2012 den 30. Oktober als den «Tag der betreuenden Angehörigen» definiert, welcher sich mittlerweile in der Westschweiz (Kantone Waadt, Genf, Freiburg, Wallis, Jura) als ein interkantonales, mehrtägiges Format etabliert hat⁷³. Das BAG hat im Rahmen des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige» den Aktionsplan zur Unterstützung betreuender Angehöriger als Modell guter Praxis beschrieben⁷⁴. Die Laufzeit des im Jahr 2012 gestarteten Aktionsplans wurde bis 2022 verlängert und die Umsetzung der vielseitigen Massnahmen erfolgt durch den Sozialversicherungs- und Beherbergungsdienst.

Hervorzuheben am Modell des Kantons Waadt ist insbesondere die Organisation in CMS, welche für die gesamte Unterstützung zuhause zuständig sind – also Pflege, Betreuung und Hilfe aus einer Hand. Auf den Einbezug der Betroffenen sowie der Angehörigen bei der Planung der Unterstützung wird viel Wert gelegt. Dank der finanziellen Unterstützung des Kantons können die Leistungen mit reduzierten Tarifen angeboten werden.

4.5 Exkurs: Exemplarische Zugangsmodelle

Nachfolgend werden verschiedene in der Schweiz existierende Modelle und Ansätze zur Unterstützung im Alter hinsichtlich ihrer Zugangsmodelle kurz vorgestellt und beleuchtet. Die exemplarischen Beispiele sollen mögliche Zugänge illustrieren, ohne aber eine Bewertung vorzunehmen. Im Vordergrund steht dabei einerseits die Frage, an welche Bedingungen der Anspruch auf eine Leistung geknüpft ist und andererseits die Frage, wie das Angebot organisiert resp. verfügbar gemacht wird.

Rückerstattung Betreuungskosten: Die Gemeinde Kaiseraugst (AG) unterstützt Personen in bescheidenen finanziellen Verhältnissen mit einem Sozialtarif für Unterstützungsleistungen im Bereich der Betreuung. Das Angebot umfasst beispielsweise gemeinsame Tagesaktivitäten wie Einkaufen, Essen, Spaziergänge oder Coiffeurbesuche sowie Gesellschaft leisten. Ein Einsatz muss dabei immer mind. 2 Stunden umfassen. Erbracht werden diese Betreuungsleistungen von der

⁷² http://www.avasad.ch/jcms/svm_8005/fr/le-cms-et-vous

⁷³ <http://betreuende-angehoerige-tag.ch/>

⁷⁴ https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-entlastung-angehoerige/modelle-guter-praxis-suche/canton_vaud.html

örtlichen Spitex, welche auch die Bedarfsabklärung für die Betreuung vornimmt. Die Bedarfsabklärungen werden stets durch dieselbe Pflegefachperson vorgenommen, welche im persönlichen Gespräch mit den Betroffenen sowie ggf. den Angehörigen die Betreuungsbedürfnisse ermittelt. Die Spitex stellt den Nutzer/innen die vollen Kosten in Rechnung, deren Rückerstattung sie nachträglich bei der Gemeindeverwaltung beantragen können. Herausforderungen ergeben sich manchmal aufgrund der Hemmschwelle der Betroffenen, das Betreuungsangebot anzunehmen.

Vergünstigte Tarife: Auch die Stadt St. Gallen gewährt Vergünstigungen für Personen in schwierigen finanziellen Situationen. Finanziert werden können insbesondere Leistungen im Bereich der Hilfe, welche durch subventionierte Spitex-Organisationen oder den Haushilfe- und Entlastungsdienst der Frauenzentrale erbracht werden. Nach einer Anmeldung der Betroffenen (oder der Angehörigen) beim Leistungserbringer wird gemeinsam der Bedarf an Hilfe eingeschätzt. Danach prüft das städtische Steueramt auf Initiative des Leistungserbringers hin die Bezugsberechtigung. Im Berechtigungsfall wird die Sozialgutschrift (vier Verbilligungsstufen) direkt von der Rechnung in Abzug gebracht, d.h. die Nutzer/innen müssen lediglich den reduzierten Tarif bezahlen. In den Genuss der Verbilligungen können jedoch nur Personen kommen, die keine AHV- oder IV-Rente beziehen, da diese Personen über die Ergänzungsleistungen bereits Zugang zu finanzieller Unterstützung erhalten.

Mobile Altersarbeit: Im Rahmen des Programms Socius der Age-Stiftung werden verschiedene (Pilot-)Projekte gefördert, welche Unterstützungssysteme für zuhause lebende ältere Menschen aufbauen wollen. Eines dieser Projekte ist die «Mobile Altersarbeit MoA» der Stadt Aarau, welches anfang 2021 gestartet wurde.⁷⁵ Während der Projektlaufzeit bis 2024 wird die MoA in zwei Quartieren der Stadt präsent sein. Kerngedanke hinter der aufsuchenden Altersarbeit ist die oft mit dem Alter einhergehende Verkleinerung des Aktionsradius. Durch die aufsuchende Altersarbeit kann dennoch ein niederschwelliger Zugang gewährleistet werden. Die mobile Altersarbeit knüpft Kontakte zur älteren Bevölkerung und kann damit auch die Hemmschwellen für die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen abbauen. Neben dem Fokus auf ältere Menschen sind aktuell keine Zugangskriterien vorgesehen. Auf Wunsch berät und informiert die MoA ältere Menschen und deren Angehörige in Altersfragen und unterstützt sie auf der Suche nach passenden Angeboten und Hilfeleistungen. Beratungen erfolgen je nach Situation während der aufsuchenden Arbeit oder auf Wunsch mittels vereinbartem Termin, in einer ausgesuchten Lokalität im Quartier oder bei der Person zuhause. Zentral ist zudem die Vernetzung und Zusammenarbeit mit Quartiervereinen, Hausärzten, Spitex und weiteren Akteuren wie z.B. Apotheken, welche ältere Menschen auf das Angebot aufmerksam machen, wenn sie einen Bedarf erkennen. Ein weiteres Element des Projekts ist die Identifikation von Schlüsselpersonen. Diese gut vernetzten älteren Personen aus dem jeweiligen Quartier sollen eine Rolle als Kontaktperson für weitere ältere Menschen übernehmen. Ferner können durch die engen Kontakte zur Stadtverwaltung Anliegen hinsichtlich eines altersgerechten Sozialraums auf die politische Agenda gebracht werden. Das Angebot der MoA soll im Erfolgsfall auch auf die anderen Quartiere der Stadt Aarau ausgeweitet werden.

Präventive Hausbesuche: Mehrere Kantone und/oder Gemeinden fördern präventive Hausbesuche. So steht dieses Angebot beispielsweise in der Region Sierre (VS) allen Personen ab 70 Jahren

⁷⁵ <https://www.programmsocius.ch/projekte/stadt-aarau-ag/projektbeschreibung>

gratis zur Verfügung.⁷⁶ In der Stadt Zürich haben Personen ab 65 Jahren Zugang zu den kostenlosen präventiven Hausbesuchen.⁷⁷ In Zürich dient ein Fragebogen, welcher vorab ausgefüllt werden soll, einer ersten Einschätzung der Bedürfnisse der Betroffenen. Präventive Hausbesuche sind beschränkt auf einen oder wenige Besuche bei der älteren Person zuhause und damit kein langfristiges Betreuungsangebot. Wenn auch zeitlich begrenzt, entsprechen sie jedoch durchaus Betreuungsleistungen. Dabei werden insbesondere die Handlungsfelder «Beratung und Koordination», «Selbstsorge» und «Soziale Teilhabe» adressiert. So sind Fragestellungen psychosozialer Natur in beiden Angeboten explizit als mögliche Anfragegründe angesprochen. Das Angebot in Sierre richtet sich zudem ausdrücklich an Personen ohne grössere gesundheitliche Einschränkungen. Ein solches, kostenloses Präventionsangebot kann als Türöffner für die Organisation langfristiger Unterstützung dienen, indem die Hemmschwelle für ein erstes Beratungsgespräch vergleichsweise niedrig ist.

Vermittlungsplattformen: Eine besondere Form des Zugangs zu Unterstützungsleistungen untersuchten Nonnenmacher et al. (2020): Onlineplattformen, welche möglichst direkt und einfach Angebot und Nachfrage zusammenbringen. Auf der Plattform können interessierte Senior/innen somit private Anbieter finden, wobei die Plattform neben dieser Vermittlung keine Aufgaben übernimmt. Eine Bedarfsabklärung beispielsweise findet nicht über die Plattform statt. Gemäss der Studie bestehen in der Schweiz aktuell vier solcher Plattformen für betreuende und pflegerische Leistungen. Vorteile solcher Plattformen liegen in der flexiblen und oft wohnortnahen Inanspruchnahme von Leistungen. Im Vergleich zu Spitexleistungen können zudem oft günstigere Preise angeboten werden. Die grösste Herausforderung bei Online-Vermittlungsplattformen besteht in der Sicherstellung der Qualität. Dies trifft insbesondere auf persönliche Leistungen wie Betreuung und Pflege zu, welche ein hohes Mass an Vertrauen erfordern.

*Assistenzbeitrag*⁷⁸: Menschen, die eine Hilflosenentschädigung der IV beziehen und zuhause leben, können einen sog. Assistenzbeitrag beziehen. Damit können Bezüger Personen anstellen, die bedarfsabhängige Unterstützungsleistungen erbringen. Allerdings haben Menschen im Alter nur Anspruch auf den Assistenzbeitrag, wenn sie diesen schon vor Erreichung des Rentenalters bezogen haben (Besitzstand). Entsprechend hat das Instrument keine breite Relevanz für die Unterstützung im Alter. Nichtsdestotrotz bietet das Vorgehen zur Bedarfsabklärung einen interessanten Anhaltspunkt für allfällige weitere Anwendungen: Die Bedarfsabklärung findet i.d.R. bei der Person zuhause statt. Zentral dabei ist ein Gespräch mit der Person, welches den Unterstützungsbedarf in neun Bereichen⁷⁹ erörtert. Thematisch der Betreuung am nächsten ist insbesondere «gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung»: Dieser Bereich ist wiederum in fünf Teilbereiche unterteilt: Hobby & Sport, Tier & Pflanzen, Gesellschaftliche Kontakte, Mobilität (ausser Haus) sowie Reisen & Ferien. Im Gespräch wird der Unterstützungsbedarf nach Teilbereichen anhand einer fünfstufigen Skala (0 – keine Hilfe nötig; 5 – umfassende Hilfe nötig) eingeteilt. Diese Einstufungen werden im Abklärungsinstrument FAKT erfasst. Darin ist pro Skalenstufe und (Teil-)Bereich ein Minutenwert pro Tag hinterlegt, womit schlussendlich die Höhe des Assistenzbeitrags berechnet wird.

⁷⁶ <https://www.cms-sierre.ch/fr/visites-preventives-domicile-59.html>

⁷⁷ <https://www.stadt-zuerich.ch/gud/de/index/alter/beratung/praeventive-beratung.html>

⁷⁸ Sämtlich Angaben haben wir aus einem telefonischen Gespräch mit einer IV Stelle.

⁷⁹ <https://www.ahv-iv.ch/p/4.14.d> (siehe Abschnitt 4)

Abklärungsinstrumente Lebensqualität und Wohlbefinden: Zur Erfassung der Lebensqualität und des Wohlbefindens existieren bereits verschiedene Assessments. Ballmer et al. (2019) analysierten und beurteilten mehrere solcher Instrumente. Eines davon ist ein von der WHO entwickelter Fragebogen zur Messung der Lebensqualität (WHOQOL⁸⁰). Als Anwendungsbereich war einerseits der Einsatz im Sozial- und Gesundheitsbereich und andererseits die international vergleichbare Forschung gedacht. Der Fragebogen enthält beispielweise folgende Fragen:

- Wie gut können Sie Ihr Leben genießen? (überhaupt nicht, ein wenig, mittelmässig, ziemlich, äussert)
- Wie sehr fühlen Sie sich durch depressive Gefühle belastet? (überhaupt nicht, ein wenig, mittelmässig, ziemlich, äussert)

Der Blick auf bestehende nationale und internationale Instrumente zur Finanzierung von Betreuung verdeutlicht, dass der Bedarf an guter Betreuung im Alter vielerorts erkannt wurde. Die Zusammenstellung und Beschreibung ausgewählter Modelle zur Finanzierung und Organisation von Betreuung im Alter im In- und im Ausland zeigt dabei die Vielfalt der Umsetzungsmöglichkeiten. So bestehen Modelle der Subjektfinanzierung ebenso wie solche der Objektfinanzierung. Gewisse Modelle stützen die Finanzierung alleine auf dem Bedarf ab, während andere auch beschränkte finanzielle Möglichkeiten als Erfordernis definieren. Auch hinsichtlich der Wahlfreiheit bei den Leistungserbringenden – bis hin zur Finanzierung der Betreuung durch Angehörige – bestehen grosse Unterschiede. Bei vielen der betrachteten Modelle wird die Selbstbestimmung und die Wahlfreiheit der älteren Menschen hoch gewichtet, wobei dies auch gewisse Risiken hinsichtlich der Sicherstellung der Qualität der Betreuung mit sich bringt. Oftmals decken die Modelle nicht ausschliesslich Betreuung, sondern eine Kombination aus Pflege, Betreuung und Hilfe ab. Im Bereich der Betreuung werden unterschiedliche Leistungen abgedeckt. Viele dieser Leistungen fallen in die Handlungsfelder «Alltagsgestaltung» oder «Soziale Teilhabe», wie sie die Paul Schiller Stiftung definiert hat. Zentral ist schlussendlich aber die Frage, wie gross denn der entsprechende Bedarf resp. der Mehrbedarf an Betreuung in der Schweiz ist. Diese Frage wird im nachfolgenden Kapitel thematisiert.

5. Einschätzung des heutigen Betreuungsbedarfs

5.1 Einleitende Bemerkungen und Methodik

5.1.1 Ziel und grundsätzliches Vorgehen

Ziel dieses Kapitels ist die Einschätzung des heutigen Bedarfs an Betreuung älterer Menschen in der Schweiz. Im Vordergrund sollen die sozialen Aspekte der Unterstützung stehen, wie die Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe oder des psychosozialen Wohlbefindens. Dies in Übereinstimmung mit dem Kern der Definition von Betreuung im Alter der Paul Schiller Stiftung (Knöpfel

⁸⁰ <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-100/docs/default-source/publishing-policies/whoqol/german-whoqol-100>

und Pardini 2020c). Für die Berechnungen wurden im Rahmen der Studie insbesondere Erhebungen bei Spitex-Organisationen und stationären Einrichtungen durchgeführt (siehe Kapitel 5.1.2).

Allerdings erfordert die Einschätzung des Bedarfs an Betreuung bis zu einem gewissen Grad eine Vereinfachung resp. eine Abgrenzung des Untersuchungsgegenstands, also der Betreuung. Zum einen werden Leistungen der Pflege (gemäss KLV) von der Bedarfseinschätzung ausgeklammert, wobei sie zur Einordnung anderer Angaben punktuell thematisiert werden. Dies bedeutet auch, dass Aspekte der Betreuung innerhalb der Schnittmenge zur Pflege nachfolgend nicht berücksichtigt werden. Dies scheint insofern gerechtfertigt, als dass für diese Leistungen bereits heute eine Finanzierung gegeben ist. Auf der anderen Seite werden nachfolgend für den ambulanten Bereich Betreuung und Hilfe nicht differenziert. Dies aus drei Gründen:

- Zunächst ist u.E. die Schnittmenge zwischen diesen Unterstützungsformen gross – Hilfe beinhaltet vielfach Betreuungselemente.
- Weiter kann in bestehenden Daten (insb. Spitex-Statistik) zu geleisteter Unterstützung nicht zwischen Betreuung und Hilfe differenziert werden.
- Drittens kristallisierte sich bei ersten Abklärungen heraus, dass es für die Fachpersonen kaum möglich ist, den Bedarf an Hilfe und Betreuung zu differenzieren.

Im stationären Bereich stellen sich andere Herausforderungen: Hier kann der Bereich Hotellerie / Pension ausgeklammert werden. Dies scheint auch gerechtfertigt, da dabei im Gegensatz zur ambulanten Hilfe die Vermengung mit der Betreuung weniger gross ist. Dennoch entsteht dadurch ein leichtes Ungleichgewicht im Vergleich zur Betrachtung im ambulanten Bereich. Die zweite – und grössere – Herausforderung im stationären Bereich liegt darin, die Betreuung von administrativen und organisatorischen Tätigkeiten abzugrenzen (Strukturkosten). Auf entsprechende mögliche Unschärfen wird an den relevanten Stellen eingegangen.

Um den aktuellen Bedarf an Betreuung (und Hilfe) im Alter abzuschätzen, müssen verschiedene Personengruppen ab 65 Jahren berücksichtigt werden: Zunächst Personen, welche in stationären Einrichtungen leben und somit bereits formelle Unterstützungsleistungen (insb. Pflege und Betreuung) beziehen. Im ambulanten Bereich gilt es zu unterscheiden zwischen Personen,

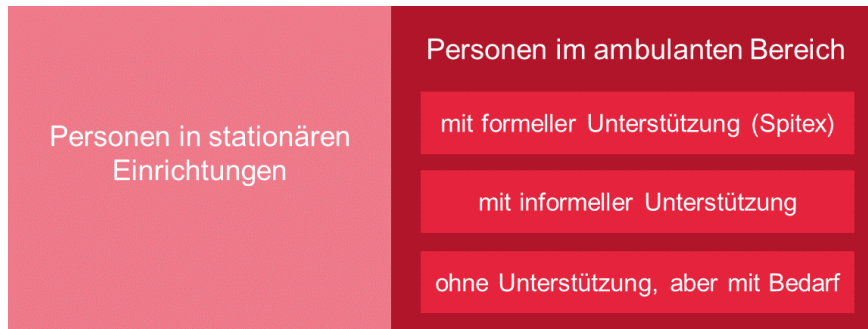
- die heute formelle Unterstützungsleistungen erhalten (Spitex),
- solchen mit informeller Unterstützung aber ohne formelle Leistungen und
- Personen, die heute keinerlei Leistungen beziehen, aber einen Bedarf hätten.

Bei Personen, die heute bereits Unterstützungsleistungen (Pflege, Betreuung, Hilfe) beziehen, stellt sich die Frage, ob mit den aktuell bezogenen Leistungen der Bedarf abgedeckt werden kann oder ob ein Mehrbedarf besteht. Dabei wird im ambulanten Bereich der Mehrbedarf an Betreuung und Hilfe berücksichtigt, im stationären Bereich ausschliesslich der Mehrbedarf an Betreuung (aus den oben genannten Gründen).

Für alle potentiell betroffenen Personengruppen wird zunächst erhoben, in welchem Umfang bereits heute Leistungen im Bereich der Betreuung in Anspruch genommen werden. In einem zweiten Schritt fokussieren wir auf den Mehrbedarf: Welcher zusätzliche Bedarf zur bereits geleisteten Betreuung besteht? Ziel ist es dabei aufzuzeigen, wie viele Stunden Betreuung zusätzlich notwendig wären, um eine qualitativ gute Betreuung gemäss dem Verständnis der Paul Schiller Stiftung zu ermöglichen.

Der Fokus der Studie liegt zudem auf dem Mehrbedarf an *formeller* Unterstützung. Informationen zu bereits geleisteter informeller Unterstützung werden zwar erläuternd aufgeführt, aber keine Einschätzung eines allfälligen Mehrbedarfs vorgenommen.

Abbildung 5 Personengruppen für die Bedarfseinschätzung



Nachfolgend werden zunächst für Personen im stationären Bereich, danach für die drei Personengruppen im ambulanten Bereich folgende Fragestellungen thematisiert:

- Mengengerüst: Wie viele Personen befinden sich in dieser Situation?
- Geleistete Unterstützung: In welchem Umfang beziehen diese Personen aktuell Leistungen im Bereich der Pflege, Betreuung und Hilfe?
- Mehrbedarf: In welchem Ausmass besteht ein zusätzlicher Bedarf an Betreuung und Hilfe resp. was wäre – ungeachtet der Finanzierung – eine optimale Unterstützung?

5.1.2 Methoden: Erhebung, Validierung und Hochrechnung

Zur Einschätzung des Mehrbedarfs an Betreuung und Hilfe werden verschiedene Informationsquellen berücksichtigt: Einerseits können Informationen aus bestehenden Statistiken und Erhebungen des BFS verwendet werden. Zudem wurden Einschätzungen des Mehrbedarfs bei Fachpersonen erhoben. Ein Kernelement war dabei eine detaillierte Erhebung unter sechs Vertreter/innen von ausgewählten Spitex-Organisationen sowie stationären Einrichtungen. Mit diesen Institutionen wurden einerseits Gespräche zur geleisteten Betreuung und dem geschätzten Mehrbedarf geführt, andererseits diente eine schriftliche Erhebung der systematischen Erfassung von Daten. Der entsprechende Fragebogen ist im Anhang aufgeführt.⁸¹ Dabei wurden die Befragten insbesondere gebeten, Angaben zur Anzahl Klienten und geleisteten Stunden Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft an einem Stichtag zu machen. Zudem wurden sie gebeten, einzuschätzen, welchen Bedarf an Betreuung und Hilfe ihre Klient/innen neben den bereits geleisteten Stunden aufweisen.⁸² Zur Einordnung wurden allen Befragten die Handlungsfelder guter Betreuung gemäss dem Wegweiser für eine gute Betreuung (Knöpfel et al. 2020a) aufgezeigt (vgl. Kapitel 2). Es ist darauf hinzuweisen, dass lediglich wenige ausgewählte Institutionen befragt wurden und teilweise die Fallzahlen am beobachteten Stichtag gering sind. Bei der Auswahl der befragten Organisationen wurden insbesondere solche berücksichtigt, bei welchen gemäss Hinweisen der Paul

⁸¹ Allerdings muss berücksichtigt werden, dass mit der laufenden Projektentwicklung Anpassungen vorgenommen wurden.

⁸² Die Befragten wurden dabei gebeten, einen Stichtag vor Covid-19-Pandemie zu wählen bzw. ihre Einschätzung unabhängig von den Auswirkungen der Pandemie vorzunehmen.

Schiller Stiftung sowie weiteren Fachpersonen gute Betreuung bereits heute in überdurchschnittlichem Ausmass angeboten und gelebt wird. Aus diesen Gründen kann die detaillierte Erhebung keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben.

Zur Validierung der ermittelten Schätzung des Mehrbedarfs wurde sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich eine Online-Befragung unter weiteren Institutionen mit der Unterstützung von Curaviva sowie Spitex Schweiz durchgeführt (Fragebogen im Anhang). Im Rahmen der Validierung wurde abgeklärt, ob die zuvor gewonnenen Erkenntnisse in der Praxis als plausibel erachtet werden, ohne jedoch die detaillierte Erhebung zu wiederholen.⁸³

Basierend auf dem so ermittelten Bedarf an zusätzlicher Betreuungszeit pro Tag und Person wurde eine Hochrechnung des jährlichen Mehrbedarfs in der Schweiz vorgenommen (siehe nachfolgend Kapitel 5.2, 5.3.2, 0 und 5.3.4). Es ist darauf hinzuweisen, dass für die Berechnungen mangels Informationen vielfach vereinfachende Annahmen getroffen werden mussten. Die vorliegende Studie verfolgt damit das Ziel, eine explorative Einordnung der Grössenordnung des Mehrbedarfs an Betreuung zu ermöglichen, ohne diesen präzise berechnen zu können.

Sämtliche Kalkulationen basieren auf durchschnittlichen Werten pro Klient/in: D.h. die seitens der Befragten erfassten Stunden Pflege, Betreuung und / oder Hilfe am Stichtag werden durch die Anzahl Klient/innen mit Leistungen Pflege, Betreuung und / oder Hilfe am Stichtag dividiert und so für die Hochrechnung verwendet. Dies ungeachtet des Umstands, dass einige Klienten am Stichtag eine Art von Leistung gar nicht bezogen. Wo möglich werden die Informationen aufgeteilt in zwei Altersgruppen (65-79 Jahre / 80 Jahre und mehr) sowie nach unterschiedlichen Stufen der Pflegebedürftigkeit dargestellt. An dieser Stelle ist zu betonen, dass insbesondere der Bedarf im Bereich der Betreuung sehr individuell ist. So hoben die Fachpersonen mehrfach hervor, dass eine Bedarfseinschätzung ohne Kenntnis der genauen Lebensumstände und des persönlichen Empfindens der betroffenen Person kaum möglich sei. Unsere Einschätzung blendet diese Komplexität aus und zielt darauf ab, unabhängig vom individuellen Bedarf eine Annäherung an die Grössenordnung des Mehrbedarfs an Betreuung und Hilfe der Bevölkerung ab 65 Jahren insgesamt zu erhalten.

5.2 Stationärer Bereich

Mengengerüst

Gemäss der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (Somed) zählten die stationären Institutionen (Pflege- und Altersheime) im Jahr 2019 rund 157'000 Klientinnen und Klienten ab 65 Jahren. Da diese Klient/innen jedoch innerhalb des Jahres für unterschiedliche Zeiträume in der Einrichtung lebten, ist für die Einschätzung des Betreuungsbedarfs die Anzahl der Pflegetage / Bewohnertage zu berücksichtigen. Im Jahr 2019 fielen für diese Klient/innen 31'369'356 Pflegetage an.⁸⁴ Pro Kalendertag entspricht dies 85'943 Pflegetagen resp. Klient/innen. Tabelle 6 zeigt auf, wie sich die Klient/innen pro Tag auf die Altersklassen und Pflegeintensitätsstufen verteilen.

⁸³ Bei einigen Stellen ist dies auch durch kantonale oder kommunale Finanzierungsmöglichkeiten für Betreuung bedingt.

⁸⁴ Nicht enthalten sind dabei rund 48'000 Pflegetage im Bereich der Akut- und Übergangspflege.

Tabelle 6 Anzahl Klient/innen pro Tag

	Alter 65-79 Jahre	Alter 80+ Jahre
Pflegeintensitätsstufe 1-3 (bis 60min/Tag)	3524 (4%)	15'707 (18%)
Pflegeintensitätsstufe 4-6 (61- 120min/Tag)	5494 (6%)	22'440 (26%)
Pflegeintensitätsstufe 7-12 (mehr als 120min/Tag)	7592 (9%)	31'187 (36%)
Total	16'610 (19%)	69'334 (81%)

Quelle: Somed 2019, Auswertung des BFS. In Klammer jeweils der Anteil am Total der Klient/innen ab 65 Jahren.

Geleistete Pflege und Betreuung

Die Statistik Somed gibt Auskunft über die geleisteten Stunden nach KLV (Pflegestunden). Nachfolgende Tabelle zeigt die durchschnittliche Pflegeintensität in Minuten auf.

Tabelle 7 Durchschnittliche Pflegeintensität in Minuten pro Tag

	Alter 65-79 Jahre	Alter 80+ Jahre
Pflegeintensitätsstufe 1-3 (bis 60min/Tag)	37	36
Pflegeintensitätsstufe 4-6 (61- 120min/Tag)	89	89
Pflegeintensitätsstufe 7-12 (mehr als 120min/Tag)	169	167

Quelle: Somed 2019, Auswertung des BFS.

An einem durchschnittlichen Tag werden in den stationären Einrichtungen somit 161'164 Stunden Pflegeleistung erbracht. Dies entspricht bei 85'943 Bewohner/innen 113 Minuten pro Tag und Person.

Die Somed enthält jedoch keine Informationen zu Leistungen ausserhalb des KLV-Bereichs. Um eine Einschätzung der bereits geleisteten Betreuungsstunden vornehmen zu können, stellen wir daher auf eine Auswertung von CURAtime ab, welche uns freundlicherweise mit dem Einverständnis von Curaviva durch MicroMED zur Verfügung gestellt wurde. CURAtime wird von stationären Einrichtungen jeweils für einen kurzen Zeitraum genutzt, um sämtliche Tätigkeiten der Mitarbeitenden zu erfassen und anhand dieser Daten Prozesse zu analysieren und zu optimieren. Die von uns erhaltene Auswertung weist die erfassten Tätigkeiten von Pflegemitarbeitenden von 88 Institutionen aus.⁸⁵ Gemäss dieser Auswertung werden pro Pflegeminute 0.10 Minuten Betreuung geleistet.⁸⁶ An einem durchschnittlichen Pflorgetag (gemäss Somed mit 113 Pflegeminuten) würde dies rund 11 Minuten Betreuung entsprechen. In einer ergänzenden Auswertung konnten für 25 Institutionen zusätzlich zu den Tätigkeiten der Pflegemitarbeitenden auch die Tätigkeiten aller weiteren Mitarbeitenden der Institution berücksichtigt werden. Die Tätigkeiten werden dabei in Pflege, Betreuung und Hotellerie unterteilt. Bei dieser erweiterten Auswertung entfallen auf eine Pflegeminute 0.13 Betreuungsminuten, dies bedeutet, dass, hochgerechnet auf

⁸⁵ Die Erfassungen stammen aus den Jahren 2017 bis 2020 und beziehen sich auf 6193 Bewohner/innen.

⁸⁶ Die durchschnittliche Anzahl Pflegeminuten ist bei den Auswertungen von CURAtime mit 117 Minuten nur marginal höher als die gemäss Somed ermittelten 113 Minuten.

einen durchschnittlichen Pfl egetag gemäss Somed, 15 Minuten Betreuung geleistet werden. Da sich die Betreuungsarbeit nicht ausschliesslich auf die Pflegefachpersonen beschränkt, wird im Weiteren von diesem höheren Wert ausgegangen. Die hier verwendeten Angaben von CURAtime beziehen sich jeweils auf direkt für die Bewohner erfasste Leistungen. Indirekte Zeit, welche keinem Klienten zugeteilt werden konnte (z.B. für Besprechungen auf der Station), wird für diese Auswertung nicht berücksichtigt. Nicht berücksichtigt werden zudem die Angaben zur Hotellerie, da davon auszugehen ist, dass diese lediglich in geringem Ausmass Betreuungsleistungen umfassen.

Die in CURAtime erfasste Zeit bezieht sich nun aber stets auf die Perspektive der Leistungserbringer. Für die Ermittlung des Bedarfs an Betreuung ist jedoch die Perspektive der einzelnen Bewohnerin / des einzelnen Bewohners ausschlaggebend. Findet beispielsweise eine Gruppenaktivität von einer Stunde mit einer betreuenden Person und vier Klient/innen statt, wird in CURAtime pro Klient ein Zeitaufwand von 15 Minuten erfasst. Aus der Sicht der Klient/innen erhalten aber alle vier eine Stunde Betreuung. Aus diesem Grund schätzen wir mit einer Berechnung ab, wie viel geleistete Zeit für die Klient/innen aus den durchschnittlich 15 Minuten Betreuung pro Tag resultieren. Gemäss unserer Erhebung wird durchschnittlich 36% der Betreuungszeit mit Aktivitäten in einer Gruppe von durchschnittlich 9 Personen verbracht.⁸⁷ Umgerechnet bedeutet dies, dass durchschnittlich jede Klientin / jeder Klient 58 Minuten Betreuung pro Tag in Anspruch nehmen kann. Hochgerechnet auf alle Klienten ergibt sich daraus ein Umfang bereits geleisteter Betreuung von rund 30.3 Mio. Stunden pro Jahr.

Betrachtet man die Verteilung der direkt auf die Bewohner/innen verbuchten Betreuungsleistungen nach Pflegeintensitätsstufen, fällt auf, dass die durchschnittliche Anzahl Betreuungsminuten pro Bewohner/in und Tag im mittleren Bereich (mittlere Pflegeintensität) am höchsten liegt. Personen mit geringer Pflegeintensität nehmen dagegen tendenziell weniger Betreuung in Anspruch, was darauf zurückzuführen sein könnte, dass ihr Betreuungsbedarf aufgrund einer vergleichsweise hohen Selbstständigkeit weniger hoch ist. Am anderen Ende des Spektrums nehmen auch Personen mit hohem Pflegebedarf weniger Betreuungsleistungen in Anspruch. Hier mag der Grund in der hohen Anzahl Pflegeminuten liegen, welche auch Leistungen mit Betreuungskarakter umfassen können. In Bezug auf die beiden Altersgruppen zeigt sich, dass die Gruppe 65-79 Jahre eine leicht höhere durchschnittliche Anzahl Betreuungsminuten pro Bewohner/in und Tag aufweist als die Gruppe ab 80 Jahren. Diese Differenz hängt wahrscheinlich mit den unterschiedlichen Pflegeintensitätsstufen und dem damit verbundenen unterschiedlichen Betreuungsbedarf zusammen.

Mehrbedarf

Detaillierte Erhebung

Anhand der erhobenen Daten und Einschätzungen von drei ausgewählten Alters- und Pflegeheimen wird nachfolgend der Mehrbedarf an Betreuung der Personen in stationären Einrichtungen abgeschätzt.

Die Einrichtungen wurden gebeten, für einen Stichtag im Jahr 2019 anzugeben, wie viele Klient/innen sie an diesem Tag betreuten, sowie wie viele Stunden Pflegeleistungen (KLV) und wie

⁸⁷ Diese Angaben stammen aus der Validierungsbefragung, welche im nachfolgenden Abschnitt «Mehrbedarf» genauer erläutert wird.

viele Stunden weitere Leistungen (Nicht-KLV) diese Klient/innen bezogen. Anhand dieser Angaben wurde berechnet, wie viele Stunden Betreuung pro Klient am Stichtag durchschnittlich anfielen. Aufwände im Bereich der Hotellerie und Pension wurden ausgeklammert, allerdings konnte eine gewisse Vermischung der Aufwände für Betreuung mit administrativen Tätigkeiten des Personals (Strukturkosten) nicht vermieden werden. Weiter wurden die befragten Organisationen gebeten einzuschätzen, wie gross der Bedarf ihrer Klient/innen wäre, um eine «gute» Betreuung zu erreichen (ungeachtet der Finanzierung). Zur Einordnung wurden allen Befragten die Handlungsfelder guter Betreuung gemäss dem Wegweiser für eine gute Betreuung (Knöpfel et al. 2020a) aufgezeigt (vgl. Kapitel 2). Alle befragten Fachpersonen waren der Ansicht, dass für eine optimale Betreuung mehr Zeit investiert werden müsste. Die drei Einrichtungen wurden gebeten, die Einschätzung des Mehrbedarfs an Betreuung auch nach Pflegeintensität und Alter zu differenzieren. Die Ergebnisse zeigen sehr unterschiedliche Tendenzen: So sieht je eine Institution den grössten Mehrbedarf bei Personen mit den tiefsten, den mittleren und den höchsten Pflegeintensitätsstufen. Dies mag auch mit einer unterschiedlichen Klientenstruktur der Institutionen zusammenhängen. Hinsichtlich des Alters wird der Mehrbedarf bei den 65- bis 79-Jährigen leicht höher eingeschätzt als bei den Personen ab 80 Jahren. Allerdings muss hier auch erwähnt werden, dass die befragten Institutionen angaben, aktuell mehr Betreuungszeit für die Personen ab 80 Jahren zu leisten als im zuvor skizzierten Durchschnitt der Einrichtungen. Die Ergebnisse sind daher mit Vorsicht zu interpretieren.

Basierend auf den so erhobenen Daten sowie Daten der Somed 2019 kann eine Hochrechnung des Mehrbedarfs erfolgen. Alternativ zur nachfolgend erläuterten Berechnungsmethode kann auch eine weitere Variante angewendet werden. Diese alternative Berechnungsmethode wird zur Validierung durchgeführt und im Anhang erläutert. Sie bestätigt die Grössenordnung der nachfolgenden Schätzung.

Die drei befragten Institutionen schätzen den Mehrbedarf an Betreuung pro Tag und Klient/in durchschnittlich auf 1.01 Stunden. Die Spannweite der Schätzungen liegt dabei zwischen rund 50 bis 70 Minuten, welche jede betreute Person pro Tag im Durchschnitt zusätzlich bräuchte. Der Mehrbedarf entspricht also rund einer Verdoppelung der bereits geleisteten Betreuung (58 Minuten). Dieser Mehrbedarf pro Tag und Person wird mit der Anzahl Unterstützungstage im Jahr gemäss Somed multipliziert. Wie zu Beginn dieses Kapitels dargelegt (Mengengerüst) handelt es sich dabei um 31.4 Mio. Pflege- und Betreuungstage. Daraus ergibt sich der jährliche Mehrbedarf ($A * B = C$).

Tabelle 8 Mehrbedarf stationär

	A Mehrbedarf Betreuung Stunden pro Tag und Klient/in	B Anzahl Unterstützungstage pro Jahr (basierend auf Somed 2019)	C Jährlicher Mehrbedarf (Stunden)
APH A	1.11	31.4 Mio.	35 Mio.
APH B	1.12	31.4 Mio.	35 Mio.
APH C	0.79	31.4 Mio.	25 Mio.
<i>Durchschnitt</i>	<i>1.01</i>	<i>31.4 Mio.</i>	<i>32 Mio.</i>

Hinweis: Anzahl Klient/innen am Stichtag: APH A 74, APH B 85, APH C 58.

Anhand dieser Berechnung ist von einem jährlichen Mehrbedarf an Betreuung zwischen 25 und 35 Mio. Stunden auszugehen.

Diese Schätzung des Mehrbedarfs ist mit Vorsicht zu interpretieren: Die Berechnung stützt sich auf die Angaben von lediglich drei Organisationen, welche zudem nicht zufällig ausgesucht wurden. Um die so ermittelten Ergebnisse besser einordnen zu können, wurde deshalb eine Validierung durchgeführt.

Validierung

Im Rahmen der Validierung wurden 22 stationäre Einrichtungen zu einer Online-Befragung eingeladen.⁸⁸ 17 Einrichtungen füllten die Befragung aus. Zunächst wurden die Einrichtungen nach der Anzahl Stunden aktuell bereits geleisteter Betreuung (nicht-KLV) gefragt. Hier wurde bereits die grosse Heterogenität der Einrichtungen deutlich: Die Anzahl bereits geleisteter Stunden reicht von knapp einer Stunde bis zu 35 Stunden Betreuung pro Klient/in und Woche. Mehrfach wurden bei hohen Stundenzahlen Anmerkungen gemacht, dass der hohe Durchschnitt auf Plätze für Personen mit demenziellen Erkrankungen zurückzuführen sei, welche einen sehr hohen Betreuungsbedarf haben, welcher nicht über die Krankenversicherung abgedeckt ist.

Weiter wurden die Einrichtungen gefragt, ob sie einen Mehrbedarf an Betreuung bei ihren Klient/innen sehen. Wurde dies bejaht, wurden sie gefragt, ob der aus der Erhebung hervorgegangene Mehrbedarf von rund einer Stunde pro Tag (resp. 7 Stunden pro Woche) aus ihrer Sicht plausibel erscheint. Wurde das verneint, konnten die Befragten ihre Einschätzung des Mehrbedarfs angeben. Die Validierung ergab folgendes Ergebnis (17 Antworten):

- 1 Einrichtung sieht keinen Mehrbedarf an Betreuung
- 16 Einrichtungen sehen einen Mehrbedarf an Betreuung
 - 12 erachten 1 Stunde pro Tag als plausibel
 - 3 erachten dies als zu wenig (Schätzung Mehrbedarf: zwischen 1.3 und 2 Stunden pro Tag)
 - 1 erachtet dies als zu viel (Schätzung Mehrbedarf: rund 15 Minuten pro Tag)

Der erhobene Wert (eine Stunde pro Tag und Klient/in) wird somit mehrheitlich als plausibel erachtet. Die wenigen Befragten, welche diesen Wert nicht als plausibel einstufen, sind dabei in ähnlichem Ausmass der Meinung, dass der Mehrbedarf grösser oder aber kleiner (resp. inexistent) ist. Die Validierung bestätigt damit den erhobenen Mehrbedarf von rund 25 und 35 Mio. Stunden pro Jahr.

Der so ermittelte Mehrbedarf bezieht sich auf die Zeit, in welcher Klient/innen Betreuung in Anspruch nehmen können. Für die nachfolgende Monetarisierung ist jedoch die Zeit, in welcher Mitarbeitende der Einrichtung Betreuung leisten – also die Sicht der Leistungserbringer – rele-

⁸⁸ Curaviva unterstützte die Befragung und fragte Einrichtungen vorab bzgl. ihrer Teilnahmebereitschaft an (durch diese Motivation des Verbands und die Vorselektion konnte ein sehr hoher Rücklauf erzielt werden). Die Auswahl der Einrichtungen nahm Curaviva vor, wobei darauf geachtet wurde, eine möglichst hohe Diversität abzubilden in Bezug auf Region, Grösse der Einrichtung, Urbanität der Ortschaft und Ausrichtung hinsichtlich Pflegeintensität. Ausgefüllt wurde die Befragung von der Geschäftsleitung oder der Leitung der Pflege- und Betreuungsdienste.

vanter. Da viele Betreuungstätigkeiten auch in Gruppen erfolgen können, sind diese beiden Grössen - wie zuvor bereits erläutert - nicht deckungsgleich: Eine Betreuungsperson kann mit dem Aufwand einer Stunde beispielsweise vier Personen betreuen und damit 4 Stunden Betreuung für die Klient/innen erreichen. Im Rahmen der Validierung wurde daher erhoben, welcher Anteil der Betreuungszeit in Gruppensettings stattfindet und wie gross die Gruppen durchschnittlich sind. Die Antworten zeigen, dass pro geleisteter Minute Betreuungszeit 3.88 Minuten «empfangen» werden.⁸⁹ Der Mehrbedarf an «empfangener» Betreuung zwischen 25 und 35 Mio. Stunden pro Jahr würde daher einen Betreuungsaufwand in einer Bandbreite von **6 bis 9 Mio. Stunden** verursachen.

Exkurs: Fallbeispiele Betreuung in stationären Einrichtungen

Zur Veranschaulichung der bereits geleisteten und der als ideal erachteten Betreuung werden im nachfolgenden Exkurs zwei Fallbeispiele der befragten stationären Einrichtungen dargestellt. Ein weiteres Fallbeispiel ist im Anhang aufgeführt.

Fallbeispiel 1: Frau Z ist über 90 Jahre alt und trat im Jahr 2017 in die stationäre Einrichtung ein. Sie zeigt eine fortgeschrittene demenzielle Entwicklung, Arthrose, Diabetes mellitus, Hypotonie und eine Niereninsuffizienz. Sie erhält eine mittlere Hilfloosenentschädigung. Frau Z lebte vor dem Eintritt in einer eigenen Wohnung und wurde durch die Spitex und in grossem Umfang von ihrem Enkel betreut. Wiederholt auftretende Stürze im häuslichen Umfeld führten zu einem Spitalaufenthalt und in der Folge zum Eintritt in das Alterszentrum. Aktuell zeigt sie örtlich und zeitlich keine Orientierung mehr im Alltag. Ohne äussere Impulse ist es ihr nicht mehr möglich, sich im Alltag selbst zu versorgen. Sie ist am Rollator mobil. Frau Z erhält durchschnittlich 120 Minuten pro Tag pflegerische Leistungen. Dazu gehört beispielsweise die Grundpflege, die Medikamentenabgabe, die Begleitung in den Speisesaal sowie die engmaschige Anleitung, um die vorhandenen motorischen Fähigkeiten zu erhalten. Hinzu kommen die nachfolgenden betreuenden Leistungen:

- Tägliche Bewegungsübungen (einzeln) 10 Minuten.
- Tägliche Aktivierung zum Z`vieri, Gruppe. Im Durchschnitt 45 Minuten.
- Im Durchschnitt zwei Kurzkontakte zwischen den Hauptmahlzeiten, Aufforderung zum Trinken. Frau Z meldet sich von sich aus nicht. Insgesamt 20 Minuten.
- Gemeinsam mit Frau Z den Nachttisch aufräumen (Frau Z sammelt z.T. verderbliche Lebensmittel im Nachttisch usw.). 1x wöchentlich 30 Minuten.
- Bewegungsrunde 1x wöchentlich, Gruppe. 60 Minuten.
- Singen 1x wöchentlich, Gruppe. 60 Minuten.

Gemäss der Einschätzung der betreuenden Fachperson sind diese betreuenden Leistungen ausreichend. Frau Z schätzt auch die Ruhephasen durch den Tag. Schön wären häufigere Besuche der Enkelkinder (ansonsten gibt es keine Angehörigen mehr). Frau Z freut sich sehr über die Besuche ihrer Enkelkinder und kann diese geniessen.

⁸⁹ Gemäss unserer Erhebung wird durchschnittlich 36% der Betreuungszeit mit Aktivitäten in einer Gruppe von durchschnittlich 9 Personen verbracht. Für die Schätzung treffen wir die Annahme, dass dies zukünftig gleich gehandhabt würde. Möglicherweise könnte sich mit einem Ausbau der Finanzierung von Betreuungsleistungen der Anteil der Gruppenaktivitäten verändern.

Fallbeispiel 2: Frau X erkrankte vor ein paar Jahren an einer Form von Demenz. Aus diesem Grund entschied ihr Mann mit ihr nach Thailand auszuwandern, damit sie eine 24 Stunden Betreuung erhalten kann. Als sich der Allgemeinzustand von Frau X verschlechterte, beschloss ihr Mann, sie wieder in die Schweiz zu bringen. Als Frau X in die Einrichtung eintrat, war sie mobil. Sie konnte selbstständig trinken und essen, benötigte jedoch für alle Handlungen Anleitung. Sie konnte sich auch noch verbal mitteilen und hatte zeitweise einen starken Bewegungsdrang. In dieser Zeit wurde sie im Rahmen einer Tagesstruktur betreut.

Nach einiger Zeit kam es zu einem zusätzlichen Abbau der Beweglichkeit, so dass Frau X einen Rollstuhl benötigte. Mittlerweile kann sich Frau X kaum mehr verbal mitteilen. Das Essen und Trinken werden eingegeben. Die Betreuungsperson auf der Abteilung macht mit Frau X oft einen Spaziergang. Sie reagiert noch mit einer gewissen Ruhe auf ihre Umwelt. In Einzelsettings erhält Frau X Handmassagen oder es wird mit basaler Stimulation gearbeitet, dies kann von der Ergotherapie sowie der Aktivierungstherapie erfolgen. Ein wichtiger Bestandteil der Betreuung ist der Ehemann, welcher seine Frau sehr regelmässig besucht und mit ihr spazieren geht. Gruppenaktivitäten sind nicht mehr möglich. Wichtig ist hier der Austausch zwischen Pflege, Betreuung und dem Ehemann. Die Leistungen nach KLV umfassen täglich rund 80 Minuten, hinzu kommen rund 10 Minuten ausserhalb der KLV-Leistungen. Die Fachperson würde eine zusätzliche Betreuung von rund 60 Minuten pro Tag als ideal empfinden.

5.3 Ambulanter Bereich

Wie bereits erläutert, sind für die Einschätzung des Unterstützungsbedarfs drei verschiedene Personengruppen ausserhalb der stationären Einrichtungen zu berücksichtigen:

- Personen mit Bezug von formellen Leistungen (insb. Spitex),
- Personen mit informeller Unterstützung, aber ohne formelle Leistungen,
- Personen mit Unterstützungsbedarf, aber ohne formelle oder informelle Unterstützung.

Nachfolgend wird anhand von Auswertungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung zunächst die Situation älterer Menschen, die zuhause leben, beleuchtet. Dabei können erste Aussagen zu den drei Gruppen getroffen werden. In den weiteren Kapiteln wird die Bedarfseinschätzung für jede Gruppe separat thematisiert.

5.3.1 Situation älterer Menschen gemäss SGB

Hinweise auf die Situation von älteren Menschen in der Schweiz liefert die Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB (2017).⁹⁰ In der SGB wurde im Jahr 2017 eine Stichprobe von 22'134 Personen befragt. Unter anderem wird in der Erhebung gefragt, ob und wie intensiv Leistungen der Spitex und informelle Unterstützung⁹¹ bezogen werden. Dabei muss beachtet werden, dass

⁹⁰ Die SGB wird alle 5 Jahre durchgeführt, zuletzt 2017.

⁹¹ Im Rahmen der SGB wird der Begriff «Hilfe» verwendet. Gemeint ist damit gemäss den hier verwendeten Begrifflichkeiten «Unterstützung», weshalb dieser Begriff verwendet wird.

die Gesundheitsbefragung Personen, die in einem Pflegeheim leben, nicht erreicht. Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich somit ausschliesslich auf den ambulanten Bereich.

Bei den Auswertungen berücksichtigen wir lediglich Personen ab 65 Jahren: Dies waren 5115 Personen in der SGB-Stichprobe. Zudem differenzieren wir teilweise zwischen vorübergehender und regelmässiger Unterstützung sowie in groben Kategorien nach der Pflegeintensität. Bei der Pflegeintensität unterscheiden wir drei Kategorien: 1. mehrmals pro Woche Pflege (evtl. ergänzt mit Betreuung oder Hilfe), 2. einmal pro Woche oder weniger Pflege (evtl. ergänzt mit Betreuung oder Hilfe) und 3. Betreuung und / oder Hilfe, keine Pflege.⁹²

Auf Basis der SGB können wir nun eine erste Abschätzung machen, wie viele Personen Spitexunterstützung und / oder informelle Unterstützung haben sowie wie viele Personen einen ungedeckten Bedarf an Betreuung oder Hilfe haben.

Tabelle 9 zeigt, wie viele Personen regelmässig oder vorübergehend Spitexunterstützung erhielten. Da die Befragten der SGB 2017 jeweils angaben, ob sie innerhalb der letzten 12 Monate eine Leistung in Anspruch nahmen, sind die Angaben aus der Jahresperspektive zu verstehen. Das heisst im Jahr haben z.B. rund 18'000 Personen vorübergehende Spitexunterstützung im Bereich Betreuung und / oder Hilfe (ohne gleichzeitige Pflege) erhalten. Möglich ist dabei, dass einzelne Personen nicht das ganze Jahr über Spitexunterstützung erhalten haben. An einem bestimmten Stichtag ist die Zahl also tiefer.

Tabelle 9 Anzahl Personen mit Spitexunterstützung in den letzten 12 Monaten SGB

	Regelmässige Spitexunterstützung	Vorübergehende Spitexunterstützung	Total
Spitexunterstützung: Mehrmals pro Woche Pflege (evtl. ergänzt mit Betreuung / Hilfe)	20'073	17'184	37'257
Spitexunterstützung: Einmal pro Woche oder weniger Pflege (evtl. ergänzt mit Betreuung / Hilfe)	13'140	4'188	17'328
Spitexunterstützung: Betreuung und / oder Hilfe, keine Pflege	39'569	17'907	57'476
Total	72'782	39'279	112'061

Quelle: SGB 2017. Eigene Auswertung. Hochrechnung basierend auf 388 Personen.

Gemäss dieser Hochrechnung auf Basis der SGB 2017 erhalten im Jahr rund 112'000 Personen ab 65 Jahren Spitexleistungen in irgendeiner Form, rund 55'000 Personen davon Spitexleistungen im Bereich Pflege (inkl. vorübergehender Pflege). Laut Spitex-Statistik (2019) hingegen erhalten pro Jahr rund 230'000 Personen über 65 Jahren Spitexpflege. Gemäss unserer Berechnung anhand der Spitex-Statistik (siehe Kapitel 5.3.2) beläuft sich die Anzahl Personen, welche

⁹² Zur ersten Einordnung wurden zu Beginn des Mandats weitere Differenzierungen in zwei Altersgruppen sowie nach Haushaltsform (Einpersonen- und Mehrpersonenhaushalt) vorgenommen. Die Fallzahl bei der Erhebung, auf welcher die Hochrechnung basiert, ist allerdings klein, weshalb mit einer stärkeren Differenzierung die Unsicherheit hinsichtlich der Verlässlichkeit der Auswertungen wächst. Aus diesem Grund werden nachfolgend lediglich wenige Differenzierungen aufgezeigt. Die ausführlicheren Informationen sind im Anhang aufgeführt, müssen jedoch mit grosser Vorsicht interpretiert werden.

irgendeine Form von Spitexleistungen beziehen auf rund 280'000. Zwischen der Spitex-Statistik und der SGB zeigen sich somit grosse Differenzen. Im Bereich der Pflege sind diese noch grösser als bei Betrachtung aller Leistungsarten. Worauf diese Differenzen zurückzuführen sind, kann nicht geklärt werden. Nachfolgend werden aber einige mögliche Erklärungsfaktoren erläutert: Zunächst basiert die SGB auf einer Stichprobenerhebung und ist damit aufgrund der kleinen Fallzahl grundsätzlich mit einer gewissen Unsicherheit verbunden. Auch eine Zunahme des Anteils der Personen mit Unterstützung an der Gesamtbevölkerung in den Jahren 2017 bis 2019 könnte einen Teil der Differenz erklären. Die grosse Differenz bei den Personen mit ambulanten Pflegeleistungen mag teilweise darauf zurückzuführen sein, dass die in der SGB Befragten aufgrund von Abgrenzungsschwierigkeiten Leistungen, welche in der Spitex-Statistik als Pflege erfasst werden, als Spitexunterstützung ohne Pflege einstufen. Beide Angaben beziehen sich auf eine Jahresperspektive, d.h. auch Personen, die lediglich punktuell Spitex-Leistungen erhielten, sind inkludiert. Ein weiterer möglicher Grund für die grosse Differenz könnte darin liegen, dass Personen mit einem einmaligen oder kurzzeitigen Spitex-Leistungsbezug innerhalb der letzten 12 Monate sich in der Befragung nicht daran erinnern haben. Eine weitere mögliche Erklärung ist, dass hochalt-rige Personen mit starken Einschränkungen trotz entsprechender Bemühungen in der Befragung weniger gut erreicht werden können. Diese mögliche Erklärung mag jedoch die grosse Differenz zwischen der SGB und der Spitex-Statistik nicht vollständig zu begründen.⁹³

Weiter wird in Tabelle 10 dargelegt, wie viele Personen informelle Unterstützung erhalten – dabei wird die Bedeutung der informellen Unterstützung deutlich. Die erste Spalte inkludiert auch Personen, die sowohl informelle Unterstützung wie auch formelle Leistungen durch die Spitex erhalten. Die Untergruppe der Personen, die informelle Unterstützung erhalten, aber nicht durch die Spitex unterstützt werden, ist in der zweiten Spalte aufgeführt.

Tabelle 10 Anzahl Personen pro Fallkategorie, die informelle Unterstützung erhalten

	Personen mit informeller Unterstützung	davon Personen <u>nur</u> mit informeller Unterstützung
Informelle Unterstützung: Mehrmals pro Woche Pflege (evtl. auch Betreuung / Hilfe)	48'233	32'637
Informelle Unterstützung: Einmal pro Woche oder weniger Pflege (evtl. auch Betreuung / Hilfe)	17'908	12'419
Informelle Unterstützung: Betreuung / Hilfe, keine Pflege	152'784	111'773
Total	218'925	156'829

Quelle: SGB 2017. Eigene Auswertung. Hochrechnung basierend auf 543 Personen.

Neben Personen, welche Spitexunterstützung und / oder informelle Unterstützung erhalten, ist für die vorliegende Studie zudem wichtig, wie viele Personen in der Schweiz einen Unterstützungsbedarf haben, aber aktuell keine Unterstützung erhalten. Die SGB erlaubt auch für diese

⁹³ Anhand der erhobenen Daten zur Anzahl Klienten im Jahr bei ausgewählten Spitex-Organisationen mit klar begrenztem Einsatzgebiet konnte anhand der Einwohnerzahl im Gebiet eine Hochrechnung auf die Schweiz vorgenommen werden. Der Mittelwert dieser Hochrechnungen beläuft sich auf rund 300'000 Personen und liegt damit noch höher als der Wert der Spitex-Statistik.

Personengruppe mit ungedecktem Bedarf eine Annäherung: Rund 95'000 Menschen über 65 Jahren haben aufgrund gesundheitlicher Probleme ein subjektives Bedürfnis nach Unterstützung, erhalten aber aktuell weder informelle Unterstützung noch Spitexunterstützung. Gesundheitliche Probleme sind hier definiert als eine mindestens leichte Einschränkung bei einer sogenannten «Aktivität des täglichen Lebens» (z.B. selbstständig essen), bei einer «instrumentellen Aktivität des täglichen Lebens» (z.B. selbstständig einkaufen), eine Behinderung wie Seh- oder Gehbehinderungen oder eine selbstwahrgenommene Einschränkung bei gewöhnlichen Aktivitäten des täglichen Lebens. Die wichtigsten Einschränkungen betreffen die Erledigung schwerer Hausarbeit (Beispiele: Böden reinigen, Fenster putzen), sowie Schwierigkeiten, sich an wichtige Dinge zu erinnern.

Ein weiterer Anhaltspunkt für einen ungedeckten Unterstützungsbedarf – ungeachtet des subjektiven Bedürfnisses – könnte die Anzahl Personen ohne aktuelle Unterstützung, aber mit Einschränkungen sein, da diese auf einen Bedarf hinweisen. Laut SGB beträgt die Anzahl Personen ohne Unterstützung, welche bei mindestens einer «Aktivität des täglichen Lebens» oder «instrumentellen Aktivität des täglichen Lebens» leicht eingeschränkt sind, rund 270'000 Personen. Die Erledigung schwerer Hausarbeit ist für diese Gruppe mit Abstand die wichtigste Einschränkung (circa 80% der Personen sind davon aufgrund eines gesundheitlichen Problems betroffen).

Die Auswertungen der SGB erlauben somit einen ersten Überblick über die Situation älterer Menschen im ambulanten Bereich und die drei interessierenden Gruppen - Personen mit formellen Leistungen, Personen mit ausschliesslich informeller Unterstützung und Personen mit ungedecktem Unterstützungsbedarf. Allerdings zeigten sich beim Abgleich mit der Spitex-Statistik Differenzen, welche nicht vollständig erklärt werden können. Nachfolgend werden für die Berechnungen, sofern möglich, andere Datenquellen verwendet. Wo andere Datenquellen dagegen gänzlich fehlen, werden die Auswertungen der SGB jedoch als Annäherung verwendet.

5.3.2 Personen mit formeller Unterstützung

Mengengerüst

Für das Mengengerüst der Personen mit Spitexunterstützung wird im Folgenden auf die Spitex-Statistik abgestellt. Diese gibt Auskunft über die von der Spitex unterstützten Personen: 2019 erhielten 232'188 Personen ab 65 Jahren Pflegeleistungen der Spitex und 97'016 Personen ab 65 Jahren erhielten Spitexleistungen im Bereich Betreuung und Hilfe. Da es jedoch auch Personen gibt, welche beide Leistungsarten beziehen, entspricht die Anzahl Klient/innen nicht der Summe dieser Zahlen. Aufgrund der fehlenden Einzeldatenerfassung in der Spitex-Statistik ist eine genaue Angabe der Spitexklient/innen in dieser Altersgruppe nicht möglich. Erhoben wird das Total der Klient/innen von 394'444 über alle Leistungen, allerdings ohne Altersdifferenzierung. Annäherungsweise ist davon auszugehen, dass 71% aller Klient/innen⁹⁴ über 65 Jahren sind, dies würde rund **280'000** Personen im Jahr 2019 entsprechen.

Diese rund 280'000 Personen im Jahr beziehen einerseits nicht alle das ganze Jahr über Leistungen und andererseits gibt es darunter Personen, welche Spitex-Leistungen weniger als täglich in

⁹⁴ 71% der erfassten Fälle in der Spitex-Statistik entfallen auf Klient/innen über 65 Jahren. Wir gehen somit von der vereinfachenden Annahme aus, dass sich die Anzahl Fälle unabhängig vom Alter auf die Klient/innen verteilt.

Anspruch nehmen. Daher wird für die weitere Berechnung die Perspektive eines durchschnittlichen Tages eingenommen. Gemäss unseren Berechnungen bewegt sich die Anzahl Klient/innen mit einer Spitexleistung an einem durchschnittlichen Tag bei rund **56'000**.⁹⁵ Hochgerechnet auf das ganze Jahr, resultieren daraus rund **20.3 Mio. «Unterstützungstage»**. Als «Unterstützungstag» zählt somit für jede Person jeder Tag, an welchem sie Leistungen der Spitex im Bereich Pflege, Betreuung und / oder Hilfe erhielt.

Ergänzend zu berücksichtigen sind im ambulanten Bereich Personen, welche zuhause eine intensive Betreuung bis hin zur 24-Stunden-Betreuung erhalten. Vielfach werden solche Dienste durch Pendelmigrant/innen erbracht. BSS ermittelte im Rahmen einer früheren Studie, dass in der Schweiz schätzungsweise 5000 Personen in einem solchen Arrangement betreut werden (Frey et al. 2016).

Eine weitere Unterstützungsform im ambulanten Bereich sind Tages- und Nachtstrukturen. Darunter werden intermediäre Strukturen verstanden, welche sich an unterstützungsbedürftige Personen richten und diese während einzelner Stunden, Tage oder Nächte pflegen, betreuen und versorgen. Tages- und Nachtstrukturen verfolgen i.d.R. das Ziel, unterstützende Angehörige zu entlasten sowie auch den Nutzerinnen den möglichst langen Verbleib zuhause zu ermöglichen (Neukomm et al. 2019). Neben gewissen Aspekten der medizinischen Pflege steht die Betreuung im Fokus dieser Angebote (Alltagsgestaltung, Freizeitaktivitäten). Ein Teil der Kosten für Tages- und Nachtstrukturen kann oft über die Krankenversicherung abgerechnet werden. Abgesehen davon müssen die Nutzer/innen die Kosten selbst tragen, wobei mehrere Kantone die Tarife subventionieren. Als wichtigste zuweisende Stellen wurden in einer Befragung Hausärzte/Hausärztinnen, Spitexdienste sowie Spitäler genannt (Neukomm et al. 2019). Doch wie viele Personen nehmen solche Angebote in Anspruch? In der Samed werden Tages- und Nachtstrukturen in Alters- und Pflegeheimen erfasst. Gemäss Werner et al. (2016) gibt es allerdings auch viele Angebote ausserhalb der stationären Einrichtungen. Daher führten sie eine schweizweite Erhebung zur Identifikation der Tages- und Nachtstrukturen in der Schweiz durch. Gemäss dieser Erhebung stehen für Personen ab 80 Jahren pro 1000 Personen durchschnittlich 8 Tagesplätze und 0.9 Nachtplätze zur Verfügung. Für die Altersgruppe ab 65 Jahren sind es 2 Tagesplätze und 0.3 Nachtplätze pro 1000 Personen. Übertragen wir diese Werte auf die ständige Wohnbevölkerung in der Schweiz (2019), ergibt sich ein Angebot von rund 6700 Tages- und Nachtplätzen in der Schweiz. Gemäss der Samed (2019) verzeichneten die dort erfassten Tages- und Nachtstrukturen pro Platz durchschnittlich 172 Nutzungstage. Unter der Annahme, dass sich dieser Wert auch auf die anderen Tages- und Nachtstrukturen übertragen lässt, schätzen wir damit die Anzahl der Nutzungstage in Tages- und Nachtstrukturen auf rund 1.2 Mio. Die durchschnittliche Anzahl Nutzungstage pro Klient/in liegt gemäss Samed (2019) bei 55 Tagen. Damit würden pro Jahr rund

⁹⁵ Die Kalkulation erfolgte in Anlehnung an die Studie Schneider et al. 2018. Wir verwendeten die neueren Daten aus dem Jahr 2019 und dividieren die geleisteten Spitex-Pflegestunden durch 365 Tage. Dieser Wert wurde durch 0.61 Stunden geteilt, was dem in der genannten Studie verwendeten und von uns validiertem Wert einer durchschnittlichen Einsatzdauer entspricht. Dieser Wert wiederum wurde durch die Anzahl Einsätze pro Tag und Klient/in dividiert. Aufgrund der Erkenntnisse aus den Fachgesprächen verwenden wir hier einen anderen Wert als die genannte Studie: Gemäss unseren Erkenntnissen beläuft sich die Anzahl Einsätze pro Tag und Klient/in auf rund 1.4. Da im vorliegenden Fall nicht ausschliesslich Klient/innen mit Pflegeleistungen betrachtet werden sollen, wurde das ermittelte Verhältnis zwischen Klient/innen im Jahr und am durchschnittlichen Tag auf die Anzahl Klient/innen aller Spitex-Leistungen im Jahr von 280'000 übertragen.

21'000 Personen über 65 Jahren in der Schweiz Tages- und Nachtstrukturen in Anspruch nehmen.

Geleistete Unterstützung

Gemäss der Spitex-Statistik wurden 2019 rund 14.4 Mio. Stunden Pflegeleistungen für Personen ab 65 Jahren geleistet. Hinzu kommen rund 6.3 Mio. Stunden für Leistungen in den Bereichen Betreuung und Hilfe.⁹⁶ Pro Tag und Klient/in entspricht dies durchschnittlich rund 42 Minuten Pflege sowie 19 Minuten (oder 0.31 Stunden) Betreuung und / oder Hilfe.

Für die rund 5000 Personen mit einer 24-Stunden-Betreuung werden bis zu 43.8 Mio. Stunden im Jahr erbracht. Da diese Personen bereits ein umfassendes Betreuungsarrangement in Anspruch nehmen können, ist hier nicht von einem Mehrbedarf an Betreuung auszugehen. Zudem wird die Mehrheit dieser Personen gleichzeitig weitere formelle oder informelle Unterstützung erhalten. Diese Personen sind damit auch eine Teilmenge der in diesem resp. in Kapitel 5.3.3 thematisierten Personengruppen und werden somit bereits in den Berechnungen zu diesen Unterstützungsformen inkludiert. Aus beiden Gründen wird diese Gruppe im nächsten Abschnitt nicht mehr thematisiert.

Auch die rund 21'000 Personen, welche Tages- oder Nachtstrukturen nutzen, werden mehrheitlich gleichzeitig weitere formelle oder informelle Unterstützung erhalten. Ihr allfälliger Mehrbedarf an Betreuung ergibt sich damit bereits aus den Berechnungen für diese Personengruppen. Spezifisch für den Bedarf im Bereich der Tages- und Nachtstrukturen kommt eine 2019 erschienene Studie zum Schluss, dass insgesamt für ältere Menschen ein breites Angebot an Tages- und Nachtstrukturen besteht. Während ein gewisses Verbesserungspotenzial bei der Ausrichtung der Einrichtungen eruiert wurde, besteht gemäss dieser Studie kein Mehrbedarf in diesem Bereich (Neukomm et al. 2019). Daher wird auch diese Personengruppe im Weiteren nicht mehr spezifisch thematisiert.

Mehrbedarf

Detaillierte Erhebung

Anhand der erhobenen Daten und Einschätzungen von vier ausgewählten Spitex-Organisationen wird nachfolgend der Mehrbedarf an Betreuung und Hilfe der Personen, welche heute bereits Spitex-Leistungen beziehen, abgeschätzt.

Die Spitex-Organisationen wurden gebeten für einen Stichtag im Jahr 2019 anzugeben, wie viele Klient/innen sie an diesem Tag betreuten sowie wie viele Stunden Pflegeleistungen (KLV) und wie viele Stunden weitere Leistungen (Nicht-KLV) diese Klient/innen bezogen. Anhand dieser Angaben wurde berechnet, wie viele Stunden Betreuung / Hilfe pro Klient am Stichtag durchschnittlich anfielen. Im Durchschnitt leisten die vier Organisationen aktuell 0.42 Stunden Betreuung und Hilfe pro Person und Tag und damit mehr als der Durchschnitt gemäss der Berechnung

⁹⁶ Kategorien gemäss Spitex-Statistik: «Hauswirtschaft und Sozialbetreuung» sowie «Weitere Leistungen». Die Bedarfsabklärung für diese Leistungen kann, wie die der pflegerischen Leistungen, über die Instrumente von RAI-Home-Care erfolgen. Der dazugehörige Leistungskatalog der Spitex führt beispielsweise für ein Gespräch mit einem Klient/innen ein Zeitbudget von 30 Minuten auf.

basierend auf der Spitex-Statistik (0.31 Stunden). Wiederum gilt es zu beachten, dass der Durchschnittswert über alle Klient/innen gebildet wird und damit beispielsweise auch Personen umfasst, welche am Stichtag lediglich einen kurzen pflegerischen Einsatz ohne Betreuungsleistung in Anspruch nahmen. Zudem ist zu beachten, dass Betreuung und Hilfe wie eingangs von Kapitel 5 bereits erläutert, nicht differenziert werden. Einzelne Spitex-Organisationen wiesen auf Tagesaktivitäten in Gruppen hin, welche viel zur guten Betreuung der Klient/innen beitragen. Beispiele sind Aktivitäten wie Singen oder Basteln in den Räumlichkeiten der Organisation oder auch Spaziergänge in Kleingruppen. Solche Angebote, die eher den Charakter einer Tagesstruktur haben, werden oft für mehrere Stunden (in unserer Erhebung bis zu 12 Stunden pro Tag) in Anspruch genommen. Der Miteinbezug dieser hohen Werte würde den täglichen Durchschnitt bereits geleisteter Betreuung / Hilfe pro Klient/in verzerren, weshalb sie aus der Kalkulation ausgeklammert wurden. Lediglich in einem Fall wurden kurzzeitige Gruppenangebote (rund 1-2 Stunden) aufgenommen. Dabei wurde die von der betreuenden Person investierte Zeit auf die Teilnehmenden verteilt (z.B. 4 Personen mit einer Stunde Gruppenbetreuung: erfasste Zeit=15min pro Person). Gemäss den befragten Spitex-Organisationen findet der Grossteil der geleisteten Betreuungsstunden jedoch in Einzelsettings statt.

Weiter wurden die befragten Organisationen gebeten, einzuschätzen, wie gross der Bedarf ihrer Klient/innen wäre, um eine «gute» Betreuung / Hilfe zu erreichen (ungeachtet der Finanzierung). Zur Einordnung wurden allen Befragten die Handlungsfelder guter Betreuung gemäss dem Wegweiser für eine gute Betreuung (Knöpfel et al. 2020a) aufgezeigt (vgl. Kapitel 2). Alle befragten Fachpersonen waren der Ansicht, dass für eine optimale Betreuung / Hilfe mehr Zeit investiert werden müsste.

Die Spitex-Organisationen wurden gebeten, nach Möglichkeit die Daten nach Alter und Pflegebedürftigkeit zu differenzieren. Entsprechende Auswertungen waren jedoch häufig nicht oder nicht mit verhältnismässigem Aufwand möglich. Aufgrund der lückenhaften Erfassung und angesichts der geringen Fallzahlen wurde auf solche Differenzierungen verzichtet. Im Hinblick auf die Pflegeintensität ist erwähnenswert, dass der Zusammenhang zwischen Pflegebedürftigkeit und Mehrbedarf an formeller Betreuung und Hilfe von befragten Fachpersonen als eher gering eingestuft wurde. Gewichtiger seien andere Faktoren wie das persönliche Umfeld (Partner, Kinder, Nachbarn etc.) sowie aktuelle Lebenssituationen (z.B. Tod eines Angehörigen).

Basierend auf den so erhobenen Daten sowie Daten der Spitex-Statistik kann eine Hochrechnung des Mehrbedarfs erfolgen. Alternativ zur nachfolgend erläuterten Berechnungsmethode kann auch eine weitere Variante angewendet werden. Diese alternative Berechnungsmethode wird zur Validierung durchgeführt und im Anhang erläutert. Sie führt zu Ergebnissen in ähnlichen Grössenordnungen und bestätigt damit die nachfolgende Berechnung.

Die vier befragten Institutionen schätzen den Mehrbedarf an Betreuung und / oder Hilfe pro Tag und Klient/in durchschnittlich auf 0.46 Stunden. Dieser Mehrbedarf pro Tag und Person wird mit der Anzahl Unterstützungstage im Jahr gemäss Spitex-Statistik multipliziert. Wie zu Beginn dieses Kapitels dargelegt (Mengengerüst) handelt es sich dabei um 20.3 Mio. Unterstützungstage. Daraus ergibt sich der jährliche Mehrbedarf ($A * B = C$).

Tabelle 11 Mehrbedarf ambulant formell

	A Mehrbedarf Betreuung / Hilfe Stunden pro Tag und Klient/in	B Anzahl Unterstützungstage pro Jahr (basierend auf Spitex-Statistik)	C Jährlicher Mehrbedarf (Stunden)
Spitex A	0.33	20.3 Mio	7 Mio.
Spitex B	0.84	20.3 Mio	17 Mio.
Spitex C	0.43	20.3 Mio	9 Mio.
Spitex D	0.25	20.3 Mio	5 Mio.
<i>Durchschnitt</i>	<i>0.46</i>	<i>20.3 Mio</i>	<i>9 Mio.</i>

Hinweis: Anzahl Klient/innen am Stichtag: Spitex A 272, Spitex B 30, Spitex C 950, Spitex D 91.

Anhand dieser Berechnung ist von einem jährlichen Mehrbedarf an Betreuung / Hilfe für Personen ab 65 Jahren zwischen 5 und 17 Mio. Stunden auszugehen. Mit der Erfüllung dieses Mehrbedarfs würde jede betreute Person pro Tag im Durchschnitt je nach Schätzung zwischen 15 und 50 Minuten mehr Betreuung / Hilfe in Anspruch nehmen können. Im Schnitt über alle Schätzungen liegt der Mehrbedarf bei rund 30 Minuten.

Der so ermittelte Mehrbedarf ist mit Vorsicht zu interpretieren: Die Berechnung stützt sich auf die Angaben von lediglich vier Organisationen, welche zudem nicht zufällig ausgesucht wurden.

Validierung

Um die ermittelten Ergebnisse besser einordnen zu können, wurde auch für den ambulanten Bereich eine Validierung durchgeführt. Dies einerseits wiederum im Rahmen einer Online-Befragung, andererseits aber auch im Vergleich zur Bedarfseinschätzung von Meier et al. (2020).⁹⁷ *Validierung I Befragung weiterer Spitex-Organisationen:* Im Rahmen der Validierung wurden 32 Spitex-Organisationen zu einer Online-Befragung eingeladen.⁹⁸ 9 Organisationen füllten die Befragung aus. Zunächst wurden die Organisationen nach den aktuell bereits geleisteten Stunden Betreuung und Hilfe (nicht-KLV) gefragt. Dies sind bei den 9 Organisationen durchschnittlich aktuell 0.33 Stunden Betreuung und Hilfe pro Tag und Person – dies ist weniger als bei vier Organisationen in der vertieften Erhebung, entspricht aber in etwa dem Durchschnitt gemäss den Berechnungen basierend auf der Spitex-Statistik (0.31 Stunden).

Weiter wurden die Spitex-Organisationen gefragt, ob sie einen Mehrbedarf an Betreuung / Hilfe bei ihren Klient/innen sehen. Wurde dies bejaht, wurden sie ferner gefragt, ob der aus der Erhebung hervorgegangene Mehrbedarf von rund einer halben Stunde pro Tag (resp. 3.5 Stunden pro Woche) aus ihrer Sicht plausibel erscheint. Wurde das verneint, konnten die Befragten ihre Einschätzung des Mehrbedarfs angeben. Die Validierung ergab folgendes Ergebnis (9 Antworten):

- 2 Spitex-Organisationen sehen keinen Mehrbedarf an Betreuung / Hilfe

⁹⁷ Siehe zur Studie Meier et al. 2020 auch Kapitel 3.

⁹⁸ Spitex Schweiz unterstützte die Befragung und erarbeitete einen Vorschlag der zu kontaktierenden Organisationen, wobei darauf geachtet wurde, eine möglichst hohe Diversität abzubilden in Bezug auf Region (inkl. Urbanität) und Grösse der Organisation. Ausgefüllt wurde die Befragung von der Geschäftsleitung oder der Leitung der Pflege- und Betreuungsdienste.

- 7 Spitex-Organisationen sehen einen Mehrbedarf an Betreuung / Hilfe
 - 4 erachten 0.5 Stunde pro Tag als plausibel
 - 3 erachten dies als zu viel (Schätzung Mehrbedarf: zwischen 0.5 und 1 Stunden pro Woche, im Durchschnitt 0.12 Stunden pro Tag.)

Es wird somit deutlich, dass die in der ersten Erhebung gewonnenen Erkenntnisse tendenziell als zu hoch eingeschätzt wurden: 5 Organisationen sehen keinen oder einen geringeren Mehrbedarf, 4 Organisationen schätzen die ersten Erkenntnisse als plausibel ein und keine Stimmen sehen einen höheren Mehrbedarf. Wird ein Durchschnitt über alle erhobenen Einschätzungen gebildet, resultiert ein durchschnittlicher Mehrbedarf von 0.32 Stunden pro Tag und Klient/in.⁹⁹ Damit würde in etwa eine Verdoppelung der heutigen Leistungen im Bereich der Betreuung und Hilfe als angemessen erachtet: Von heute knapp 20 Minuten auf knapp 40 Minuten pro Person und Tag.

Validierung II Studie Meier et al. (2020): Für den ambulanten Bereich können unsere Ergebnisse zudem der Bedarfseinschätzung von Meier et al. (2020) gegenübergestellt werden. Im Durchschnitt über alle Falltypen ermittelt die Studie einen Bedarf von rund einer halben Stunde pro Tag (0.52).¹⁰⁰ Dabei handelt es sich nicht um den Mehrbedarf, sondern den gesamten Bedarf an Hilfe und Betreuung. Das Optimum an Betreuung und Hilfe pro Tag und Person liegt nach unserer Erhebung bei rund 0.8 Stunden¹⁰¹ und damit höher als bei Meier et al. (2020). Dies mag einerseits darauf zurückzuführen sein, dass Meier et al. (2020) Personen ab 63 Jahren berücksichtigen und damit zusätzlich eine Gruppe mit tendenziell geringerem Bedarf und andererseits, dass auch Personen berücksichtigt werden, welche aktuell keine formelle Unterstützung beziehen. Bei Personen ohne formelle Unterstützung wird der Bedarf tendenziell geringer ausfallen als bei Personen, welche aktuell bereits formelle Unterstützung beziehen. Die Unterschiede der beiden Einschätzungen können somit bis zu einem gewissen Grad erklärt werden. Dennoch deuten sie darauf hin, dass unsere Schätzung den Mehrbedarf tendenziell eher überschätzt. Würde das Optimum an Betreuung / Hilfe mit Durchschnitt des Mehrbedarfs gemäss der Validierung (0.32 Stunden) berechnet, läge der Wert mit 0.63 Stunden pro Tag und Person nur noch leicht über dem in Meier et al. (2020) ermittelten Wert.

Fazit Validierung

Beide Validierungen deuten darauf hin, dass der Mehrbedarf in unserer Erhebung tendenziell überschätzt wurde. Gemäss dem über alle Einschätzungen gemittelten Mehrbedarf von 0.32 Stunden pro Tag und Klient/in entspricht der jährliche Mehrbedarf rund 7 Mio. Stunden. Dieser Wert liegt im unteren Bereich der zunächst ausgewiesenen Bandbreite von 5 bis 17 Mio. Stunden. Wir nehmen daher in Folge der Validierung eine Korrektur der zunächst ermittelten Bandbreite vor. Dafür konzentrieren wir uns auf die Mitte der insgesamt 13 Einschätzungen, d.h. sowohl die drei tiefsten als auch die drei höchsten Schätzungen werden nicht berücksichtigt. Damit reicht die

⁹⁹ Insgesamt 13 Einschätzungen. Kein Mehrbedarf wurde als 0 miteinberechnet, die Bestätigung der ersten Ergebnisse in der Validierung mit 0.5. Der Median liegt bei 0.33.

¹⁰⁰ Für die Berechnung wurde der Bedarf der verschiedenen Leistungsarten pro Falltyp addiert und am Ende ein Durchschnitt über alle Falltypen ermittelt. Dieser resultiert in 15.7 Stunden pro Monat, was rund einer halben Stunde pro Tag entspricht.

¹⁰¹ Im Durchschnitt werden aktuell 0.31 Stunden Betreuung / Hilfe pro Person und Tag geleistet (Berechnung basierend auf der Spitex-Statistik). Der Mehrbedarf wurde in der vertieften Erhebung auf rund 0.5 Stunden eingeschätzt. Das Optimum entspricht somit rund 0.8 Stunden pro Tag.

Bandbreite des Mehrbedarfs pro Klient/in und Tag von 0.14 bis 0.5 Stunden (d.h. 8 bis 30 Minuten). Hochgerechnet auf das Jahr resultiert daraus ein Mehrbedarf von **3 bis 10 Mio. Stunden**.

Mit Erfüllung dieses Mehrbedarfs würde die pro Klient/in und Unterstützungstag insgesamt bezogene Leistung zwischen 0.45 und 0.81 Stunden liegen. Oder anders gesagt: Jede Person mit formeller Unterstützung würde neu insgesamt pro Unterstützungstag rund 30 bis 50 Minuten Betreuung und Hilfe erhalten. Zum Vergleich: Damit läge die Betreuung in etwa in einer ähnlichen Größenordnung wie die Pflege: Dort sind es aktuell rund 42 Minuten pro Tag und Klient/in. Dabei ist erneut zu betonen, dass es sich um einen durchschnittlichen Wert handelt: Eine Person, welche lediglich einen kurzen medizinischen Einsatz benötigt, fließt dabei ebenso ein wie eine Person mit hohem Bedarf an Betreuung und Hilfe.

Es fällt auf, dass der erhobene Mehrbedarf an Betreuung und Hilfe im ambulanten Bereich deutlich tiefer ausfällt als im stationären Bereich (eine Stunde pro Tag und Klient/in, siehe Kapitel 5.2). Neben dem effektiven Unterschied im Mehrbedarf könnten auch andere Gründe potentiell einen Einfluss auf die unterschiedlichen Einschätzungen haben. Denkbar wäre, dass Betreuung im stationären Bereich eher bereits ein diskutiertes Thema ist, während im ambulanten Bereich das Bewusstsein für diesen Bedarf erst noch geschärft werden muss. Zudem könnte die Erwartungshaltung gegenüber unterstützenden Angehörigen eine Rolle spielen: Diese übernehmen v.a. im ambulanten Bereich vielfach Betreuungsdienste, so dass sich aus Sicht der befragten Fachpersonen kein Mehrbedarf zeigt. Neben diesen möglichen inhaltlichen Gründen für den Unterschied, über welche allerdings lediglich spekuliert werden kann, ist auch die Berechnungsweise zu berücksichtigen: Für sämtliche Berechnungen verwenden wir den Durchschnitt des Bedarfs. Im ambulanten Bereich ist davon auszugehen, dass ein signifikanter Teil der berücksichtigten Personen lediglich einen geringen oder gar keinen Bedarf an Betreuung und Hilfe hat. Dies wirkt sich in einem vergleichsweise tiefen Durchschnitt des Mehrbedarfs aus. Im stationären Bereich hingegen ist der Anteil der Personen ohne Betreuungsbedarf vermutlich gering und entsprechend der Durchschnitt des Mehrbedarfs eher hoch.

Exkurs: Fallbeispiele Spitex-Betreuung

Zur Veranschaulichung der bereits geleisteten und der als ideal erachteten Betreuung werden im nachfolgenden Exkurs zwei Fallbeispiele der befragten Spitex-Organisationen dargestellt. Zwei weitere Fallbeispiele für den ambulanten Bereich sind im Anhang aufgeführt.

Fallbeispiel 1 (Spitex C): Die über 80-jährige Kundin lebte mit dem Ehemann zusammen, der kürzlich verstorben ist. Sohn und Tochter sind aktiv und in der Betreuung vor allem im administrativen und organisatorischen Bereich involviert. Durch diverse Erkrankungen der Kundin wie multifaktorielle Gangstörung, Prädiabetes, Adipositas und Lungenembolien ist die Kundin motorisch und auch bei der Atmung eingeschränkt. Sie leidet unter Oberbauchschmerzen, was eine zusätzliche Schmerztherapie erforderlich macht. An den Unterschenkeln hat sie kleine Hautläsionen. Für das Verlassen der Wohnung benötigt die Kundin einen Rollator als Gehhilfe. Ihre Einschränkungen und das komplexe Therapiemanagement (Schmerzen) erfordern eine externe Unterstützung. Eine kognitive Einschränkung ist nicht bekannt. Die Kundin war in den letzten 2 Jahren mehrfach hospitalisiert.

Die Kundin bezieht Spitexleistungen in der Grundpflege (Körperpflege und Kompressionsstrümpfe), Behandlungspflege (Verbandswechsel und Medikamentenmanagement), Koordination (Hausarzt, Apotheke und Spital) und Hauswirtschaft und Betreuung (Reinigung und Einkauf). Wöchentlich erhält die Kundin ca. 350 Minuten KLV-Leistungen was einen durchschnittlichen täglichen Bedarf von rund 50 Minuten bedeutet. Unterteilt ist dies im Durchschnitt wie folgt: 35 Minuten Grundpflege, 10 Minuten Behandlungspflege, 5 Minuten Koordination. Nicht KLV-Leistungen 3 Stunden wöchentlich: Einkauf 1,5 Stunden und 1,5 Stunden Wohnungsreinigung.

Weiterer Bedarf: Die Kundin ist vor allem körperlich eingeschränkt und muss den Tod ihres Ehemannes verkraften. Ein Betreuungsangebot wie z.B. kurze Spaziergänge 2x / Woche wären sinnvoll. Nach Wunsch der Kundin evtl. auch soziale Kontakte wie Gespräche und Begleitung zu Kaffee-Runden. Es gibt einen Bedarf an Verstärkung der koordinierten Versorgung mit dem Hausarzt, um präventiv einen «Drehtüreffekt» zu verhindern. Wichtig wäre zudem eine vertiefte Beratung von den Angehörigen und der Kundin im Sinne einer vorausschauenden Planung. Insgesamt wird der zusätzliche Betreuungsbedarf auf rund 4 Std. pro Woche geschätzt.

Fallbeispiel 2 (Spitex B): Die Person ist über 90 Jahre alt und möchte unbedingt zuhause wohnen bleiben. Während sie einige alltägliche Aktivitäten noch selbst erledigen kann, ist sie aber bei einigen Dingen auf Unterstützung angewiesen. Mit dem Setting aus Spitex-Leistungen sowohl im Bereich Pflege als auch im Bereich Betreuung kann die Person gut zuhause leben und freut sich stets, wenn jemand vorbeikommt. Durch die regelmässigen Besuche und Ausflüge mit Begleitung kann zudem der Vereinsamung vorgebeugt werden. Aufgrund von verschiedenen gesundheitlichen Einschränkungen wird die Person zweimal täglich vom Spitex Pflegedienst besucht. Morgens jeweils für rund 20 Minuten, abends kurz für 10 Minuten. In dieser Zeit werden insbesondere die Medikamente verabreicht und kleinere Tätigkeiten, wie die Post aus dem Briefkasten holen, erledigt. Die regelmässigen Besuche unterstützen gleichzeitig das Sicherheitsbedürfnis der Person und das ihrer Angehörigen. Die Person ist etwas eigen und manchmal nicht in der Lage, sich adäquat zu verhalten. Entsprechend ist es wichtig, sich im Rahmen der Betreuung individuell auf die Person einzulassen und den gemeinsamen Umgang zu entwickeln. Die Betreuung durch die Spitex findet 2- bis 3-mal in der Woche statt, jeweils für 2 bis 3 Stunden. Folgende Aktivitäten gehören je nach Tag und Situation zum Betreuungsetting dieser Person:

- mehrmalig ein Glas frisches Wasser anbieten (Flüssigkeitsaufnahme gewährleistet)
- Essenvorräte kontrollieren – bei Bedarf mit Klient einkaufen gehen
- Begleitung zu Terminen (Friseur und Arzt)
- Aus der Zeitung/ Märchen vorlesen
- mit Rollator gemeinsam spazieren gehen
- zuhören, Zeit haben
- Jassen
- Zeit im Garten verbringen
- Ausflug mit dem Auto machen
- Wäsche ggf. waschen, aufhängen und gemeinsam zusammenlegen
- Evtl. Abendessen besprechen

Angehörige sind im administrativen Bereich in die Betreuung involviert. Das Optimum wären aus Sicht der Spitex regelmässig 4 Betreuungseinsätze (à 2-3 Stunden) pro Woche. Dabei ginge es in erster Linie darum, noch mehr der oben aufgeführten Aktivitäten machen zu können.

5.3.3 Personen mit nur informeller Unterstützung

Mengengerüst

Gemäss den Auswertungen der SGB (siehe Kapitel 5.3.1) haben rund 219'000 Personen ab 65 Jahren in den letzten zwölf Monaten informelle Unterstützung bezogen. Knapp drei Viertel davon, nämlich rund 157'000, bezogen dabei ausschliesslich informelle Unterstützung und keine ergänzende Spitex-Leistungen. Da Personen mit Spitex-Leistungen bereits im vorangehenden Kapitel thematisiert wurden, wird im Weiteren auf die 157'000 Personen mit informeller, aber ohne formelle Unterstützung abgestellt. Während 91'000 dieser Personen mehrmals pro Woche informelle Unterstützung erhalten, liegt die Intensität der informellen Unterstützung bei den restlichen 66'000 bei einmal pro Woche oder weniger. An dieser Stelle ist noch darauf hinzuweisen, dass die informelle Unterstützung im Bereich Betreuung / Hilfe in der SGB möglicherweise unterschätzt wird: Gerade Betreuungsleistungen im Bereich der sozialen Teilhabe und der Alltagsaktivitäten werden – sofern sie von Angehörigen und Freunden erbracht werden – vielleicht weniger als Unterstützungsleistung, sondern vielmehr als gemeinsame Aktivität angesehen und entsprechend möglicherweise in der Befragung nicht erwähnt.¹⁰²

Geleistete Unterstützung

Freiwillige übernehmen einen wichtigen Teil der Unterstützung von älteren Menschen in der Schweiz. Gemäss der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) wurden 2016 in der Schweiz rund 40 Mio. Stunden informelle Freiwilligenarbeit im Bereich der Pflege und Betreuung von Erwachsenen ausserhalb des Haushaltes geleistet. Hinzu kommen 178 Mio. Stunden für andere Dienstleistungen, welche auch Hilfestellungen wie Einkaufen umfassen können. Die Bedeutung der informellen Unterstützung verdeutlicht auch der Freiwilligen-Monitor (Lamprecht et al. 2020): 10% der Bevölkerung engagieren sich informell freiwillig für die Betreuung, Pflege und Hilfe von Senior/innen und Betagten. Bei 4% handelt es sich dabei um die Unterstützung von nichtverwandten Personen.

Neben der informellen Freiwilligenhilfe ist auch die institutionalisierte Freiwilligenhilfe zu berücksichtigen. So bieten verschiedene kleinere und grössere zumeist nicht-gewinnorientierte Organisationen Besuchs- und Begleitdienste sowie vielfältige Freizeitangebote sowie Beratung an. Vielfach werden solche Angebote erst dank dem Einsatz von Freiwilligen möglich. Beispielsweise leisteten Freiwillige und Mitarbeitende des Schweizerischen Roten Kreuzes 2019 rund 260'000

¹⁰² Zudem ist denkbar, dass der Anteil der unterstützten Personen an der Gesamtbevölkerung seit 2017 anstieg, was ebenfalls zu einer Unterschätzung beitragen würde.

Stunden für die Entlastung von unterstützenden Angehörigen.¹⁰³ Bei Pro Senectute leisteten 2019 18'400 Freiwillige 1.6 Mio. Einsätze für Seniorinnen und Senioren.¹⁰⁴

Diese Angaben geben Hinweise auf das grosse Volumen der Freiwilligenarbeit, ohne sie ganz zu erfassen. Von den geleisteten Stunden der Freiwilligenarbeit profitieren potentiell alle bisher beschriebenen Gruppen älterer Personen, also auch Personen in stationären Einrichtungen sowie Personen mit Spitexunterstützung. So gaben die Fachpersonen der Spitex-Organisationen in den Gesprächen an, dass Angehörige, Nachbarn und Freunde Betreuung und Hilfe im mindestens gleichen Umfang wie die Spitex leisten, teilweise sogar deutlich mehr.

Für die nachfolgenden Berechnungen legen wir den Fokus auf den Bedarf an formeller Unterstützung und werden die von Freiwilligen geleisteten Stunden entsprechend nicht miteinbeziehen. In diesem Zusammenhang gilt es zu erwähnen, dass es durch eine ausgebaut formelle Unterstützung auch zu einer Entlastung von unterstützenden Angehörigen kommen kann, was ebenfalls zur Verbesserung der Situation älterer Menschen beiträgt. Hingegen ist davon auszugehen, dass viele Freiwillige auch weiterhin Unterstützung leisten werden und entsprechend mit zusätzlicher formeller Betreuung und Hilfe die Anzahl der Unterstützungsstunden insgesamt steigt.

Mehrbedarf

Wie vorangehend darlegt beziehen pro Jahr 157'000 Personen informelle Unterstützung ohne formelle Leistungen zu beziehen. Es stellt sich die Frage, welcher Anteil dieser Personen einen Bedarf an zusätzlicher Betreuung und Hilfe hat und wie gross dieser zusätzliche Bedarf ist. Es sind vielfältige Situationen denkbar, in denen keine zusätzliche Unterstützung notwendig ist, da der Bedarf mit der informellen Unterstützung vollständig abgedeckt werden kann. Ein Beispiel dafür wäre die gelegentliche Hilfe von Angehörigen bei schweren Hausarbeiten wie Gartenarbeiten oder Fensterputzen, während alle anderen Alltagsaktivitäten gut eigenständig erledigt werden können. Annäherungsweise kann uns die Intensität der informellen Unterstützung zur Einschätzung des Bedarfs helfen: 91'000 Personen beziehen mehrmals pro Woche informelle Unterstützung. Diese doch eher hohe Intensität der informellen Unterstützung deutet darauf hin, dass in diesen Fällen ein eher hoher Bedarf an Unterstützung gegeben ist. Wir treffen daher die Annahme, dass dieser Personenkreis einen Bedarf an zusätzlicher formeller Betreuung und / oder Hilfe hätte. Unklar bleibt, wie lange diese Phase des Bedarfs durchschnittlich innerhalb des Jahres ist. Mangels anderer Hinweise stützen wir uns auf die Angabe der Regelmässigkeit in der SGB: Von 91'000 Personen, die mehrmals pro Woche informelle Unterstützung beziehen, geben 49'000 an, dass dies eine regelmässige Unterstützung war. Für diese Personengruppe ist davon auszugehen, dass die Phase des Leistungsbezugs vergleichsweise lang ist. Mangels genaueren Informationen gehen wir im Weiteren von der Annahme aus, dass zu jedem Zeitpunkt im Jahr 49'000 Personen intensive informelle Unterstützung beziehen und einen Bedarf an zusätzlicher formeller Unterstützung haben.

Da bereits ein Teil des Bedarfs durch die informelle Unterstützung abgedeckt ist und zudem die Situation bisher auch ohne formelle Unterstützung tragbar war, gehen wir von einem nicht sehr ausgeprägten Bedarf an formeller Unterstützung aus. Als Annäherung nehmen wir an, dass

¹⁰³ <https://report.redcross.ch/de/editorial-und-kennzahlen/>

¹⁰⁴ Leistungsbericht 2019: <https://www.prosenectute.ch/de/ueber-uns/gesamtorganisation/leistungsbericht.html>

durchschnittlich ein bis zwei Einsätze pro Woche ausreichend wären, um den Bedarf an Betreuung und Hilfe zu decken. Daraus ergeben sich im Durchschnitt 1.5 Einsätze pro Woche und Klient/in. Dies entspricht 10'500 Einsätzen an einem durchschnittlichen Tag. Hochgerechnet auf ein ganzes Jahr sind es rund 3.8 Mio. Einsätze resp. Unterstützungstage.

Weiter treffen wir die Annahme, dass die optimale Betreuungszeit (inkl. Hilfe) pro Tag und Klient/in gleich gross ist wie bei Personen, welche aktuell bereits Spitexunterstützung beziehen. Dies erscheint insbesondere angesichts der in der Berechnung geringeren Einsatzhäufigkeit pro Woche gerechtfertigt. Gemäss den Einschätzungen der befragten Fachpersonen der Spitex-Organisationen (siehe Kapitel 5.3.2) und der Validierung liegt die optimale Betreuungszeit (inkl. Hilfe) pro Tag und Klient/in zwischen 0.45 und 0.81 Stunden. Für jene Personen, die aktuell ausschliesslich informelle Unterstützung beziehen, würde daraus ein Bedarf von **2 bis 3 Mio. Stunden** pro Jahr resultieren. Da aktuell keine formelle Unterstützung geleistet wird, handelt es sich dabei vollständig um Mehrbedarf.

5.3.4 Personen mit ungedecktem Bedarf

Mengengerüst

Wie die Auswertungen der SGB (siehe Kapitel 5.3.1) gezeigt haben, ist davon auszugehen, dass rund 95'000 Personen in der Schweiz aktuell keine Unterstützung erhalten (informell oder formell), aber aufgrund gesundheitlicher Probleme ein subjektives Bedürfnis nach Unterstützung äussern. Der Begriff der gesundheitlichen Probleme ist dabei weit gefasst und umfasst auch Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens wie Fenster putzen oder Schwierigkeiten, sich an wichtige Dinge zu erinnern. Erfasst wird somit das gesamte Spektrum der Fragilität im Alter und nicht nur gesundheitliche Einschränkungen, welche mit einer Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen sind. Bei der Befragung des subjektiven Bedürfnisses handelt es sich um eine Momentaufnahme, das heisst, es ist keine Jahresperspektive. Da sich über das Jahr betrachtet nicht stets die gleichen 95'000 Personen in diesem Zustand befinden, ist davon auszugehen, dass die Summe der im Jahr betroffenen Personen grösser ist. Aufgrund fehlender Informationen kann sie jedoch nicht eingeschätzt werden. Dennoch ist die Momentaufnahme der SGB auch nicht mit der Stichtagsbetrachtung gleichzusetzen, da es u.E. unwahrscheinlich ist, dass alle Personen zwingend am konkreten Tag Unterstützung benötigen. So wäre denkbar, dass den Bedürfnissen dieser Personen bereits mit 1 oder 2 Einsätzen pro Woche entsprochen werden kann.

Über alle drei identifizierten Gruppen im ambulanten Bereich erreichen wir damit ein Mengengerüst von mindestens 466'000 Personen ab 65 Jahren im Jahr. Eine vergleichbare Grössenordnung weisen Meier et al. (2020) aus: Sie schätzen, dass rund 660'000 Personen ab 63 Jahren in der Schweiz einen Betreuungsbedarf haben. Diese höhere Anzahl ist einerseits darauf zurückzuführen, dass zwei zusätzliche Altersjahre beachtet wurden und andererseits darauf, dass auch Personen berücksichtigt wurden, die keinerlei gesundheitliche Einschränkungen haben. Diese bei uns nicht berücksichtigte Gruppe macht mit rund 160'000 Personen einen grossen Anteil des Mengengerüsts bei Meier et al. (2020) aus.

Mehrbedarf

Aufgrund der zumindest leichten gesundheitlichen Einschränkung und dem subjektiv geäusserten Bedürfnis nach Unterstützung gehen wir davon aus, dass auch objektiv ein Bedarf gegeben

ist. Diese Annahme wird nicht bei allen 95'000 Personen zutreffend sein, jedoch wird es auch unter jenen Personen, welche der Meinung sind, dass sie keine Unterstützung brauchen, einige geben, welche objektiv beurteilt einen Bedarf hätten. Als Annäherung erachten wir daher die Anzahl von 95'000 als plausibel. Wie bei der Gruppe der Personen mit informeller Unterstützung gehen wir davon aus, dass der vorhandene Bedarf meistens nicht sehr ausgeprägt ist, da ansonsten bereits ein Betreuungssetting arrangiert worden wäre. Entsprechend gehen wir wiederum von durchschnittlich ein bis zwei Einsätzen pro Woche aus, im Mittel folglich 1.5. An einem durchschnittlichen Tag würden daraus rund **20'400** Einsätze resultieren. Im Jahr entspricht dies rund 7.4 Mio. Einsätzen resp. Unterstützungstagen.

Gemäss den Einschätzungen der befragten Fachpersonen der Spitex-Organisationen (siehe Kapitel 5.3.2) und der Validierung liegt die optimale Betreuungszeit (inkl. Hilfe) pro Tag und Klient/in zwischen 0.45 und 0.81 Stunden. Diese Einschätzungen übertragen wir auch auf die Personen mit ungedecktem Bedarf. Daraus würde ein Bedarf, resp. Mehrbedarf, von **3 Mio. bis 6 Mio. Stunden** im Jahr resultieren.

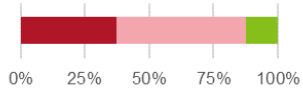
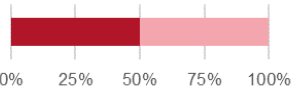
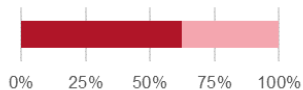
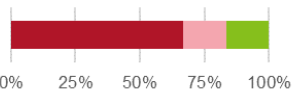
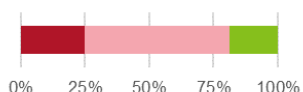
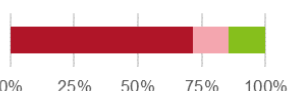
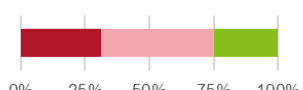
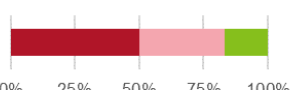
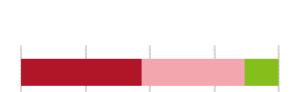
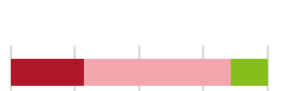
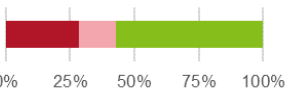
5.4 Art des Mehrbedarfs

Die Online-Befragungen zur Validierung der erhobenen Einschätzungen zum Mehrbedarf wurden genutzt, um mehr Informationen zur Art des Mehrbedarfs zu erhalten. Die teilnehmenden ambulanten und stationären Institutionen wurden – sofern sie angaben, dass ein Mehrbedarf besteht – gefragt, in welchen Handlungsfeldern der Betreuung sie den Mehrbedarf sehen.¹⁰⁵

In beiden Bereichen wird ein hoher Mehrbedarf bei der sinngebenden Alltagsgestaltung gesehen. Im stationären Bereich ist weiter die Betreuung in Pflegesituationen ein Feld mit oft genanntem grossem Mehrbedarf. Dies deutet darauf hin, dass Pflegefachpersonen aufgrund des Zeitdrucks bei der Erbringung der Pflegeleistungen regelmässig nicht die Betreuungstätigkeiten leisten können, welche sie der Situation als angemessen empfinden würden. Im ambulanten Bereich dagegen ist die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ein Bereich mit sehr stark ausgeprägtem Mehrbedarf, gefolgt von der Selbstsorge.

¹⁰⁵ Die Handlungsfelder wurden übernommen aus Knöpfel et al. (2020a), siehe dazu auch Kapitel 2.

Tabelle 12 Art des Mehrbedarfs

Handlungsfeld	stationär	ambulant
Selbstsorge z.B.: Selbständigkeit und individuelle Selbstsorge unterstützen, Unterstützung bei der Lösung von Problemen und bei der Bewältigung von schwierigen Lebensereignissen geben		
Sinngebende Alltagsgestaltung z.B.: Möglichkeit geben, um sich sinnvoll im Alltag zu betätigen und seinen Interessen individuell nachgehen zu können, schöpferisches Tun und Lernen ermöglichen		
Teilnahme am gesellschaftlichen Leben z.B.: Kontakte zu Angehörigen, Nachbarn und Freunden erhalten und fördern, fehlendes soziales Umfeld und mangelnde Teilhabe und Isolation erkennen und beheben		
Beratung und (Alltags-)Koordination z.B.: Zugang zu Angeboten aufzeigen, Unterstützung bei der Alltagskoordination, Entlastung der Angehörigen und der verschiedenen involvierten Dienste		
Betreuung in Pflegesituationen z.B.: Anteilnahme und sorgende Zuwendung im Rahmen der Behandlung, präventive gesundheitsfördernde Massnahmen (z. B. physische Aktivitäten, Förderung der Sicherheit, Wissensvermittlung über Bewegung, Ernährung, Sturzprophylaxen)		
Betreuung bei der Haushaltsführung ¹⁰⁶ z.B.: Haushaltsaufgaben (Einkaufen, Kochen, Reinigung, Wäsche, etc.) übernehmen/gemeinsam erledigen, Unterstützung bei kleinen administrativen Aufgaben leisten	-	

Legende: ■ = grosser Mehrbedarf, □ = kleiner Mehrbedarf, □ = kein Mehrbedarf

Quelle: Validierungsbefragung. Anzahl Antworten stationärer Bereich: 16. Anzahl Antworten ambulanten Bereich: Je nach Handlungsfeld 6 oder 7. Diese Frage wurde lediglich Personen gestellt, welche angaben, dass insgesamt ein Mehrbedarf besteht.

Dieses Ergebnis für den ambulanten Bereich deckt sich auch mit den Erkenntnissen von Meier et al. (2020): Den grössten Bedarf an Betreuungsleistungen ermitteln sie im Bereich «Soziale Aktivität», gefolgt von «Sport ausser Haus».

5.5 Zwischenfazit zur Einschätzung des Mehrbedarfs

Die in den vorangehenden Kapiteln ermittelten Einschätzungen zum Mehrbedarf an Betreuung und Hilfe der Bevölkerung ab 65 Jahren werden in Tabelle 13 zusammengefasst. Wie bereits erwähnt, ist zu berücksichtigen, dass sich die Berechnung einerseits auf die Einschätzung weniger Fachpersonen stützt und zudem auf diversen Annahmen basiert. Die Ergebnisse sind folglich als Annäherung an die Grössenordnung des Mehrbedarfs zu verstehen und entsprechend zu interpretieren.

¹⁰⁶ Das Handlungsfeld «Betreuung bei der Haushaltsführung» wurde für den stationären Bereich nicht erfragt, da Betreuung in diesem Handlungsfeld in stationären Einrichtungen eine untergeordnete Rolle spielt (siehe auch das Phasenmodell der Betreuung in Kapitel 2).

Tabelle 13 Übersicht Einschätzung Mehrbedarf

	Anzahl Personen an einem Stichtag	Anzahl Personen im Jahr	Anzahl Stunden Mehrbedarf Betreuung / Hilfe pro Jahr
Personen in stationären Einrichtungen	85'900	157'000	6 Mio. bis 9 Mio.
Ambulant: Personen mit formeller Unterstützung	56'000	280'000	3 Mio. bis 10 Mio.
Ambulant: Personen mit nur informeller Unterstützung	10'500	91'000	2 Mio. bis 3 Mio.
Ambulant: Personen mit ungedecktem Bedarf	20'400	>95'000	3 Mio. bis 6 Mio.
Total	172'800	>623'000	14 Mio. bis 28 Mio.

Mit Blick auf die Anzahl Personen pro Jahr muss erneut betont werden, dass es sich um eine durchschnittliche Betrachtung handelt. 623'000 Personen entspricht rund 40% der Bevölkerung ab 65 Jahren. Nicht alle diese Personen haben einen Mehrbedarf an Betreuung und Hilfe. Für alle diese potenziell betroffenen Personen ergibt sich aber insgesamt ein Mehrbedarf in einer Bandbreite von 14 bis 28 Mio. Stunden pro Jahr. Diese Abschätzung bezieht sich dabei auf die aktuelle Situation: Zukünftig wird sich der jährliche Mehrbedarf an Betreuung aufgrund der demografischen Entwicklungen noch erhöhen (siehe Kapitel 7).

Neben den bisher aufgeführten quantitativen Angaben aus der Erhebung wurden in den Fachgesprächen diverse weitere Aspekte der Unterstützung thematisiert. Zentrale qualitative Erkenntnisse werden im nachfolgenden Exkurs diskutiert.

Qualitative Erkenntnisse der Fachgespräche

Grundsätzlich waren viele der Befragten der Ansicht, dass die Handlungsfelder guter Betreuung gemäss dem Wegweiser für eine gute Betreuung (Knöpfel et al. 2020a) seitens ihrer Organisation berücksichtigt werden, allerdings vielfach nicht vollumfänglich. So wird beispielsweise Hilfe im Bereich des Haushaltes häufig ohne die Mitwirkung der Senior/innen durchgeführt. Weiter wird insbesondere in den Bereichen der sozialen Teilhabe und der psychosozialen Begleitung ein deutlicher Mehrbedarf gesehen. Entsprechende Aspekte seien zwar in den letzten Jahren vermehrt in den Fokus gerückt, was sich auch darin zeigt, dass das Personal häufiger Aktivierungsfachpersonen, Sozialpädagog/innen oder ähnliche Berufsgruppen umfasst. Dennoch wird weiterhin ein grosser Handlungsbedarf gesehen. Allerdings wird auch betont, dass nicht alle betreuten Senior/innen einen solchen Bedarf haben. Einige Personen brauchen beispielsweise effektiv ausschliesslich jemanden, der sie beim Haushalt unterstützt, während soziale Aspekte ausreichend über das Umfeld und Aktivitäten mit Personen aus dem sozialen Umfeld abgedeckt sind. Am anderen Ende des Spektrums sind mobilitätseingeschränkte Personen, die im urbanen Raum alleine in einer Wohnung ohne Lift wohnen und kaum soziale Kontakte haben.

Mehrfach wurde für den ambulanten Bereich der enge Zusammenhang zwischen Pflege, Betreuung und Hilfe betont. Bei Pflegeleistungen sei die Zeitspanne i.d.R. kurz bemessen, so dass für psychosoziale Komponenten keine Zeit bleibt. Im Rahmen der Hilfe befindet sich die ausführende Person hingegen länger im Haushalt, was automatisch zu einem gewissen Mass an sozialem Kontakt führt. Dieser sollte gemäss den Fachpersonen noch weiter ausgebaut und dabei stets eine möglichst ganzheitliche Betrachtung der Unterstützung durch Pflege, Betreuung und Hilfe anvisiert werden.

Weitere Unterstützung im Bereich der Betreuung wird in erster Linie im Bereich der psychosozialen Begleitung gesehen: Es brauche Zeit, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, sich beispielsweise die Sorgen der betreuten Person anzuhören oder einfach ein Alltagsgespräch zu führen. Ein weiterer Bedarf wird in der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben geortet. Dabei geht es darum, zu Veranstaltungen oder Aktivitäten ausser Haus begleitet werden zu können, welche sich die Person alleine nicht mehr zutraut. Ein weiteres wichtiges Element der Betreuung ist die Koordination zwischen involvierten Angehörigen, Betreuenden und weiteren Personen, wie beispielsweise Ärzte. Durch eine gute Koordination und Beratung kann das Betreuungssetting besser abgestimmt und damit stabiler ausgestaltet werden. Dadurch können u.U. gar Hospitalisierungen vermieden werden. Auch die Förderung von Ressourcen wurde als wichtiger Bestandteil der Betreuung erachtet: Beispielsweise kann durch regelmässige kurze Spaziergänge mit dem Rollator die Mobilität der betreuten Person gefördert werden, so dass diese bestehende Ressource nicht verschwindet.

Mit den Fachpersonen wurde weiter diskutiert, welche Gründe zum aktuellen ungedeckten Bedarf an Betreuung und Hilfe führen. Ein Grund liegt eindeutig in der fehlenden Finanzierung, resp. den fehlenden eigenen finanziellen Mitteln der Senior/innen. Ein weiterer wichtiger Grund ist allerdings, dass viele ältere Menschen keine Unterstützung annehmen wollen. Dies mag zum einen daran liegen, dass sie vielfach ihren eigenen Unterstützungsbedarf unterschätzen. Zum anderen besteht jedoch auch eine grosse Hemmschwelle, Hilfe anzunehmen. Das Eingeständnis, dass es alleine nicht mehr geht, fällt vielen Menschen schwer. Mit dem Zulassen der Unterstützung geht ein Kontrollverlust einher, der als erniedrigend und beängstigend empfunden werden kann. Eine Spitex-Organisation hat im Hinblick auf solche Fälle spezielle Zugangsstrategien erwähnt: So würden zunächst hauswirtschaftliche Leistungen angeboten, da es vielen Menschen in diesem Bereich einfacher fällt, Unterstützung zu akzeptieren. Durch diesen Zugang kann ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden, das später auch andere Leistungen ermöglicht. Im Bereich der Betreuung werden zudem unverbindlich und kostenlos Probestunden angeboten. So können ältere Menschen das Angebot unkompliziert kennenlernen, ohne vorher von Kosten oder Verträgen abgeschreckt zu werden.

Auch bei der Ausgestaltung der Betreuungsangebote sind mögliche Hemmschwellen zu berücksichtigen, wie die Schilderung einer Spitex-Organisation verdeutlicht: Da die Senior/innen ihre Angehörigen nicht belasten wollten, fragten sie diese nicht, ob sie sie zu Gruppenaktivitäten am Stützpunkt der Spitex fahren könnten. Seitdem ein Transportservice eingerichtet wurde, werden die entsprechenden Angebote deutlich häufiger in Anspruch genommen.

6. Berechnung der Kosten

In diesem Kapitel sollen die Kosten, welche durch eine Finanzierung des Mehrbedarfs an Betreuung und Hilfe entstehen würden, abgeschätzt werden. Dabei unterscheiden wir zwischen den direkten Kosten für die Betreuungsleistungen, den Kosten für die Bedarfsabklärungen sowie weiteren Kostenelementen wie beispielweise der Initialaufwand für den Systemaufbau sowie Ausbildungskosten im Zusammenhang mit einem erhöhten Personalbedarf.

6.1 Kosten Betreuungsleistungen

Zunächst soll der ermittelte Mehrbedarf an Stunden Betreuung im stationären Bereich monetarisiert werden. Dafür werden die Vollkosten pro geleisteter «produktiver» Stunde berücksichtigt – d.h. die Vollkosten für eine Stunde, welche dem Klient / der Klientin effektiv in Rechnung gestellt werden kann (inkl. Wegzeit, Administrationsaufwand etc.). Eine Auswertung der Daten zu Kosten und Aufwänden im Rahmen des Benchmarkings von stationären Einrichtungen in der Zentralschweiz ergab einen Vollkostensatz pro produktiver Pflegestunde von 77.12 CHF und pro produktiver Betreuungsstunde 50.17 CHF.¹⁰⁷ Eine ergänzende Abschätzung zu den Vollkosten pro produktiver Stunde kommt zu Beträgen in einer ähnlichen Grössenordnung: ca. 70 CHF pro Pflegestunde und ca. 55 CHF pro Betreuungsstunde.¹⁰⁸ Wir verwenden daher im Folgenden den aus den Statistiken der Zentralschweiz ermittelten Vollkostensatz von 50 CHF pro Betreuungsstunde. Im stationären Bereich entspricht dies beim ermittelten Mehrbedarf von 6 bis 9 Mio. Stunden Mehrkosten von rund 300 bis 450 Mio. CHF pro Jahr.

Auch für den ambulanten Bereich gilt es, anhand von Vollkosten pro verrechnete Stunde den Mehrbedarf an Betreuung und Hilfe zu monetarisieren. Die Vollkosten pro verrechnete Stunde fallen dabei höher aus als im stationären Bereich. Gründe dafür sind die höheren Wegkosten sowie weniger Möglichkeiten, unterschiedlich qualifiziertes Personal flexibel einzusetzen.¹⁰⁹ Wächter et al. (2017) ermittelten für den ambulanten Bereich anhand von Daten von 25 Spitex-Organisationen einen Mittelwert der Vollkosten pro geleisteter Stunde Behandlungspflege von 141 CHF. Leistungen im Bereich Betreuung und Hilfe haben oft niedrigere Vollkosten, was sich auch in günstigeren Tarifen widerspiegelt. Meier et al. (2020) führten eine Erhebung zu den Vollkosten nicht-pflegerischer Leistungen durch. Im Durchschnitt über verschiedene Leistungsarten (Betreuung und Hilfe) wurden Vollkosten von 61 CHF pro Stunde ermittelt (je nach Tätigkeit, reichte die Bandbreite von 40 bis 100 CHF, siehe Exkurs zur Validierung des Wertes). Dieser Stundenansatz bezieht sich auf den Personalmix wie er aktuell im Bereich Hilfe und Betreuung eingesetzt wird. Würden zukünftig höhere Qualifikationen für die Erbringung der Betreuung als notwendig

¹⁰⁷ Die Auswertung wurde von Noldi Hess (Beratungen Betriebswirtschaft) für die vorliegende Studie durchgeführt. Wir bedanken uns für diese Unterstützung. Der Vollkostenstundensatz wurde anhand der Organisationseinheit «Pflege und Betreuung» errechnet. Wenngleich auch in anderen Personalbereichen Betreuungstätigkeiten anfallen können, erscheint die Übertragung des Vollkostenstundensatzes unproblematisch.

¹⁰⁸ Keller Unternehmensberatung AG nahm die Abschätzung zu den Vollkosten Betreuung und KLV-Pflege je produktive Stunde des Pflegepersonals für die vorliegende Studie vor. Wir bedanken uns für diese Unterstützung. Die Abschätzung basiert auf den publizierten Daten des Jahres 2019 zu den APH (Kennzahlen BAG).

¹⁰⁹ Im stationären Bereich kann aufgrund der geringen Distanz einfacher Personal unterschiedlicher Qualifizierungsstufen für unterschiedliche Tätigkeiten eingesetzt werden (siehe auch Schneider et al. 2018).

erachtet, würde dies den Personalmix verändern und die Kosten erhöhen. Wird dieser Wert – der aktuell und spezifisch für diese Thematik ermittelt wurde - übernommen, entspricht dies im ambulanten Bereich beim ermittelten Mehrbedarf von 8 bis 19 Mio. Stunden Mehrkosten von rund 0.5 bis 1.2 Mrd. CHF pro Jahr.

Exkurs Validierung Vollkosten pro Stunde ambulant

Durch verschiedene Ansätze haben wir den Wert von 61 CHF pro Betreuungsstunde validiert. Einschränkung muss festgehalten werden, dass regionale Unterschiede bei den Tarifen nicht abgebildet werden können. Zudem beziehen sich die ermittelten Werte i.d.R. auf eine Mischung aus Hilfe- und Betreuungsleistungen und umfassen Personen unterschiedlicher Qualifikationen.

- Wächter et al. (2015) errechneten für hauswirtschaftliche Leistungen (inkl. Begleitung) der Spitex Vollkosten von 57.06 CHF pro Stunde.
- Bannwart et al. (2020) ermittelten für verschiedene Leistungstypen im Bereich der ambulanten Betreuung und Hilfe Vollkostenansätze zwischen 48 CHF und 72 CHF pro Stunde.
- Die weitere Recherche nach Angaben von öffentlich-rechtlich beauftragten Spitex-Organisationen zu den Vollkosten bei betreuenden Leistungen¹¹⁰ ergab im Durchschnitt von vier Spitex-Organisationen Vollkosten von 67 CHF pro verrechnete Stunde.
- Gerade Leistungen im Bereich der Hilfe und Betreuung werden bereits häufig von privaten Unternehmen erbracht. Deswegen haben wir die Tarife von drei privaten Anbietern betrachtet (zwei davon sind in mehreren Regionen der Schweiz tätig). Die Tarife (unter Berücksichtigung der Wegpauschale) bewegen sich zwischen 45 und 60 CHF pro Stunde.
- Gemäss einer Aussage des Verbands Spitex Schweiz ist eine Grössenordnung von 50 bis 70% der Arbeitsstunden des Personals verrechenbar. Es ist davon auszugehen, dass sich der Bereich der Hilfe und Betreuung dabei am oberen Rand bewegt, da im Vergleich zur Pflege weniger Kurzeiteinsätze stattfinden und somit die Wegzeiten insgesamt geringer sind. Gehen wir davon aus, dass 70% der Arbeitszeit verrechenbar ist, könnten rund 1460 Stunden pro Vollzeitäquivalent im Jahr verrechnet werden. Verwenden wir den Wert von 61 CHF pro verrechnete Stunde und treffen die Annahme, dass 20% der Kosten auf Overhead entfallen und weitere 10% auf die Sozialversicherungsbeiträge¹¹¹, ergäbe sich ein Jahresgehalt von rund 62'000 CHF. Dies entspricht in etwa dem mittleren Lohn eines Fachmanns/ einer Fachfrau Betreuung EFZ.¹¹²

Die Validierungen bestätigen damit die Grössenordnung des von Meier et al. (2020) erhobenen Vollkostenstundensatzes, weshalb dieser für die vorliegende Studie übernommen wurde. Es ist zu betonen, dass dieser Vollkostenansatz je nach zukünftig verlangten Qualifikationen merklich divergieren kann.

Insgesamt würden sich somit die Kosten bei einer Realisierung des gesamten Mehrbedarfs an Betreuung und Hilfe auf rund **0.8 bis 1.6 Mrd. CHF** pro Jahr belaufen.

¹¹⁰ Vollkostentarife werden seitens der Spitex-Organisationen teilweise spezifisch für nicht-ortsansässige Klient/innen ausgewiesen (z.B. Feriengäste aus dem Ausland).

¹¹¹ Auch die Spitex Statistik weist aus, dass rund 70% der Kosten auf die Löhne entfallen.

¹¹² Gemäss jobs.ch liegt der Median Jahreslohn bei 61'063 CHF, gemäss arbeitsmarktinfo.ch bei 67'000 CHF.

Tabelle 14 **Übersicht Kosten Mehrbedarf**

	Kosten pro Jahr
Mehrbedarf Betreuung im stationären Bereich	300 bis 450 Mio. CHF
Mehrbedarf Betreuung / Hilfe im ambulanten Bereich	488 bis 1159 Mio. CHF
Total	Rund 800 bis 1600 Mio. CHF

Diese Annäherung der Kosten des Mehrbedarfs guter Betreuung basiert auf der Annahme, dass die Leistungen vollumfänglich durch professionelle Dienste erbracht werden. Hingegen wäre es grundsätzlich auch denkbar, dass ein Teil des Bedarfs durch Freiwilligenarbeit abgedeckt würde. Auch wenn für den Einsatz von Freiwilligen gewisse Kosten bei den formellen Leistungserbringenden entstehen (z.B. Rekrutierung, Vermittlung, Begleitung), könnten dadurch die Mehrkosten reduziert werden.

Für den ambulanten Bereich können wir die Mehrkosten von 0.5 bis 1.2 Mrd. CHF pro Jahr wiederum den Ergebnissen der Studie von Meier et al. (2020) gegenüberstellen: Diese Studie schätzt die Kosten für eine bedarfsgerechte Betreuung und Hilfe der zu Hause lebenden Personen ab 63 Jahren auf 4.2 bis 5.6 Mrd. CHF pro Jahr. Dieser Wert liegt damit deutlich höher als der von uns ermittelte. Dies liegt einerseits daran, dass Meier et al. den *gesamten* Betreuungs- und Hilfebedarf miteinbeziehen, wir hingegen lediglich den *zusätzlichen* Bedarf zur heute bereits geleisteten Unterstützung einschätzen. Ein weiterer Grund liegt darin, dass Meier et al. (2020) eine grössere Personengruppe berücksichtigen: Einerseits bereits Personen ab 63 Jahren und damit zwei Altersjahre mehr und andererseits auch Personen ohne gesundheitliche Einschränkungen. Gemäss den Berechnungen von Meier et al. (2020) entfällt fast ein Drittel der errechneten Kosten auf diese Personengruppe. Über diese erklärbaren Faktoren hinaus können natürlich auch Unterschiede in den zugrunde gelegten Bedarfseinschätzungen zu der Divergenz bei der Kostenschätzung beitragen.

6.2 Kosten für Bedarfsabklärungen

Zu den Kosten für die eigentlichen Betreuungs- und Hilfeleistungen kommen Kosten für die erstmaligen sowie wiederkehrenden Bedarfsabklärungen. Im Rahmen einer Ausweitung der Finanzierung müsste geklärt werden, wie solche Bedarfsabklärungen vorgenommen werden sollten. Die nachfolgenden Angaben basieren auf ersten Einschätzungen der Fachpersonen, die im Rahmen der vertieften Erhebung befragt wurden. Zudem wurden wo notwendig ergänzend vereinfachende Annahmen getroffen, um die Grössenordnung des Aufwands der Bedarfsabklärungen zu skizzieren. Der effektive Aufwand wäre stark von den Instrumenten und Prozessen abhängig, die im Rahmen der Ausgestaltung des Finanzierungsmodells erarbeitet würden.

Da Bedarfsabklärungen durch höher qualifiziertes Personal erfolgen sollten, verwenden wir bei den Berechnungen jeweils den höheren Vollkostenansatz aus dem Bereich der Pflege (siehe Kapitel 6.1). Im stationären Bereich also 77 CHF, im ambulanten Bereich 141 CHF pro verrechnete Stunde.

Gemäss den Aussagen der befragten Fachpersonen variiert der Aufwand für die Abklärungen stark. Für die Erstabklärung belaufen sich die Werte im mittleren Bereich auf rund zwei Stunden sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Bereich.

Im Rahmen eines Ausbaus der Betreuung müsste einmalig für alle Klient/innen eine Erstabklärung vorgenommen werden. Daraus ergeben sich für den stationären Bereich Kosten von rund 24 Mio. CHF. Neben diesem Initialaufwand fallen im laufenden Betrieb Erstabklärungen jeweils für neu eintretende Bewohner/innen an. Gehen wir davon aus, dass rund 40%¹⁴³ des jährlichen Totals an Klient/innen neu eintritt, wären dies Kosten in der Höhe von 10 Mio. CHF. Hinzu kommen die wiederkehrenden Bedarfsabklärungen, welche für alle Bewohner/innen laufend anfallen. Wir treffen die Annahme, dass solche wiederkehrenden Einschätzungen vierteljährlich stattfinden und jeweils 30 Minuten in Anspruch nehmen – also rund 2 Stunden im Jahr.¹⁴⁴ Daraus resultieren Kosten in der Höhe von 24 Mio. CHF.

Für den ambulanten Bereich würden sich aus der einmaligen ersten Bedarfsabklärung (2 Stunden) für alle Klient/innen Kosten in der Höhe von 131 Mio. CHF ergeben. Nach dieser Anfangsphase ist davon auszugehen, dass jeweils ein Teil Klient/innen neu in die Betreuung / Hilfe eintreten und damit einer Erstabklärung benötigen. Treffen wir die Annahme, dass dies ebenfalls rund 40% der jährlichen Klient/innen betrifft, belaufen sich die Kosten auf 53 Mio. CHF. Der Aufwand für wiederkehrende Abklärungen wurde von den Fachpersonen für den ambulanten Bereich als geringer eingeschätzt: Für die laufende Betreuung sehen sie einen Abklärungsbedarf von rund einer Stunde pro Jahr. Dieser Aufwand fällt in unserer groben Abschätzung für jene 60% der Personen an, welche nicht neu in die Betreuung eintreten. Die wiederkehrenden Abklärungen würden daher in Kosten von rund 39 Mio. CHF pro Jahr resultieren.

Insgesamt würde sich damit der Initialaufwand für die Erstabklärungen auf rund 155 Mio. CHF belaufen. Hinzu kämen jährliche Kosten in der Höhe von rund 116 Mio. CHF.

6.3 Weitere Kostenelemente

Neben den Kosten für die eigentlichen Betreuungs- und Hilfestunden entstehen im Fall eines Ausbaus der Finanzierung von Unterstützung weitere Kosten. Nachfolgend werden diese Kosten skizziert. Auf eine Abschätzung der Höhe der Kosten wird jedoch verzichtet, da diese aufgrund fehlender Informationen sowie des grossen Spielraums je nach Ausgestaltung mit zu grosser Unsicherheit verbunden wäre.

Zunächst ist zu berücksichtigen, dass der Ausbau der Betreuungs- und Hilfeleistungen einen Mehrbedarf an personellen Ressourcen mit entsprechender Ausbildung mit sich bringt. Welche Ausbildungen dabei gefragt wären, ist nicht Gegenstand der vorliegenden Studie. Beispiele mög-

¹⁴³ Gemäss den Daten von LUSTAT war dies 2019 ungefähr der Anteil der Neueintritte im Jahr im Kanton Luzern.

¹⁴⁴ Im Bereich der Pflege finden Neueinstufungen üblicherweise routinemässig alle 6 Monate oder bei signifikanten Statusveränderungen statt (Vettori et al. 2017). Eine durchschnittlich vierteljährliche Neueinstufung erscheint damit für den Bereich der Betreuung angemessen. Die von uns befragten Fachpersonen schätzten den Aufwand für eine Einschätzung auf rund 30 Minuten.

licher gefragter Berufsgruppen wären Fachpersonen Betreuung EFZ, Pflegehelfer/innen, Aktivierungsfachpersonen, Sozialpädagoge/innen, Assistent/innen Gesundheit und Soziales oder Sozialarbeiter/innen. Für den ambulanten Bereich wären für die Realisierung des Mehrbedarfs von 8 bis 19 Mio. Stunden Betreuung / Hilfe ungefähr 7900 bis 18'800 zusätzliche Vollzeitwerbende notwendig.¹¹⁵ Damit müsste das Personal in diesem Bereich verdoppelt bis vervierfacht werden (gemäss unseren Schätzungen sind aktuell rund 6300 Vollzeitäquivalente in der Spitex im Bereich Betreuung und Hilfe tätig). Im stationären Bereich schätzen wir den Personalbedarf bei einer Realisierung des Mehrbedarfs von 6 bis 9 Mio. Stunden Betreuung auf ungefähr 4600 bis 7000 Vollzeitäquivalente.¹¹⁶ Auch im stationären Bereich bedeutet dies, dass die Anzahl der Vollzeitäquivalente ungefähr verdoppelt werden müsste. Insgesamt würde sich der personelle Mehrbedarf damit auf rund 12'500 bis 25'800 zusätzliche Vollzeitäquivalente belaufen. Aufgrund von Teilzeittätigkeiten wären es noch mehr Erwerbende. Zur Einordnung: 2019 wurden in der Schweiz rund 68'000 Abschlüsse irgendeiner beruflichen Grundbildung registriert. Bei den Fachpersonen Betreuung EFZ beispielsweise gab es 2019 3795 Neueintritte in die Grundausbildung. Die neu in den Arbeitsmarkt eintretenden Personen müssen allerdings auch noch jene ersetzen, welche aus dem Arbeitsmarkt oder aus dem Beruf austreten. Um den Mehrbedarf an Betreuung decken zu können, wären daher intensive Bemühungen zur Förderung der entsprechenden Ausbildungen notwendig. Dies gilt umso mehr angesichts des ohnehin bestehenden und weiter prognostizierten Fachkräftebedarfs im Gesundheitsbereich (Merçay et al. 2016). Dabei ist anzumerken, dass der Ausbau der Finanzierung von Betreuungsleistungen u.U. einen positiven Einfluss auf das Berufsbild von Betreuungs- und Pflegepersonen haben könnte: Kann eine umfassendere Betreuung als heute geleistet werden, mag dies von den Betreuenden als befriedigender wahrgenommen werden als heute. Die Ausbildung von Fachpersonen ist mit Kosten für die Betriebe und die öffentliche Hand verbunden. Allerdings ist davon auszugehen, dass diese Kosten bei Realisierung des Mehrbedarfs nicht zusätzlich anfallen; vielmehr wird eine Verschiebung der Kosten von anderen Ausbildungsberufen hin zu den für die Betreuung notwendigen Berufen notwendig werden.

Ein weiteres Kostenelement ist der Aufwand für den Aufbau der Organisationen der Leistungserbringenden. Die Organisationskosten der Leistungserbringer während dem laufenden Betrieb sind in den zuvor berechneten Vollkosten der Betreuungsstunden inkludiert. Bei einer Verdoppelung der geleisteten Betreuungsstunden ist aber zu bedenken, dass bestehende Leistungserbringer diesen Ausbau nicht einfach mit den bestehenden Strukturen leisten können. Es bräuchte somit den Aufbau neuer Leistungserbringer resp. den Ausbau der Strukturen bestehender Leistungserbringer. Es handelt sich also um Initialkosten, welche im Rahmen des Aufbaus des neuen Systems anfallen würden, nicht aber im nachher laufenden Betrieb. Eine Höhe dieser Kosten kann nicht im Rahmen dieser Studie abgeschätzt werden, zumal sie auch abhängig von der Art der Veränderungen ist (neue Organisationen oder Ausbau).

¹¹⁵ Herleitung: Gemäss der Spitex-Statistik 2019 fallen pro Vollzeitäquivalent 1013 verrechenbare Stunden pro Jahr an. Dieser Wert umschliesst alle Formen der Spitexunterstützung und kann nicht weiter differenziert werden. Als Annäherung kann dieser Wert u.E. dennoch verwendet werden.

¹¹⁶ Herleitung: Gemäss der Somed waren 2019 insgesamt 98'780 Vollzeitäquivalente in Alters- und Pflegeheimen tätig. Gemäss der Auswertung von CURAtime (siehe Kapitel 5.3.2) entfallen 6.1% der Arbeitszeit auf die direkte Betreuung. Wird dieser Wert übertragen, ergibt sich, dass aktuell 6069 Vollzeitäquivalente im Bereich der Betreuung tätig sind. In Relation zur bereits geleisteten Betreuungszeit bedeutet dies, dass pro Vollzeitäquivalent 1292 Stunden direkte Betreuungsarbeit pro Jahr geleistet werden.

Weitere Kosten im Sinne des Initialaufwands würden für den Aufbau des neuen Finanzierungssystems von Unterstützungsleistungen anfallen. Zu denken ist dabei insbesondere an die Entwicklung allfälliger gesetzlicher Grundlagen, Bewilligungsverfahren, Aufsichtssysteme, Bedarfsabklärungsinstrumente sowie Prozesse zur Finanzierungsabwicklung. Das Ausmass dieser Kosten ist auch abhängig vom Finanzierungsmodell und den dabei vorgesehenen Prozessen. Ebenso kann sich der Kostenträger je nach Modell unterscheiden – so können diese Kosten auf nationaler, kantonaler oder kommunaler Ebene anfallen. Das regulatorische System wird je nach föderalistischer Ausprägung unterschiedlich komplex und kostenintensiv. Neben dem Initialaufwand fallen u.U. auch langfristig Kosten in geringerem Ausmass für die Abwicklung der Finanzierung an (z.B. die Abklärung der finanziellen Situation sowie buchhalterischer Aufwand).

Exkurs mögliche Kosteneinsparungen

Neben den zuvor aufgeführten Kosten, welche durch die Realisierung des Mehrbedarfs an Betreuung und Hilfe entstehen, wäre auch denkbar, dass sich gewisse Kosteneinsparungen ergeben. Eine mögliche Einsparung könnte aus vermiedenen resp. verschobenen Heimeintritten resultieren. Die Gründe für einen Heimeintritt sind vielfältig. Dazu zählen physische Erkrankungen und Einschränkungen sowie auch psychische Faktoren, wie z.B. Einsamkeit. Zeitgleich kann eine bedarfsgerechte Unterstützung zuhause die Notwendigkeit eines Heimeintritts verzögern oder sogar ganz eliminieren. Im Folgenden wird ein Gedankenexperiment durchgeführt: Wie gross müsste die Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich sein, damit die Kosten für die zusätzliche Betreuung durch Einsparungen aufgehoben würden? Die Kosten für die Realisierung des Mehrbedarfs belaufen sich auf 800 bis 1600 Mio. CHF pro Jahr. Das Gedankenexperiment unterliegt der Annahme, dass die Unterstützung zuhause grundsätzlich kostengünstiger ist als diejenige in Alters- und Pflegeheimen. Allerdings ist dies mit zunehmender Pflegestufe nicht der Fall (siehe Tabelle 15). Ist der Pflegebedarf hoch, so ist der Aufenthalt im Heim günstiger, da Wegkosten und variable Kosten im stationären Bereich tiefer ausfallen (Schneider et al., 2018). Demnach würde eine Verlagerung der Heimeintritte hin zu mehr ambulanter Unterstützung nur bei leichten und mittleren Pflegefällen zu Einsparungen führen.

Tabelle 15 Pflege- und Betreuungskosten pro Person und Tag nach Pflegeintensität

Durchschnittliche Kosten pro Person / Tag (CHF)	leicht	mittel	hoch	sehr hoch
Kosten im ambulanten Bereich	138	196	270	417
Kosten im stationären Bereich	175	216	265	306
Einsparungen	37	20	-5	-111

Quelle: Schneider et al. (2018) Gesamtkosten.

Im Schnitt ist die ambulante Unterstützung bei leichtem bis mittlerem Pflegebedarf rund 10'400 CHF¹¹⁷ pro Person und Jahr günstiger als die stationäre Unterstützung.

Um die gesamten Kosten für die Finanzierung des Mehrbedarfs pro Jahr (800 bis 1600 Mio. CHF) zu decken, müssten daher zwischen 77'000 und 154'000 Personen ein Jahr länger zuhause betreut - also ihr Heimeintritt um ein Jahr verzögert - werden. Im stationären Bereich werden jedes Jahr rund

¹¹⁷ Durchschnittliche jährl. Einsparungen pro Person (leichte und mittlere Pflegestufe) = $\frac{37+20}{2} \times 365$

157'000 Personen versorgt, davon sind rund 50% - also knapp 80'000 – der leichten bis mittleren Pflegestufe zuzuordnen. Aus finanzieller Sicht lohnt sich daher die Entscheidung zur Deckung des Mehrbedarfs an Betreuung und Hilfe nicht: Die Anzahl Fälle, welche hypothetisch von der stationären zur ambulanten Betreuung verlagert werden könnten, ist zu klein, um die Kosten des Mehrbedarfs an Betreuung zu decken. Selbst bei einer ausreichenden Fallzahl ist die Annahme, dass sämtliche Personen die ambulante Versorgung der stationären vorziehen, unrealistisch. Dennoch könnte zumindest ein Teil der zusätzlichen Kosten aufgefangen werden: Könnte der Heimeintritt beispielsweise für 10'000 Personen um ein Jahr verschoben werden, könnten rund 100 Mio. CHF gespart resp. in die Finanzierung der Betreuung investiert werden.

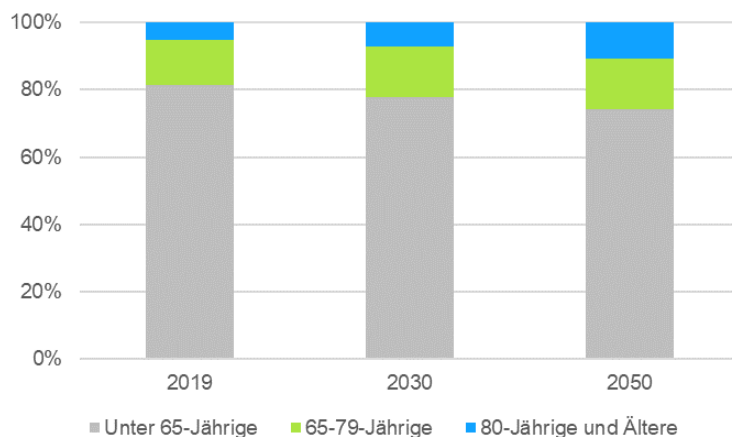
Ein weiteres Kostenelement, das im Falle des Ausbaus der Betreuungsleistungen allenfalls reduziert werden könnte, sind die Gesundheitskosten: Beispielsweise könnte eine frühzeitige Betreuung zuhause und die damit verbundenen präventiven Massnahmen späteren Erkrankungen oder gar Hospitalisierungen vorbeugen. Durch eine frühzeitige Begleitung durch Fachpersonen kann die gesundheitliche Situation laufend beobachtet und bei Bedarf stabilisiert werden. Dies kann Gesundheitskosten vermeiden (z.B. weniger Medikamente, Hospitalisierungen) und den Pflege- und Betreuungsbedarf sowohl zuhause wie auch im Heim langfristig möglichst geringhalten. Ein gegenteiliger Effekt wäre allerdings auch denkbar: Wenn vermehrt besonders fragile Personen zuhause leben, könnte dies die Unfallhäufigkeit steigern. Eine Einschätzung der Höhe möglicher Einsparungen der Gesundheitskosten wäre sehr komplex und würde den Rahmen der vorliegenden Studie sprengen.

7. Entwicklung des zukünftigen Bedarfs

Aufgrund der steigenden Alterung der Schweizer Bevölkerung sowie gesellschaftlichen Entwicklungen ist davon auszugehen, dass zukünftig der Bedarf an Unterstützungsleistungen weiter zunehmen wird.

Dies ist in erster Linie auf die demografische Entwicklung zurückzuführen: Der Anteil der älteren Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung nimmt stetig zu und zwar durch zwei Bewegungen: Einerseits verschiebt sich die Alterspyramide, da geburtenstarke Jahrgänge sich dem Rentenalter nähern resp. bereits dort angekommen sind. Andererseits steigt zudem die Lebenserwartung, was den Anteil älterer Menschen gemessen an der Gesamtbevölkerung ebenfalls erhöht. Während 2019 rund 19% (1.6 Mio.) der ständigen Wohnbevölkerung 65 Jahre und älter waren, wird dieser Anteil gemäss den Prognosen des BFS bis im Jahr 2030 auf 22% und bis im Jahr 2050 auf 26% ansteigen. Wie Abbildung 6 veranschaulicht, steigt dabei insbesondere der Anteil der Personen ab 80 Jahren deutlich an.

Abbildung 6 Szenarien Bevölkerungsentwicklung Altersanteile



Quelle: BFS Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung, Referenzszenario Mai 2020 sowie BFS STATPOP Altersmasszahlen der ständigen Wohnbevölkerung 2019.

Gemäss diesem Szenario der Bevölkerungsentwicklung wären 2050 rund 2.7 Mio. Personen der ständigen Wohnbevölkerung 65 Jahre und älter. Damit würde die Zunahme der Personen ab 65 Jahren bis im Jahr 2050 **70%** betragen (während die Zunahme der Gesamtbevölkerung in diesem Zeitraum lediglich auf rund 20% prognostiziert wird).

In Bezug auf die Betreuungs- und Hilfekosten wäre anhand der Bevölkerungsentwicklung somit davon auszugehen, dass diese bis 2050 um 70% ansteigen. Allerdings sind dabei weitere Faktoren zu berücksichtigen, welche einen Einfluss auf den Unterstützungsbedarf haben können. Es stellt sich die Frage, ob mit dem steigenden Alter eine steigende Morbidität einhergeht. Gemäss Knöpfel et al. (2020b) führt die Alterung nicht zu einer längeren Pflegebedürftigkeit, sondern verändert vielmehr den Fragilisierungsprozess. Damit wächst der Bedarf an Hilfe und Betreuung im Alltag. Ein Konsens besteht zu dieser Frage jedoch nicht. Eling und Elvedi (2019) erläutern verschiedene Thesen, welche zwischen einer Ausweitung der Morbidität, eine Konzentrierung der Morbidität bis zu einer Verschiebung zu einer verlängerten, aber weniger intensiven Phase der Morbidität. Empirische Studien lassen gemäss den Autoren jedoch keinen eindeutigen Schluss zu, welche Hypothesen zutreffend sein werden. Ein Hinweis könnte der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand sein. Der Anteil Personen ab 65, die ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut einschätzen, nahm 2017 im Vergleich zu 1997 leicht zu.¹¹⁸

Neben der demografischen und gesundheitlichen Entwicklung können auch gesellschaftliche Entwicklungen einen Einfluss auf den Bedarf an formeller Betreuung und Hilfe haben. Personen ohne enge Familienangehörige können häufig weniger von informeller Unterstützung profitieren und sind damit eher auf formelle Unterstützung angewiesen. Nachfolgend werden drei in diesem Zusammenhang relevante Faktoren betrachtet:

- Haushaltsgrösse: 2018 lebten 16.0% der ständigen Wohnbevölkerung in einem Einpersonenhaushalt. Gemäss den Prognosen des BFS nimmt dieser Anteil bis 2030 leicht zu auf 16.4%

¹¹⁸ Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017.

und bis 2045 auf 17.4%. Insofern könnte der Anteil der alleinlebenden Personen, die auf Unterstützung ausserhalb des Haushaltes angewiesen sind, künftig leicht zunehmen.

- Kinderlosigkeit: In Bezug auf die Lebenssituation im Alter, resp. die Unterstützung durch das Umfeld, ist die Kinderlosigkeit ein massgebender Faktor (Knöpfel et al. 2020b). 2018 waren in der Altersgruppe 65-80 Jahre 20.7% der Personen kinderlos. In der Altersgruppe 55-64 Jahre waren 23.5% kinderlos, bei den 45-54-Jährigen gar 26%.¹¹⁹ Damit ist zu erwarten, dass der Anteil der kinderlosen Personen über 65 Jahren in 20 Jahren merklich höher liegt.
- Partnerschaft: Hier fällt auf, dass der Anteil von Männern ohne Partnerin / Partner im Alter von 45 bis 80 Jahren relativ konstant bleibt (rund 16-18%). Bei Frauen hingegen nimmt der Anteil ohne Partner / Partnerin mit steigendem Alter deutlich zu: In der Altersgruppe 45-54 Jahre sind es rund 20%, bei den 65-80-Jährigen 38%.¹²⁰ Gründe dafür liegen in der unterschiedlichen Lebenserwartung und dem Umstand, dass Männer in Partnerschaften häufig älter sind als Frauen (Knöpfel et al. 2020b). Zudem gehen Männer im hohen Alter häufiger als Frauen nochmals eine Partnerschaft ein. Fraglich ist, ob zukünftig mehr Personen ab 65 Jahren ohne Partner / Partnerin sein werden. Bei der Gruppe der 55-64-Jährigen waren 2018 21% nicht in einer Partnerschaft. Bei der ersten EFG-Erhebung 2013 waren dies noch 18%. Dies könnte darauf hindeuten, dass der Anteil der Personen im Alter ohne Partnerschaft zukünftig zunehmen könnte.
- Erwerbsquoten: In den letzten Jahrzehnten ist die Erwerbsquote der Frauen leicht, aber stetig angestiegen. Betrug sie 1999 bei den 15 bis 64-Jährigen noch 72%, lag sie 2019 bei 80%.¹²¹ Die Erwerbsquote der Männer sank in diesem Zeitraum nur geringfügig. Durch die höhere Erwerbsquote (insbesondere der Frauen) stehen weniger zeitliche Ressourcen für die informelle Unterstützung von Angehörigen zur Verfügung. Mit der weiteren Angleichung der Erwerbsquote der Frauen an jene der Männer wird dieser Effekt jedoch zukünftig abflachen und damit an Bedeutung verlieren.

Während unklar bleibt, welchen Effekt die gesundheitlichen Entwicklungen der Bevölkerung haben, deuten die gesellschaftlichen Entwicklungen, insbesondere die Kinderlosigkeit, darauf hin, dass der Unterstützungsbedarf tendenziell stärker ansteigen wird, als dies durch die reine demografische Entwicklung gegeben ist. Somit wäre die zuvor ermittelte Zunahme der Betreuungs- und Hilfkosten von 70% eher als untere Grenze zu verstehen.

In einem weiteren Schritt lohnt sich der Blick auf Prognosen im Bereich der Pflege: Eling und Elvedi (2019) prognostizieren die Entwicklung der Langzeitunterstützungskosten (Pflege, Betreuung und Hilfe in stationären Einrichtungen sowie zuhause durch Spitex-Organisationen). Gemäss ihrem Referenzszenario, in welchem nicht-demografische Entwicklungen konstant gehalten werden, steigen die gesamten Langzeitunterstützungskosten (OPK, öffentliche Hand sowie Selbstzahlungen für alle Altersgruppen) von 17.1 Mrd. CHF 2020 bis auf 30.2 Mrd. CHF 2050. Die Kosten erhöhen sich entsprechend um 77%. Dies entspricht einer Steigerung der Kosten pro Kopf von 1900 auf 3050 CHF. Die Kosten für Personen ab 65 Jahren steigen dabei überdurchschnittlich stark an: Sie erhöhen sich um **105%**. Die Autoren berechnen weiter unterschiedliche Szenarien der Entwicklung, die verschiedene Faktoren wie beispielsweise Gesundheitszustand und technische Entwicklungen berücksichtigen. Für die vorliegende Studie sind insbesondere zwei Szenarien von Interesse: Im Szenario «Gesundes Altern», in welchem die Anzahl der pflegebedürftigen

¹¹⁹ BFS - Erhebung zu Familien und Generationen (EFG) 2018

¹²⁰ BFS - Erhebung zu Familien und Generationen (EFG) 2018

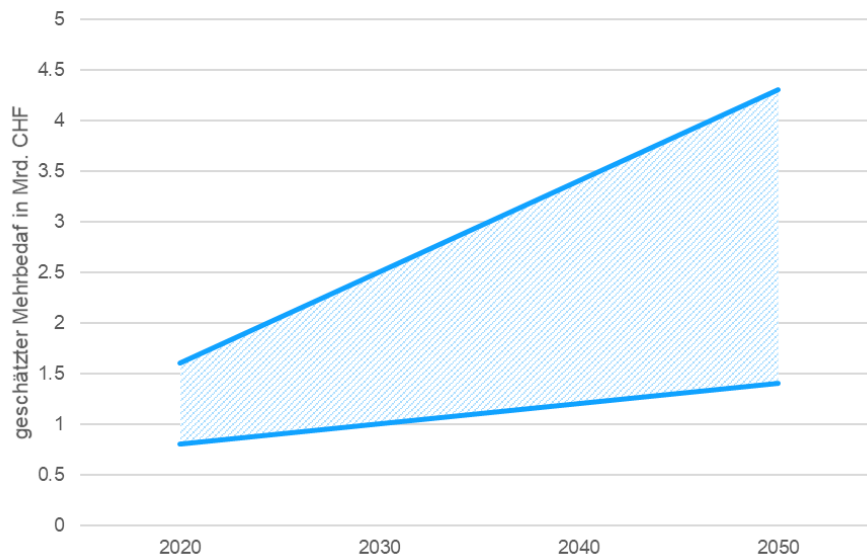
¹²¹ BFS – Schweizerische Arbeitskräfteerhebung SAKE

Jahre mit steigender Lebenserwartung abnimmt, würden die Kosten für über 65-Jährige zwischen 2020 und 2050 um **70%** anwachsen. Dagegen wird die Zunahme im Szenario «Zunehmende Alterung», welches davon ausgeht, dass alle zusätzlichen Lebensjahre von Pflegebedürftigkeit geprägt sind, mit **167%** prognostiziert. Eine weitere Quelle zur Einschätzung der Entwicklung der Ausgaben der öffentlichen Hand für die Langzeitpflege für Personen ab 65 Jahren ist ein Bericht des Bundesrates (2016). Während 2020 mit Kosten in der Höhe von 8.4 Mrd. CHF gerechnet wird, wird bis im Jahr 2045 ein Kostenanstieg von **130%** auf 19.5 Mrd. CHF erwartet. Die Einschätzungen zum Anstieg der Langzeitunterstützungskosten für die Bevölkerung ab 65 Jahren bis ins Jahr 2050 bewegen sich gemäss den genannten Quellen zwischen rund 70% und 170%.

Wie bereits eingangs dieses Kapitels dargelegt, ist aufgrund der Bevölkerungsentwicklung von einer Steigerung der Betreuungskosten um 70% auszugehen. Wie im vorangehenden Abschnitt dargelegt, erwarten Eling und Elvedi (2019) in der gesamten formellen Langzeitunterstützung eine Steigerung im Bereich von 70% bis 170%. Mangels genaueren Einschätzungen zum spezifischen Bedarf an Betreuung und Hilfe in Zukunft treffen wir die Annahme, dass sich dieser analog zur Langzeitunterstützungsbedürftigkeit entwickelt. Damit würde die Spannweite der Steigerung der Kosten für Betreuung und Hilfe von 70% (reine Bevölkerungsentwicklung) bis zu 170% (angelehnt an die Langzeitunterstützungskosten bei zunehmender Alterung) reichen.

Anhand der Bandbreite einer Zunahme von 70% bis 170% ergibt sich basierend auf den in Kapitel 5 ermittelten Einschätzungen eine Projektion der Kosten des Mehrbedarfs an Betreuung / Hilfe für das Jahr 2050 von 1.4 bis 4.3 Mrd. CHF, wie Abbildung 7 veranschaulicht.

Abbildung 7 Prognostizierte Entwicklung des Mehrbedarfs



Quelle: Eigene Darstellung

8. Auslegeordnung Finanzierung

Kapitel 6 und 7 quantifizieren die zusätzlichen Kosten einer guten Betreuung für ältere Menschen (Kapitel 6 für eine Erhöhung der Betreuung zum heutigen Zeitpunkt, Kapitel 7 prognostiziert die künftige Kostenentwicklung). Die Frage ist nun: Wie würden diese Kosten finanziert werden können? Dieser Frage gehen wir in den nachfolgenden drei Kapiteln nach. Kapitel 8 liefert eine Auslegeordnung zu möglichen Finanzierungsinstrumenten. Kapitel 9 prüft ausgewählte Instrumente näher. Die ausgewählten Finanzierungsvarianten setzen dabei an bereits bestehenden Instrumenten an und adaptieren resp. erweitern diese um den Aspekt Betreuung und Hilfe. Kapitel 10 kombiniert dann die verschiedenen Instrumente zu einem Synthese-Modell mit dem Ziel, die Stärken der einzelnen Varianten zu verknüpfen und deren Nachteile zu reduzieren.

8.1 Übersicht

Aktuell werden Pflegekosten durch drei Kostenträger finanziert: Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), Klienten, öffentliche Hand (Restfinanzierung). Die Betreuungskosten sowie die Kosten für die Hotellerie und Hilfe werden zu einem grossen Teil vom Klienten bezahlt (z.T. unterstützt durch Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigungen). Sollen Betreuungs- und Hilfeleistungen nicht länger privat finanziert werden, können sie entweder im bestehenden System von einem der Kostenträger (OKP, öffentliche Hand) übernommen werden oder es wird ein neuer Kostenträger implementiert. Letzterer würde sich dabei wahrscheinlich als Teil einer umfassenden Reform der Finanzierung anbieten und in der Folge nicht nur Betreuung/Hilfe, sondern auch Pflege umfassen. Tabelle 15 gibt einen Überblick. Dabei handelt es sich um eine Auslegeordnung möglicher Kostenträger (noch ohne Bewertung / Beurteilung).

Tabelle 16 Mögliche Kostenträger der Betreuung / Hilfe im Überblick

	Öffentliche Hand	OKP	Obligatorische Betreuungs- und Pflegeversicherung	Obligatorisches Betreuungs- und Pflegekapital
Kurzbeschreibung	Die Betreuungs- und Hilfeleistungen werden durch die öffentliche Hand finanziert (allen Personen oder ggf. auch nur einkommensschwächeren Personen).	Die Betreuungs- und Hilfeleistungen werden über die OKP finanziert.	Die Betreuungs- und Hilfeleistungen werden im Rahmen einer obligatorischen Betreuungs- und Pflegeversicherung vergütet. Diese wird mittels Umlageverfahren finanziert.	Die Betreuungs- und Hilfeleistungen werden über ein obligatorisches Betreuungs- und Pflegekapital finanziert (Kapitaldeckung). Dabei gibt es 2 Varianten: <ul style="list-style-type: none"> - Individuell: Jede Person spart ihr eigenes Betreuungs- und Pflegekapital auf einem individuellen Pflegekonto an. - Kollektiv: Jede Kohorte spart ihr eigenes Betreuungs- und Pflegekapital an.
Beiträge				
einkommensabhängig	x (steuerfinanziert)		x (beides möglich)	
einkommensunabhängig		x (aber: IPV)		x (aber: staatliche Unterstützung analog zu IPV)

Leistungen				
einkommensabhängig	x (beides möglich)			x (grundsätzlich einkommensunabhängig, aber EL möglich, falls individuelles Kapital ausgeschöpft)
einkommensunabhängig		x	x	x
Auszahlung				
Subjektorientierung	x (beides möglich)	x	x	x
Objektorientierung				

8.2 Kostenträger im Detail

8.2.1 Öffentliche Hand

Die Finanzierung von Betreuungs- und Hilfeleistungen durch die öffentliche Hand (Bund, Kantone und Gemeinden) lässt sich unterschiedlich ausgestalten. Entscheidende Kriterien dabei sind:

- Werden die Leistungen an Institutionen oder an einzelne Personen geleistet?
- Werden die Leistungen abhängig von der finanziellen Situation differenziert?¹²²
- Werden die Leistungen abhängig vom Bedarf oder von der Inanspruchnahme vergütet?
- Werden alle Leistungen oder nur solche von bestimmten Leistungserbringern vergütet?

Darauf basierend sind verschiedene (Grob-)Varianten einer Finanzierung von Betreuungs- und Hilfeleistungen möglich (dabei handelt es sich um die Darstellung von möglichen Optionen, noch ohne Bewertung):

- *Einkommensabhängige Finanzierung:* Heute kann Unterstützung zuhause über die Ergänzungsleistungen (EL) finanziert werden.¹²³ Die max. Vergütung beträgt für Alleinstehende 25'000 CHF pro Jahr. Die Leistungen werden vom Klienten bezahlt und dann von der EL rückerstattet, d.h. die Rechnungen werden eingereicht und eine Rückvergütung wird beantragt. Dabei handelt es sich um eine bedarfsabhängige Sozialleistung: Nur Personen, die aufgrund ihrer finanziellen Situation auf Unterstützung angewiesen sind, erhalten eine solche. Allerdings nur für tiefe Einkommen. Personen mit mittleren Einkommen und Vermögen, welche durch Pflege und Betreuung teils grosse Belastungen zu tragen haben,¹²⁴ haben keinen Anspruch auf Beiträge. *Mögliche Variante:* Eine Idee wäre, ein Finanzierungsinstrument analog zu den EL für mittlere Einkommen zu schaffen resp. einen Ausbau der EL ins Auge zu fassen.

¹²² Die Ausgestaltung kann zwischen Einkommensobergrenzen und variabler Berechnung (je nach Einkommen) unterschieden werden. Anmerkung: Wird nachfolgend von Einkommensabhängigkeit gesprochen, ist jeweils gemeint, dass die Leistung abhängig von der finanziellen Situation ist (d.h. inkl. Vermögen).

¹²³ Denn zusätzlich zu den jährlichen Ergänzungsleistungen kann für Personen mit einem Anspruch auf EL eine Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten (Zahnarztbesuch, Hilfe und Pflege zu Hause und in Tagesstrukturen, etc.) erfolgen.

¹²⁴ Vgl. Knöpfel et al. (2019): Das frei verfügbare Einkommen älterer Menschen in der Schweiz. Eine vergleichende Studie unter Berücksichtigung des Betreuungs- und Pflegebedarfs.

- *Betreuungsentschädigung*: Wer bei alltäglichen Lebensverrichtungen Unterstützung benötigt, hat Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (HE) der AHV. Diese wird in 3 Stufen eingeteilt und sowohl im Heim als auch zuhause gewährt (im Heim sind die Beiträge allerdings geringer). Die max. HE liegt bei 956 CHF pro Monat. Diese wird monatlich ausgerichtet. Im Unterschied zu den Ergänzungsleistungen ist diese Leistung nicht einkommensabhängig. Zudem ist es nicht notwendig, die finanzierten Leistungen zu belegen; der Anspruch entsteht durch den Bedarf. *Mögliche Variante*: Analog zu einer Hilflosenentschädigung könnte eine Betreuungsentschädigung implementiert werden.
- *Betreuungsgutsprache*: Aktuell werden z.B. in der Stadt Bern sog. Betreuungsgutsprachen gewährt. *Mögliche Variante*: Auch gesamtschweizerisch könnten Betreuungsgutsprachen angewandt werden. Die Betreuungsgutsprache resp. der Betreuungsgutschein ist der Betreuungsentschädigung ähnlich. Unterschiede sind: 1) Die Betreuungsgutsprache kann einkommensabhängig ausgestaltet werden (z.B. nur für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen resp. EL-Bezüger/innen). 2) Man kann die Verwendung einer Betreuungsgutsprache an bestimmte Leistungserbringer koppeln (die Einschränkung kann dabei unterschiedlich restriktiv sein). Betreuungsgutsprachen könnten dabei z.B. an alle Personen über 80 Jahren ausgerichtet werden oder einen Bezug von Spitex-Leistungen erfordern.
- *Assistenzbeitrag*: Bezüger/innen einer HE der IV, die zuhause leben, haben Anspruch auf einen Assistenzbeitrag. Dieser wird anhand des regelmässigen zeitlichen Hilfebedarfs berechnet. Der Beitrag wird der versicherten Person monatlich gegen Vorlage einer Rechnung ausbezahlt. Die Vergütung liegt bei 33.20 CHF / Stunde (bei besonderen Qualifikationen 49.80 CHF). Charakteristisch für das Modell ist die Arbeitgeberfunktion der versicherten Person; sie stellt die Assistent/innen an. Entsprechend werden hohe Anforderungen an die versicherte Person gestellt. Als Assistent/innen sind Privatpersonen tätig. *Mögliche Variante*: Analog zum Assistenzbeitrag der IV könnte ein Assistenzbeitrag AHV geschaffen werden. Grundsätzlich könnte der Assistenzbeitrag einkommensabhängig ausgestaltet werden; beim Assistenzbeitrag der IV ist dies allerdings nicht der Fall.
- *Verbilligung von Tarifen bei Institutionen*: Schliesslich stellt die «klassische» Objektfinanzierung eine Möglichkeit der Finanzierung dar. Diese Finanzierung ist bereits heute verbreitet. Beispiel: Finanzhilfen für gesamtschweizerisch tätige, gemeinnützige private Organisationen in der Altershilfe gestützt auf Art. 101bis AHVG. Auch die Pflege durch die Spitex wird mit den Beiträgen von Kantonen und Gemeinden entsprechend vergünstigt. *Mögliche Variante*: Institutionen, die Leistungen im Bereich Betreuung anbieten, könnten finanziell unterstützt werden. Diese könnten dadurch ihre Betreuungsangebote den Nutzer/innen verbilligt oder sogar gratis zur Verfügung stellen können. Grundsätzlich lässt sich hierbei eine Differenzierung nach finanzieller Situation der Personen vornehmen (analog z.B. zu Kita-Tarifen).

Des Weiteren wäre eine Anschub- resp. Anstossfinanzierung möglich, d.h. der Bund finanziert den Aufbau und Betrieb zunächst und zieht sich dann aus der Finanzierung zurück resp. z.B. die Kantone übernehmen die Finanzierung. Diese Variante wird an dieser Stelle nicht weiter thematisiert, da es hierbei primär darum geht, wer finanziert und nicht wie finanziert wird (Finanzierungsinstrument). Nachfolgende Tabelle stellt einen Überblick über die (Grob-)Varianten dar.

Tabelle 17 Kostenträger öffentliche Hand, Varianten

	Einkommensabhängig		Auszahlung		Vergütung		Leistungen	
	Ja	Nein	Institution	Person	Bedarf	Inanspr.	Alle	Einschr.
einkommensabhängige Finanzierung (Ausbau der EL)	x			x		x	x	
Betreuungsentschädigung (analog HE)		x		x	x		x	
Betreuungsgutsprache	abhängig von Ausgestaltung			x	x			x
Assistenzbeitrag	abhängig von Ausgestaltung (IV: nein)			x		x	x	
Verbilligung Tarife	abhängig von Ausgestaltung		x			x		x

Die (Grob-)Varianten unterscheiden sich. Damit verbunden sind Vor- und Nachteile. Diese werden im nächsten Kapitel vertieft diskutiert. Nachfolgend erfolgt eine erste Einschätzung aus Sicht BSS nach verschiedenen Kriterien (basierend auf theoretischen Überlegungen z.B. zu Anreizen, vgl. nachfolgende Tabelle):

- **Effektivität:** Ein Instrument ist effektiv, wenn die Personen bei der Finanzierung von Betreuungsleistungen finanziell entlastet werden und somit ihren Bedarf besser decken können. Die Instrumente sind aus unserer Sicht diesbezüglich geeignet, mit zwei Einschränkungen: Bei der Betreuungsentschädigung ist der Bezug zwischen den Beiträgen und der Verwendung weniger stark als bei anderen Instrumenten (da die Pauschalen nicht zweckgebunden sind). Entsprechend ist es denkbar, dass die Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen in geringerem Ausmass erfolgt als bei anderen Instrumenten. Der Assistenzbeitrag stellt wiederum hohe Anforderungen an die Personen (Arbeitgeberfunktion), was eine Hürde darstellen kann.
- **Effizienz:** Ein Instrument ist effizient, wenn die Wirkung bei vergleichsweise tiefem Mitteleinsatz erfolgt. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Mitnahmeeffekte¹²⁵ gering sind. Bei den betrachteten Instrumenten ist dies bei den einkommensabhängigen Varianten der Fall.
- **Frühzeitige Erfassung / Zugang:** Ein Instrument wird gut bewertet, wenn es die Personen früh erfasst und diese dadurch möglicherweise länger selbstständig bleiben können. Hier sehen wir Vorteile bei der objektfinanzierten Finanzierung – wenn dadurch Angebote gefördert werden, welche einen entsprechenden Fokus aufweisen (z.B. aufsuchende Beratung).
- **Einbezug von Zivilgesellschaft / Freiwilligen:** Die Instrumente werden danach beurteilt, ob ein Einbezug von Freiwilligen erfolgen kann. Dies ist bei der Objektfinanzierung möglich.
- **Qualitätssicherung:** Ein Instrument wird gut bewertet, wenn die Qualität der Leistungserbringung sichergestellt werden kann.

¹²⁵ Mitnahmeeffekte (ME) bedeuten, dass Personen ein bestimmtes Verhalten auch ohne finanzielle Unterstützung durch den Staat getätigt hätten. In diesem Fall: Personen in besseren finanziellen Verhältnissen hätten ohne Unterstützung dieselben Leistungen in Anspruch genommen, diese aber privat finanziert.

Tabelle 18 Kostenträger öffentliche Hand, Varianten, Beurteilungskriterien

	Effektivität	Effizienz	Frühzeitige Erfassung	Zivilgesellschaft	QS
einkommensabhängige Finanzierung (Ausbau der EL)	Eher hoch	Hoch	Eher nein (resp. nur wenn entsprechendes Angebot auf Seiten Leistungserbringer, z.B. aufsuchende Beratung)	Eher nein	Eher ja
Betreuungsent-schädigung (analog HE)	Mittel (keine Zweckbindung der Beiträge)	Geringer (ME)	Eher nein	Eher nein	Nein
Betreuungsgut-sprache	Hoch	Geringer (falls nicht einkommensabhängig)	Abhängig von der Ausgestaltung	Eher nein	Ja
Assistenzbeitrag	Mittel (hohe Anforderungen Arbeitgebermodell)	Geringer (falls nicht einkommensabhängig)	Eher nein	Eher nein	Nein
Verbilligung Tarife	Eher hoch (abhängig von Institution)	Geringer (falls nicht einkommensabhängig)	Ja, wenn entsprechendes Angebot	Hoch	Ja

Grün markiert: gute Bewertung, grau markiert: negative Bewertung

Die Übersicht zeigt auf, dass alle Varianten Vor- und Nachteile aufweisen. Basierend auf der ersten Einschätzung erscheinen insb. einkommensabhängige Varianten (Vorteile bezüglich Effektivität / Effizienz) und objektfinanzierte Formen (Vorteile bezüglich Zugang / Zivilgesellschaft) interessant. Für eine umfassende Beurteilung müssten die Kriterien gewichtet werden und es wäre eine vertiefte Analyse der Stärken und Schwächen nötig. Während die Gewichtung eine politische Frage ist, erfolgen Vertiefungen zu Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken im nachfolgenden Kapitel.

8.2.2 OKP

Die Finanzierung von Betreuungs- und Hilfeleistungen über die OKP könnte grundsätzlich ähnlich geregelt werden wie diejenige der Pflege. Der Beitrag der Krankenversicherer wäre damit einheitlich und würde für die ganze Schweiz gelten. Die Betreuung würde neu von der OKP finanziert. Es wäre jedoch wahrscheinlich, dass das heutige System der Pflegefinanzierung (mit den 3 Kostenträgern) übernommen würde, d.h. dass die öffentliche Hand und die Klient/innen (ggf. unterstützt durch EL) ebenfalls einen Teil der Kosten tragen würden. Zu klären wäre, wie der Bedarf ermittelt würde. Kritisch an diesem Vorschlag resp. der (Mit-)Finanzierung durch die OKP wäre, dass dadurch Prämiensteigerungen resultieren würden, welche aufgrund der Einheitsprämie Personen in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen stärker belasten (resp. die IPV müsste erhöht werden) und die Generationengerechtigkeit nicht gewährleistet werden könnte. Letzterer Punkt liesse sich dadurch reduzieren, dass gleichzeitig altersabhängige Prämien eingeführt würden.

Bezogen auf die oben aufgeführten Beurteilungskriterien ist die Effektivität hoch einzuschätzen (von der Finanzierung profitieren alle Bezüger/innen und die Mittel sind zweckgebunden). In Bezug auf die weiteren Kriterien schneidet die Variante allerdings schlechter ab (Mitnahmeeffekte, da die Leistungen nicht einkommensabhängig sind und fehlende Möglichkeiten der frühzeitigen Erfassung und des Einbezugs von Freiwilligen).

8.2.3 Obligatorische Betreuungs- und Pflegeversicherung

Eine obligatorische Pflegeversicherung wie sie in anderen Ländern bereits besteht, wird auch in der Schweiz diskutiert. Eine Pflegeversicherung basiert auf dem Umlageverfahren und kann einkommensunabhängig (analog zur Krankenkassenprämie) oder einkommensabhängig (z.B. Lohnprozente) ausgestaltet werden. Durch das Umlageverfahren wäre die Pflegeversicherung (wie auch die AHV) abhängig von der Bevölkerungsentwicklung, entsprechend würde die Generationengerechtigkeit nicht gewährleistet werden. Im Rahmen einer gesamthaften Reform des Finanzierungssystems wäre es denkbar, auch Betreuungs- und Hilfeleistungen zu berücksichtigen; für die alleinige Abgeltung von Betreuungs- und Hilfeleistungen (während die Pflege wie bisher finanziert würde) wäre die Variante allerdings u.E. wenig sinnvoll. Eine einkommensunabhängige Ausgestaltung würde zudem ähnliche Nachteile wie eine Finanzierung über die OKP bedeuten. Bezogen auf die oben aufgeführten Beurteilungskriterien sehen wir ähnliche Effekte wie bei der Finanzierung über die OKP (Vorteile bezüglich Effektivität, Nachteile bei den übrigen Kriterien).

8.2.4 Obligatorisches Betreuungs- und Pflegekapital

Die Variante eines obligatorischen Betreuungs- und Pflegekapitals¹²⁶ funktioniert über das Prinzip Kapitaldeckung (d.h. analog zur Pensionskasse). Dabei gibt es 2 Varianten:¹²⁷

- Variante 1: Jede Person spart ihr eigenes Kapital auf einem individuellen Betreuungs- und Pflegekonto an.
- Variante 2: Jede Alterskohorte spart ihr eigenes Betreuungs- und Pflegekapital an, sobald die Kohorte dann im pflegebedürftigen Alter ist, wird dieses wieder aufgelöst.

Die Beiträge würden einkommensunabhängig geleistet (und könnten ggf. auch staatlich unterstützt werden). Sollte in Variante 1 das Kapital nicht ausreichen, wären ebenfalls staatliche Beiträge möglich. Weiter könnte in Variante 1 das Kapital vererbt werden. Nachteilig ist bei Variante 1 im Vergleich zu Variante 2 der hohe Bedarf an Geldern, die gebunden sind (und entsprechend nicht frei zur Verfügung stehen). Als Vorteile dieses Systems werden die stärkere Eigenverantwortung genannt und die Gewährleistung der Generationengerechtigkeit.

Bezogen auf die oben aufgeführten Beurteilungskriterien sehen wir insb. bei Variante 1 Vorteile bezüglich Effektivität und Effizienz (die Personen sparen für das Alter an und können dieses Kapital dann für die Pflege- und Betreuungsleistungen verwenden). Der Einbezug von Freiwilligen ist zwar nicht institutionell vorgesehen, allerdings ist davon auszugehen, dass Personen, die ihr eigenes Kapital für Unterstützungsleistungen verwenden, die für sie «optimale» Kombination von Freiwilligenarbeit und professioneller Unterstützung zu finden versuchen. Mögliche Nachteile liegen evtl. darin, dass primär Pflegeleistungen (und weniger Betreuungsleistungen) bezogen werden resp. die Betreuungsleistungen spät in Anspruch genommen werden. Variante 2 ist ähnlich einzuschätzen wie die Betreuungs- und Pflegeversicherung.

¹²⁶ Auch hier gilt, dass ein eigenes System für das Betreuungskapital kaum Sinn machen würde, entsprechend würden Betreuung / Pflege wahrscheinlich zusammengefasst.

¹²⁷ Vgl. dazu z.B. Engelhart, D., Eling, M., Schmeiser, H. (2020): Die Finanzierung steigender Pflegekosten – Ländervergleich, Reformalternativen und deren politische Umsetzbarkeit für die Schweiz. Anmerkung: Grundsätzlich könnte das Betreuungs- und Pflegekapital auch auf freiwilliger Basis erfolgen und mit Steuerabzügen (wie die 3. Säule) gefördert werden.

9. Finanzierungsvarianten basierend auf bestehenden Instrumenten

Im Rahmen der vertieften Analyse werden ausgewählte Varianten der in Kapitel 8 betrachteten Instrumente detailliert im Hinblick auf die mögliche Ausgestaltung, Stärken und Schwächen (SWOT-Analyse) und die Auswirkungen auf die Kosten (Quantifizierung) betrachtet. Die Varianten orientieren sich dabei an heutigen Instrumenten. Diese legen bei der Bedarfsermittlung oftmals den Fokus insb. auf die Pflege / die Pflegebedürftigkeit. Es wird entsprechend eine Anpassung der Ausgestaltung diskutiert, mit der auch Betreuungsleistungen umfassend anerkannt würden.

Von Seiten der Auftraggeberin wurden folgende Varianten für die vertiefte Analyse ausgewählt:

- Vergütung von Betreuungskosten über die Ergänzungsleistungen
- Einführung einer Betreuungsentschädigung (die sich an der HE orientiert)
- Einführung einer Betreuungsgutsprache (einkommensabhängige Ausgestaltung)
- Anstossfinanzierung Bund, danach Objektfinanzierung durch die Kantone / Gemeinden.

Die Gründe für die Auswahl können wie folgt zusammengefasst werden: Die Betreuung sollte als «soziale Leistung» nicht mit der Pflege als «gesundheitliche Leistung» vermischt werden. Dies sprach gegen eine Reform der OKP. Weiter sollte kein neuer Kostenträger geschaffen, sondern das bestehende System erweitert werden. Deshalb wurden auch die neuen Kostenträger Betreuungs- und Pflegeversicherung und Betreuungs- und Pflegekapital nicht vertieft.

In Bezug auf die Quantifizierung der Kosten gilt es zu beachten, dass die Berechnung auf verschiedenen Annahmen basiert und substanzielle Unsicherheiten und Unschärfen beinhaltet. Sie ist daher nicht als Schätzung der tatsächlichen finanziellen Auswirkungen zu verstehen, sondern soll die Mechanismen der Finanzierungsvarianten aufzeigen. Wir treffen ähnliche Annahmen, so dass die Instrumente miteinander vergleichbar sind.

Im Rahmen der Quantifizierung dargestellt sind dabei die Kosten für die Finanzierung der Betreuung. Weiter wäre mit zusätzlichen Kosten für den Aufbau und Betrieb der entsprechenden Administration zu rechnen: Bewilligungs-/Aufsichtsbehörden, Fachstellen, Entwicklung und Anwendung von Bedarfsermittlungssystemen. Diese Kosten können im Rahmen der vorliegenden Analyse nicht abgeschätzt werden.

9.1 Vergütung Betreuungskosten über die EL

9.1.1 Mögliche Ausgestaltung

Ausgangslage: Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten über die EL

Ergänzungsleistungen zu AHV und IV werden dann geleistet, wenn die Renten und ggf. weiteres Einkommen sowie vorhandenes Vermögen die Lebenshaltungskosten nicht zu decken vermögen. Die EL werden anhand einer Differenzberechnung festgelegt: Sind die anerkannten Ausgaben höher als die berücksichtigten Einnahmen, wird die Differenz über die EL vergütet. Dabei gibt es zwei Kategorien: Jährliche EL und Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten. Die zweite Kategorie ist für die vorliegende Fragestellung relevant; dazu zählen u.a. Kosten für Betreuung zuhause. Der Bund legt den Leistungskatalog und die Mindestbeiträge fest. Die Kantone konkretisieren die vergüteten Leistungen aus dem Leistungskatalog und übernehmen die Finanzierung. Für die Berechtigung wird teilweise ein Arztzeugnis benötigt und/oder die Kostenübernahme ist an eine Hilflösenentschädigung geknüpft. Jährlich werden für Personen, die zuhause wohnen, max. 25'000 CHF für Alleinstehende resp. 50'000 CHF für Ehepaare vergütet.¹²⁸

Ausbau der Vergütung

Ein Ausbau der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten wäre wie folgt möglich:

1. *Leistungen im ambulanten Bereich:* Die Anforderungen an die Anspruchsberechtigung (z.B. Verknüpfung mit Hilflosigkeit) vermögen wahrscheinlich nicht alle Personen mit einem Betreuungsbedarf gem. der Definition einer guten Betreuung in Knöpfel et al. (2020a) abzudecken. Darauf weist auch der Begriff «Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten» hin. Wenn der Betreuungsbedarf weiter gefasst und früher ansetzen soll, müssten die Definitionen resp. Leistungen geändert werden (z.B. indem der Betreuungsbedarf unabhängig von Pflegebedürftigkeit / Hilflosigkeit ermittelt wird). Allenfalls müssten die maximalen Beiträge auch angehoben werden (diese sind aktuell zudem z.T. pro Leistungskategorie beschränkt).
2. *Leistungen im stationären Bereich:* Weiter sind die Leistungen auf Personen zuhause zugeschnitten. In der vorliegenden Analyse hat sich allerdings auch ein Mehrbedarf im stationären Bereich gezeigt. Entsprechend wäre es denkbar, die Vergütung in diesem Bereich auf Personen, die in einem Pflegeheim wohnen, zu erweitern.
3. *Finanzielle Verhältnisse der Bezüger/innen:* Die Studie von Knöpfel et al. (2019) hat aufgezeigt, dass Personen des (unteren) Mittelstands eine hohe finanzielle Last für Pflege- und Betreuungskosten zu tragen haben. Es wäre daher denkbar, wirtschaftlich etwas besser gestellten Personen den Zugang zu einer Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten zu ermöglichen. Dabei wären verschiedene Ausgestaltungsformen möglich, da die wirtschaftliche Situation mehrfach in die Berechnung einfließt (vgl. nachfolgenden Exkurs). Anmerkung: Wir gehen davon aus, dass nur die Voraussetzungen für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten verändert würden. Die jährliche EL wäre nicht betroffen. Dennoch ist in diesem Zusammenhang die EL-Reform zu beachten, welche in die entgegengesetzte Richtung (stärkere Berücksichtigung des Vermögens) lief.

¹²⁸ Die Kantone können höhere Beiträge festlegen. Anmerkung: Für Heimbewohner/innen werden max. 6000 CHF pro Jahr vergütet, aber darunter sind gemäss unserer Einschätzung keine Leistungen der Pflege und Betreuung, sondern andere im Rahmen der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten finanzierten Leistungen wie z.B. zahnärztliche Behandlungen und Kosten für Hilfsmittel.

Einschub: Finanzielle Verhältnisse der Bezüger/innen

Um wirtschaftlich etwas besser gestellten Personen den Zugang zu einer Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten zu ermöglichen, sind verschiedene Anpassungen denkbar. Diese sind nachfolgend im Überblick dargestellt.

Tabelle 19 Einbezug Vermögen, Varianten

	Aktuell	Varianten einer möglichen Anpassung
Vermögensobergrenze* (keine Berücksichtigung von selbstbewohnten Liegenschaften)	100'000 CHF für Alleinstehende resp. 200'000 CHF für Ehepaare	<i>Variante 1a:</i> Erhöhung Vermögensobergrenze <i>Variante 1b:</i> Aufhebung Vermögensobergrenze
Vermögensfreibetrag	30'000 CHF für Alleinstehende resp. 50'000 CHF für Ehepaare Selbstbewohnte Liegenschaften: 112'500 CHF resp. 300'000 CHF, falls Person HE bezieht oder Ehepartner/in im Heim wohnt	<i>Variante 2a:</i> Erhöhung Vermögensfreibetrag <i>Variante 2b:</i> Erhöhung Vermögensfreibetrag für selbstbewohnte Liegenschaften
Darüber: Anrechnung als Einkommen** (Vermögensverzehr)	10%	<i>Variante 3:</i> Reduktion Anteil
Einkommensfreibetrag	Kein Einkommensfreibetrag	<i>Variante 4:</i> Gewährung Einkommensfreibetrag

Quelle: AHV/IV (2020): Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, 5.01 Ergänzungsleistungen, Stand am 1. Januar 2021. * Reinvermögen. ** EL zur AHV, Wohnform: zuhause (im Heim je nach Kanton teils höhere Anteile).

Die Varianten können einzeln oder kombiniert angewandt werden. Zu beachten ist, dass die Varianten unterschiedliche Auswirkungen mit sich bringen:

- Variante 1 bewirkt, dass – im Vergleich zu heute – mehr Personen Anspruch auf die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten hätten. Bei der eigentlichen Berechnung der EL verändert sich hingegen nichts. Operationalisiert werden könnte dies durch eine Erhöhung der Obergrenze oder auch deren Aufhebung. Denn bei hohen Vermögen würde über die Differenzberechnung resp. den Vermögensverzehr ein Einnahmenüberschuss resultieren und bei (sehr) hohen Vermögen sowieso keine EL gewährt werden.
- Varianten 2 und 3 setzen demgegenüber bei der Berechnung der EL an. Wenn jemand einen grundsätzlichen Anspruch hat, würde er neu einen kleineren Teil seiner Ausgaben durch das Vermögen decken müssen. Dadurch würden bestehende anspruchsberechtigte Personen (mit Vermögen) höhere Beiträge erhalten und mehr Personen anspruchsberechtigt werden (nämlich Personen, deren berücksichtigtes Einkommen aktuell die Ausgaben decken kann), d.h. alle Personen mit Vermögen würden profitieren.
- Variante 4 setzt schliesslich auf der Einkommensseite an. So würde das Einkommen weniger berücksichtigt.

Nachfolgend dargestellt sind mögliche Eckpunkte der Finanzierungsvariante. Diese orientiert sich an der heutigen Ausgestaltung der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten und erweitert diese. Die Abweichungen zur heutigen Regelung sind dabei markiert.

Tabelle 20 Vergütung Betreuungskosten über die EL

Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten über die EL	
Anspruchsvoraussetzungen	
Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> - Anspruch auf Rente der AHV (oder IV) - Wohnsitz und Aufenthalt in der Schweiz - Bürger/in der Schweiz oder eines EU-/EFTA-Mitgliedsstaates - Ausländer/innen: seit 10 Jahren in der Schweiz (Flüchtlinge / Staatenlose: 5 Jahre) - Je nach Ausgestaltung: Vermögensobergrenze (wie heute) oder Verzicht darauf
Einkommensabhängig	Ja
Anspruchsermittlung	
Bedarf	Bedarf definiert sich über die Inanspruchnahme: Rückvergütung effektiver Leistungen Bedarfsermittlung: Abklärungsinstrument wäre noch zu definieren
Leistungen	Leistungen, die vergütet werden können: <ul style="list-style-type: none"> - Betreuungsleistungen zuhause (gem. Handlungsfelder) - Betreuungsleistungen im Heim (gem. Handlungsfelder) - Hilfe zuhause - Aufenthalt in Tagesstrukturen für Personen zuhause - Unterstützung durch Angehörige / weitere Personen (unter bestimmten Voraussetzungen)
Prozess	Belege für Krankheits- und Behinderungskosten (z.B. Rechnungen) müssen innert fünfzehn Monaten seit Rechnungsstellung bei der zuständigen EL-Stelle eingereicht werden
Dauer	Für eingereichte Leistung
Finanzierung	
Höhe	Berechnung: Anerkannte Ausgaben – anerkannte Einnahmen (ggf. Anpassungen in der Berechnung / Freibeträge) Falls wie bisher: max. Höhe: Alleinstehende: 25'000 CHF / Ehepaare: 50'000 CHF (für die nachfolgenden Berechnungen werden keine Beschränkungen berücksichtigt)
Auszahlung	Nach Einreichung des Antrags an Person (teils auch direkt an Leistungserbringer möglich)
Wohnformabhängig	Nein (aktuell: ja)
Finanzierung	EL (Kantone) und Kantone / Gemeinden (über Subventionierung der Spitex)
Verwendung	
Zweckbindung	Ja (Rückerstattung von effektiv getätigten Ausgaben)
Leistungserbringer	Je nach Leistung (z.B. Spitex-Organisationen, Heim, Privatpersonen, Familienangehörige)

Quelle: eigene Darstellung, Orientierung an heutiger Regelung der EL, vgl. AHV/IV (2021): Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, 5.01 Ergänzungsleistungen, Stand am 1. Januar 2021.

9.1.2 SWOT-Analyse

In der SWOT-Analyse werden nun die Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken der Varianten diskutiert. Wir orientieren uns dabei an den grundsätzlichen Kriterien in Kapitel 8: Effektivität (Zielerreichung), Effizienz (keine / kaum Mitnahmeeffekte), frühzeitige Erfassung der Personen, ein möglicher Einbezug von Zivilgesellschaft / Freiwilligen und Qualitätssicherung. Darüber hinaus werden weitere Elemente aufgeführt, die spezifisch für oder gegen einzelne Varianten sprechen. Es erfolgt somit keine ausschliesslich kriterienbasierte Beurteilung, sondern die Charakteristika (Stärken, Schwächen, Chancen, Risiken) der Varianten sollen herausgearbeitet werden.

Die Stärke der Finanzierungsvariante «Vergütung über die EL» liegt in deren Zielgenauigkeit (Effektivität). Personen, die finanziell durch die Pflege- und Betreuungskosten stark belastet wären, erhalten finanzielle Beiträge. Das Instrument kann somit als vergleichsweise effektiv und effizient bezeichnet werden: Die Zielgruppe wird erreicht und die Unterstützung erfolgt bei – im Vergleich mit anderen Instrumenten – geringerem Finanzbedarf. Die Qualität der Leistungserbringung kann dabei grundsätzlich gewährleistet werden, da nur bestimmte Leistungen vergütet werden. Zudem können Angehörige (sofern sie Leistungen in einem substanziellen Ausmass erbringen) über das Instrument eine Vergütung erhalten. Die Definition der Betreuungsleistungen kann des Weiteren so erfolgen, dass die Handlungsfelder guter Betreuung gem. Knöpfel et al. (2020a) abgedeckt werden und somit die Betreuung ein entsprechendes Gewicht erhält. Chance dieser Ausgestaltungsform ist somit eine bessere Betreuung: Personen, die aktuell eine grosse finanzielle Last zu tragen hätten, können die Leistungen ggf. vermehrt in Anspruch nehmen, wodurch evtl. auch ein längeres Wohnen zuhause möglich ist. Die finanzielle Unterstützung fokussiert dabei auf Personen, welche finanziell schwächer gestellt sind.

Nachteile der Variante liegen in der rückwirkenden Vergütung, d.h. die Personen müssen die Leistungen vorfinanzieren, dem fehlenden Einbezug der Zivilbevölkerung¹²⁹, der fehlenden Möglichkeit zur frühzeitigen Erfassung sowie in der Tatsache, dass jede Vermögensgrenze eine «willkürliche» Unterscheidung trifft, so dass Personen knapp darüber nicht mehr anspruchsberechtigt sind (Schwelle).

Ein Risiko ist die Inanspruchnahme. So müssen Personen selbst aktiv werden. Wenn davon ausgegangen wird, dass die Betreuungsleistung z.B. aufgrund der Prävention gesamtgesellschaftlich einen Nutzen stiftet, erfolgt die Nachfrage ggf. zu spät resp. in zu geringem Ausmass¹³⁰. Ausserdem kann das Instrument der EL eine höhere Hürde darstellen als andere Finanzierungsvarianten (so beziehen Personen teilweise keine Beiträge, obwohl sie Anspruch darauf hätten).

Ein weiteres Risiko ist die Realisierbarkeit. Durch die EL-Reform, welche auf das Jahr 2021 das Vermögen stärker berücksichtigt (vgl. nachfolgenden Exkurs) erscheint eine Anpassung in die entgegengesetzte Richtung aktuell schwierig (dies betrifft allerdings nur die Anpassung in Bezug auf den erweiterten Personenkreis). Bei einer Erweiterung der Anzahl Bezüger/innen ist zudem

¹²⁹ Gemeint ist hierbei Freiwilligenarbeit (nicht die Angehörigen, welche in der Variante einbezogen werden können).

¹³⁰ Anmerkung: Dies gilt nicht nur für die EL, sondern für alle nachfolgend diskutierten Instrumente (sofern von Seiten der Leistungserbringenden kein Fokus auf den Abbau von Zugangshürden gelegt wird).

fraglich, ob finanzielle Beiträge für Personen akzeptiert werden, die verhindern, dass Kapital – welches u.a. für die Altersvorsorge angespart wurde – dann auch für diese gebraucht wird.

Schliesslich muss ein Abklärungsinstrument (mit vertretbarem Aufwand) implementiert werden.

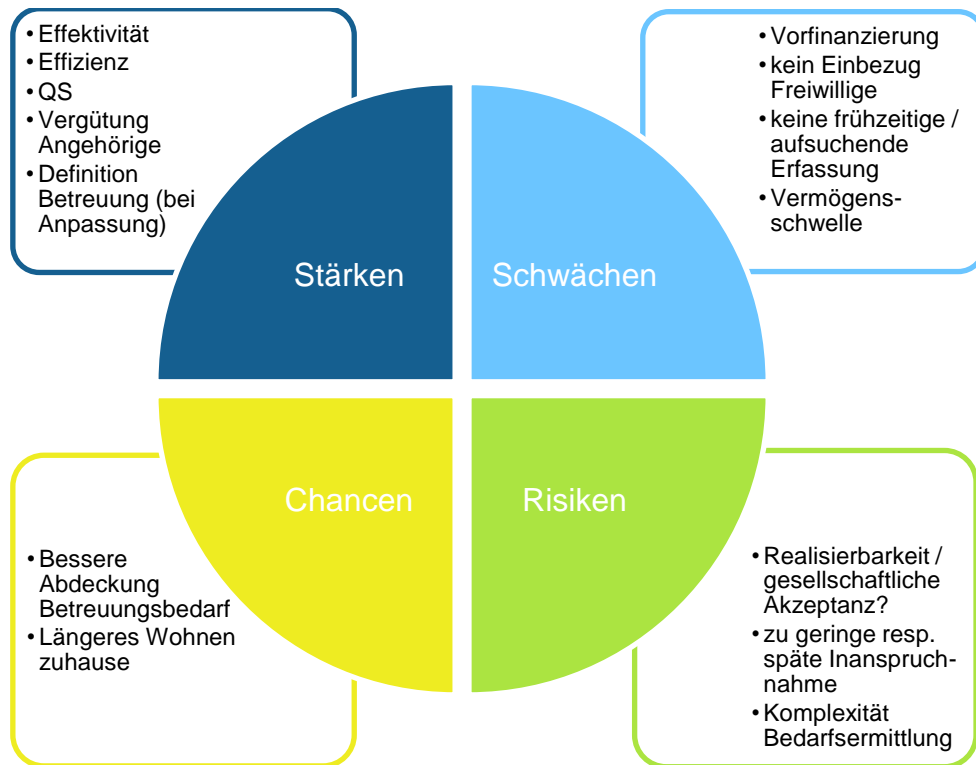
Einschub: EL-Reform und Motion «Ergänzungsleistungen für betreutes Wohnen»

Der Einbezug des Vermögens bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen wurde mit der EL-Reform auf das Jahr 2021 angepasst. Das Vermögen wird wieder¹³¹ stärker berücksichtigt, indem die Vermögensfreibeträge gesenkt und neu Vermögensobergrenzen eingeführt wurden. Das Anpassungselement einer Erhöhung der Anzahl Bezüger/innen würde somit in die entgegengesetzte Richtung gehen. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass der Ausbau nur für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten über die EL gelten würde. Diese machen aktuell ca. 10% der gesamten Ergänzungsleistungen aus.

Bei den anderen Anpassungsvorschlägen sieht es anders aus (erweiterte Definition der Betreuung, unabhängig vom Wohnort zuhause oder im Heim): Die Motion «Ergänzungsleistungen für betreutes Wohnen» (18.3716, eingereicht am 31.08.2018) fordert die Sicherstellung der Finanzierung von betreutem Wohnen über Ergänzungsleistungen zur AHV. Falls die Motion in dem Sinne umgesetzt würde, dass unter «betreutem Wohnen» auch «Wohnen zuhause mit Betreuung» subsumiert würde, würde dies unserem ersten Anpassungsvorschlag (Ausweitungen der Betreuungsleistungen im ambulanten Bereich) entsprechen.

¹³¹ Im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurden per 1. Januar 2011 die Vermögensfreibeträge um 50% erhöht. Dies wurde in der jüngsten Reform wieder zurückgenommen.

Abbildung 8 Vergütung Betreuungskosten über die EL, SWOT-Analyse



9.1.3 Quantifizierung

Im nachfolgenden Abschnitt erfolgt eine sehr grobe Quantifizierung der Auswirkungen eines Ausbaus der EL. Diese basiert auf verschiedenen Annahmen und beinhaltet substantielle Unsicherheiten und Unschärfen. Insbesondere gilt es, folgende Punkte zu beachten:

- Wir berücksichtigen nur den Mehrbedarf. Eine allfällige Verschiebung von privat zu staatlich finanzierten Leistungen der aktuellen Inanspruchnahme berechnen wir nicht. Es gilt somit die Annahme, dass die aktuelle Inanspruchnahme durch staatliche Unterstützungsbeiträge (EL / HE) vollständig finanziert wird.¹³²
- Wir treffen weiter die Annahme, dass der Mehrbedarf unabhängig von der finanziellen Situation resultiert, d.h. dass ein/e EL-Bezüger/in im Durchschnitt denselben Mehrbedarf aufweist wie eine Person ohne EL.
- Weiter gehen wir davon aus, dass für anspruchsberechtigte Personen der gesamte Mehrbedarf über die EL finanziert würde, d.h. dass alle definierten Betreuungsfelder anerkannt werden und keine Begrenzung der Inanspruchnahme vorgenommen wird. Dazu zählt auch die Annahme, dass dies von den Personen vollständig in Anspruch genommen wird.
- Schliesslich nehmen wir an, dass der Mehrbedarf durch die Spitex geleistet wird. Dadurch ist der Stundensatz höher als beispielsweise bei Familienangehörigen.

¹³² Im Falle der neu anspruchsberechtigten Personen (d.h. Personen, die aktuell keine EL erhalten) ist diese Annahme restriktiv.

1. Leistungen im ambulanten Bereich

EL-Bezüger/innen, die zuhause wohnen, erhalten bereits heute Leistungen vergütet. Diese liegen allerdings unter dem geschätzten Bedarf. Würde der Mehrbedarf vollständig abgedeckt (z.B. durch eine Ausweitung der Definition der Betreuung) entstehen Mehrkosten:

- Der Mehrbedarf im ambulanten Bereich liegt bei 488 bis 1159 Mio. CHF jährlich.
- Die EL-Quote bei Personen über 65 Jahren, die zuhause wohnen, beträgt rund 10%¹³³
- Entsprechend gehen wir von einem Mehrbedarf der aktuellen EL-Bezüger/innen, die zuhause wohnen, von 49 Mio. CHF bis 116 Mio. CHF pro Jahr aus.

Zu beachten ist, dass diese Mehrkosten nicht alleine von der EL finanziert würden. Denn die EL würden nur diejenigen Kosten bezahlen, die den Personen verrechnet werden. Bei einem Stundensatz von 32 CHF¹³⁴ wären dies Mehrkosten von 26 – 61 Mio. CHF pro Jahr. Die restlichen Mehrkosten resultieren bei Kantonen und Gemeinden, welche die Spitex subventionieren.

2. Leistungen im stationären Bereich

Im stationären Bereich werden aktuell über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten keine Leistungen für Betreuung finanziert. Würde dies geändert, könnte der Mehrbedarf über die EL finanziert werden. Die Berechnung der Mehrkosten wäre dann wie folgt:

- Gemäss Schätzung liegt der Mehrbedarf im stationären Bereich bei 300 bis 450 Mio. CHF.
- Die Bezügerquote entspricht aktuell ca. 53%.¹³⁵
- Bei Übernahme durch die EL würden Mehrkosten von 159 bis 239 Mio. CHF für (in Bezug auf ihre wirtschaftliche Situation) aktuell anspruchsberechtigte EL-Bezüger/innen resultieren.

Die Aufteilung zwischen den Finanzierungsträgern müsste noch bestimmt werden. Wenn über die EL bspw. derselbe Stundensatz vergütet würde wie für den ambulanten Bereich (32 CHF), würde über die EL 102 bis 153 Mio. CHF zusätzlich vergütet (der Rest von Kanton / Gemeinden).

3. Anzahl Bezüger/innen

Unter der Annahme, dass künftig mehr Personen profitieren sollen, würden die Kosten steigen. Wie der Ausbau erfolgt und wie viele Personen in der Folge dadurch zusätzlich profitieren können und sollen, wäre politisch zu klären. Wenn wir – rein zur Illustration – davon ausgehen, dass die EL-Quote für Personen zuhause neu bei 20% (anstelle von 10%) zu liegen käme und für Personen im Heim bei 75% (anstelle der 53%) betragen würde, hätte dies folgende Auswirkungen:

¹³³ Die Verwendung der aktuellen Bezügerquote ist restriktiv. Denn bei einer Realisierung des Mehrbedarfs würden die anrechenbaren Kosten steigen und die Personen hätten rascher Anspruch auf EL (auch bei den heutigen Vermögensgrenzen), d.h. die EL-Quote würde steigen.

¹³⁴ Vgl. Meier et al. (2020). Die Vollkosten liegen demgegenüber bei 61 CHF / Std.

¹³⁵ Die Verwendung der aktuellen Bezügerquote ist restriktiv. Denn bei einer Realisierung des Mehrbedarfs würden die anrechenbaren Kosten steigen und die Personen hätten rascher Anspruch auf EL, d.h. die EL-Quote würde steigen.

- a. Ambulanter Bereich: Die zusätzlichen Bezüger/innen (neu 20% anstelle von 10%, d.h. Zunahme um 10 Prozentpunkte) erhalten ihren Mehrbedarf finanziert.¹³⁶ Dies sind Mehrkosten von 49 bis 116 Mio. CHF pro Jahr (EL und Subventionierung Kantone / Gemeinden).
- b. Stationärer Bereich: Bei den Heimbewohner/innen würde die Bezügerquote um 22 Prozentpunkte steigen. Damit liegen die Mehrkosten aufgrund der Ausweitung der Anzahl anspruchsberechtigten Personen bei 22% des gesamten Mehrbedarfs und somit bei 66 bis 99 Mio. CHF pro Jahr (die Aufteilung zwischen EL und Kanton / Gemeinden wäre zu klären).

Insgesamt würden sich anhand dieser Abschätzung Mehrkosten von 320 bis 570 Mio. CHF jährlich ergeben.¹³⁷ Die Spannweite resultiert aus der Bandbreite der Schätzung zum Mehrbedarf (vgl. Kapitel 6). Der Grossteil der Mehrkosten resultiert aus dem stationären Bereich, da die Personen im Heim einen hohen Mehrbedarf, insb. aber auch eine hohe EL-Quote aufweisen. Zum Vergleich: Aktuell betragen die Ausgaben der gesamten EL zur AHV 3058 Mio. CHF pro Jahr, die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten für Rentner/innen der AHV 312 Mio. CHF pro Jahr¹³⁸ resp. nur die Vergütung von Hilfe und Pflege zuhause für Rentner/innen der AHV ca. 55 Mio. CHF pro Jahr (Zahlen des Jahres 2019).

Tabelle 21 Vergütung Betreuungskosten über die EL, Schätzung

	Mehrbedarf / Mehrkosten pro Jahr (EL und Kantone / Gemeinden)	
	Min.	Max.
Ambulanter Bereich*		
1. Leistungen im ambulanten Bereich: EL-Bezüger zuhause beziehen mehr Leistungen (neue Definition)	49 Mio. CHF	116 Mio. CHF
3a. Anzahl Bezüger/innen: Auch Personen des Mittelstands haben neu Anspruch	49 Mio. CHF	116 Mio. CHF
Stationärer Bereich		
2. Leistungen im stationären Bereich: EL-Bezüger im Heim beziehen mehr Leistungen (neue Definition)	159 Mio. CHF	239 Mio. CHF
3b. Anzahl Bezüger/innen: Auch Personen des Mittelstands haben neu Anspruch	66 Mio. CHF	99 Mio. CHF
Insgesamt	323 Mio. CHF	569 Mio. CHF

* Anmerkung: Die Werte der beiden Anpassungen (1 / 3a) sind deshalb gleich, weil wir nur den Mehrbedarf berücksichtigen und die Änderungen differenziert ausweisen. In der ersten Berechnung (1) entsprechen die Mehrkosten 10% des Mehrbedarfs insgesamt, da die EL-Quote 10% beträgt. In der zweiten Berechnung (3a) steigt die Anzahl Bezüger/innen und die EL-Quote liegt bei 20%, d.h. es sind 20% des Mehrbedarfs insgesamt. Die 10% Mehrbedarf der bisherigen EL-Bezüger/innen werden abgezogen, weil sie in Berechnung 1

¹³⁶ Wie bereits erwähnt, wird nur der Mehrbedarf berücksichtigt. Im Falle der neu anspruchsberechtigten Personen (d.h. Personen, die aktuell keine EL erhalten) ist diese Annahme restriktiv. Eine grobe Abschätzung hat jedoch gezeigt, dass dies im Vergleich zum Mehrbedarf eine geringere Rolle spielt.

¹³⁷ Anmerkung: Da es sich hierbei nur um sehr grobe Schätzungen handelt, runden wir die Zahlen im Text teilweise. Für die Berechnung selbst weisen wir hingegen die exakten Werte aus (da die Herleitung ansonsten schwer nachvollziehbar wäre).

¹³⁸ Für alle Rentner/innen (AHV / IV) sind es insgesamt 5199 Mio. CHF und für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten 523 Mio. CHF pro Jahr.

bereits berücksichtigt sind (und ansonsten doppelt gezählt würden). Min. / Max. = Minimal- und Maximalwert basierend auf der Spannweite des geschätzten Mehrbedarfs (vgl. Tabelle 14).

Das heisst, es würden Kosten in der Höhe von 320 bis 570 Mio. CHF pro Jahr resultieren. Damit könnte der Mehrbedarf von finanziell schwächer gestellten Personen gedeckt werden (bei aktuell in Anspruch genommenen Leistungen wird davon ausgegangen, dass diese bereits ganz oder teilweise über andere Instrumente finanziert werden). Somit wäre der gesamte Bedarf von finanziell schwächer gestellten Personen an guter Betreuung gedeckt. Finanziell besser gestellte Personen erhielten demgegenüber keine Unterstützung und würden ihren Bedarf entweder privat finanzieren, über Angehörige (unentgeltlich) beziehen oder gar nicht decken. Würde man auf die Ausweitung des Bezügerkreises verzichten (nur Anpassung 1 und Anpassung 2), würden Kosten in der Höhe von 210 bis 350 Mio. CHF pro Jahr resultieren.

9.2 Betreuungsentschädigung

Als zweite Finanzierungsvariante betrachten wir ein Instrument, das sich an der Hilflosenentschädigung orientiert. Die grössten Unterschiede zu Finanzierungsvariante 1: Das Instrument ist nicht einkommensabhängig und die Verwendung der Mittel ist frei.

9.2.1 Mögliche Ausgestaltung

Ausgangslage: Hilflosenentschädigung

Die Hilflosenentschädigung HE leistet Beiträge an Bezüger/innen einer Altersrente, wenn diese als hilflos gelten. Hilflos ist dabei, wer für alltägliche Lebensverrichtungen (z.B. Ankleiden, Körperpflege) dauernd auf die Hilfe Dritter angewiesen ist, dauernder Pflege oder persönlicher Überwachung bedarf. Die HE wird pauschal ausbezahlt, dabei gibt es drei Stufen (leicht / mittel / schwer). Anspruch auf eine HE leichten Grades haben nur Personen, die zuhause wohnen. Die Verwendung der Beiträge ist nicht zweckgebunden.

Ausbau der Vergütung: Betreuungsentschädigung

Die Definition von Hilflosigkeit orientiert sich stark an Pflegebedürftigkeit und Unterstützung im Alltag aufgrund körperlicher (oder ggf. auch weiterer) Einschränkungen. Ein sozialer Betreuungsbedarf ist nicht Teil davon. Dies könnte mit einer entsprechenden neuen Definition angepasst werden. Nachfolgend ist eine mögliche Variante der Betreuungsentschädigung dargestellt, die sich in Bezug auf den Ablauf an der Hilflosenentschädigung orientiert und deren Eckpunkte wie folgt zusammengefasst werden können:

- Die Betreuungsentschädigung (BE) leistet Beiträge an Bezüger/innen von Altersrenten, welche die Gestaltung des täglichen Lebens nicht mehr selbstständig durchführen können.
- Der Anspruch auf eine Betreuungsentschädigung ist nicht abhängig von den finanziellen Verhältnissen (Einkommen / Vermögen).
- Die Höhe der Betreuungsentschädigung hängt von der Höhe des Betreuungsbedarfs ab. Dieser könnte auf den 6 Handlungsfeldern guter Betreuung basieren.¹³⁹

¹³⁹ Zum Vergleich: Bei der HE werden die Bereiche Ankleiden / Auskleiden, Aufstehen / Absitzen / Abliegen, Essen, Körperpflege, Toilettengang, Fortbewegung / Kontakt mit der Umwelt berücksichtigt.

- Die Person ist in der Verwendung der BE frei, d.h. sie kann Angehörige entschädigen, Spitexleistungen beziehen oder die Entschädigung für andere Zwecke verwenden.

Nachfolgende Tabelle stellt die Eckpunkte dar. Abweichungen zur HE sind markiert.

Tabelle 22 Betreuungsentschädigung

Betreuungsentschädigung	
Anspruchsvoraussetzungen	
Voraussetzungen	<p>Bezügerinnen und Bezüger von AHV-Renten oder Ergänzungsleistungen mit Wohnsitz in der Schweiz erhalten eine BE unter folgenden Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sie weisen in leichtem, mittlerem oder schwerem Grade Betreuungsbedarf aus - Je nach Ausgestaltung: Der Betreuungsbedarf ist dauerhaft (falls wie HE: Betreuungsbedarf hat ununterbrochen mindestens ein Jahr gedauert, dies könnte jedoch ggf. auf 3 Monate angepasst werden, um eine frühere Betreuung zu ermöglichen). Anmerkung: Um betagten Menschen den längeren Verbleib zuhause zu ermöglichen, beantragte die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates am 30. April 2021, die Wartefrist für die Hilflosenentschädigung von einem Jahr auf 90 Tage zu verkürzen.
Einkommensabhängig	Nein
Anspruchsermittlung	
Bedarf	<p>Einen Betreuungsbedarf hat, wer für die Gestaltung des täglichen Lebens dauernd auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und Betreuung bedarf. Für 6 Bereiche wird erfasst, ob Person regelmässig in erheblicher Weise auf Unterstützung Dritter angewiesen ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selbstsorge - soziale Teilhabe - Alltagsgestaltung - Betreuung in Pflegesituationen - Haushaltsführung - (Alltags-)Koordination <p>Bedarfsermittlung: Abklärungsinstrument und -stelle wären noch zu klären (HE: Bestätigung eines Arztes für die Beantragung nötig) Leicht: in mind. 2 Bereichen Bedarf, mittel: in mind. 4 Bereichen, schwer: in 6 Bereichen</p>
Leistungen	Keine definiert
Prozess	Schweizweit einheitliches Anmeldeformular mit Angaben zu Person, Beeinträchtigung, Betreuungsbedarf an entsprechende Stelle (HE: IV-Stelle des Wohnkantons)
Dauer	i.d.R. auf unbestimmte Zeit
Finanzierung	
Höhe	Falls wie HE: leicht: 239 CHF / mittel: 598 CHF / schwer: 956 CHF pro Monat (Für die nachfolgende Berechnung: im Durchschnitt 139 bis 253 CHF, s.u.)
Auszahlung	monatlich an Person
Wohnformabhängig	Nein

Finanzierung	AHV
Verwendung	
Zweckbindung	Nein
Leistungserbringer	Frei

Quelle: eigene Darstellung, Orientierung an Hilflosenentschädigung zu AHV, vgl. AHV/IV (2021): Altersrenten und Hilflosenentschädigungen der AHV, 3.01 Leistungen der AHV, Stand am 1. Januar 2021.

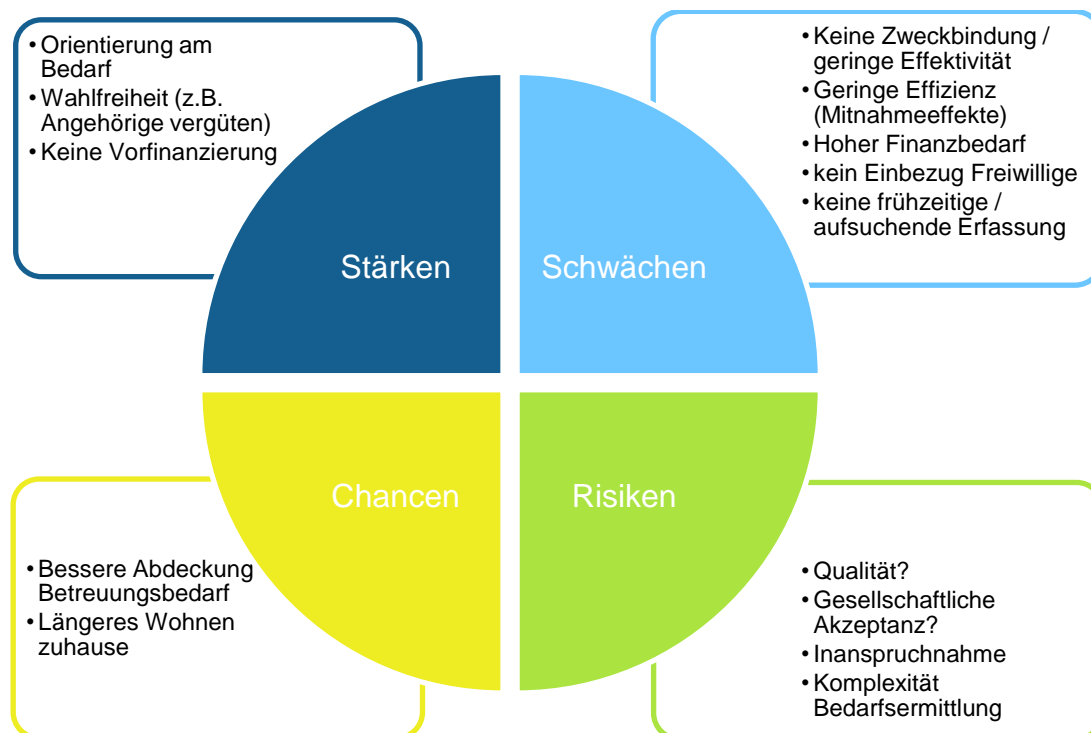
9.2.2 SWOT-Analyse

Die Stärke der Variante liegt in der Orientierung an den Bedürfnissen und am Bedarf: Personen, die einen Betreuungsbedarf aufweisen, erhalten eine Entschädigung. Die finanzielle Unterstützung für eine gute Betreuung wird dabei allen Personen, unabhängig von ihrer finanziellen Situation gewährt. Diese können sie frei verwenden, sie müssen keine Vorfinanzierung leisten und eine komplizierte Abrechnung von Leistungen ist nicht nötig. Die Chance dabei ist, dass die Personen die Betreuungsentschädigung zielgerichtet einsetzen, ihre Betreuung dadurch verbessert werden kann und sie möglicherweise auch länger zuhause wohnen bleiben können.

Die Stärke der freien Verwendung der Variante ist aber auch gleichzeitig eine Schwäche: Durch die fehlende Zweckbindung resp. die fehlende Überprüfung kann nicht gewährleistet werden, dass die Beiträge tatsächlich zur Finanzierung des Betreuungsbedarfs eingesetzt werden. Es besteht die Gefahr, dass die Zielgenauigkeit und die Zielerreichung gering, die Mitnahmeeffekte hingegen hoch sind. Die Effizienz ist – bei hohem Finanzbedarf – eher als schlecht einzuschätzen. Dies gilt zumindest dann, wenn sich die Ausgestaltung der Betreuungsentschädigung an derjenigen der HE orientiert. Grundsätzlich wäre auch eine Zweckbindung möglich (die Person muss die Beiträge für die Betreuung verwenden, wobei es ihr überlassen bleibt, welche Leistungen und welche Leistungserbringer sie konkret in Anspruch nimmt). Weiter erfolgt kein Einbezug von Freiwilligen und eine frühzeitige / aufsuchende Erfassung der Personen ist mit diesem Instrument nicht möglich.

Die Qualität der Betreuung kann zudem nicht kontrolliert werden. Damit besteht das Risiko einer ungenügenden Betreuung (trotz hoher Kosten). Weiter ist die Ermittlung des Betreuungsbedarfs wahrscheinlich deutlich komplexer als die Ermittlung der Hilflosigkeit (die heute für die Anspruchsklärung einer HE durchgeführt wird). Würde die Abklärung dabei zu einfach ausgestaltet, besteht aus unserer Sicht eine hohe Gefahr, dass das Instrument gesellschaftlich und politisch nicht akzeptiert würde.

Abbildung 9 Betreuungsentuschädigung, SWOT-Analyse



9.2.3 Quantifizierung

Quantifizierung 1: Konstanter Gesamtbetrag

Um die Unterschiede dieser Finanzierungsvariante zum vorigen Instrument aufzuzeigen, gehen wir für die Quantifizierung davon aus, dass *derselbe Betrag* wie bei Finanzierungsvariante 1 zur Verfügung steht. D.h. wir treffen folgende Annahmen:

- Die Personen verteilen sich gleich auf die drei Kategorien «leicht / mittel / schwer».
- Die Höhe der Beiträge legen wir fest, indem wir uns am Beitragsvolumen von Finanzierungsvariante 1 orientieren, d.h. 323 bis 569 Mio. CHF / Jahr.¹⁴⁰ Dies ergibt im Durchschnitt 90 bis 158 CHF pro Monat und pro Person (minimale resp. maximale Schätzung).¹⁴¹ Zum Vergleich: Bei der HE werden monatlich zwischen 239 und 956 CHF ausbezahlt (je nach Stufe).
- Aktuell werden über die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten der EL pro Jahr ca. 55 Mio. CHF für die Pflege und Betreuung zuhause finanziert. Wir nehmen an, dass dies entfällt und neu über die BE gedeckt wäre.

¹⁴⁰ Die Umrechnung erfolgt im stationären Bereich anhand der Anzahl Bewohner/innen an einem Stichtag. Im ambulanten Bereich wird die durchschnittliche Bezugsdauer berücksichtigt (Daten von LUSTAT Statistik Luzern, Spitex-Organisationen und selbständige Pflegefachpersonen: Durchschnittliche Verweildauer in der Pflege, Jahr 2019).

¹⁴¹ Da wir von einer Gleichverteilung auf die 3 Stufen ausgehen, ist für die Berechnung der Durchschnitt relevant. Anmerkung: Wir orientieren uns am gleichen Beitragsvolumen, um die Schätzung vergleichen zu können. Zudem würde eine mögliche Alternative, nämlich die Beiträge der HE zu verwenden, dazu führen, dass die Vergütung höher liegt als der tatsächliche Mehrbedarf (zumindest im stationären Bereich).

Die Berechnung ist in nachfolgender Tabelle aufgeführt. Die aufgeführten Mehrkosten verteilen sich zu rund 70% auf den ambulanten und ca. 30% auf den stationären Bereich. Damit könnten etwa 40% des Mehrbedarfs gedeckt werden. Zum Vergleich: Über die HE werden pro Jahr ca. 516 Mio. CHF geleistet.

Tabelle 23 Betreuungsentschädigung, Schätzung

	BE pro Person und pro Monat (im Durchschnitt)	Anzahl Personen	Mehrkosten pro Jahr ins- gesamt (in CHF)
Ambulanter Bereich			
Min.	90 CHF	213'583	230 Mio. CHF
Max.	158 CHF	213'583	406 Mio. CHF
Stationärer Bereich			
Min.	90 CHF	85'900	93 Mio. CHF
Max.	158 CHF	85'900	163 Mio. CHF
Insgesamt (Min.)			323 Mio. CHF
Insgesamt (Max.)			569 Mio. CHF
Entlastung EL			-55 Mio. CHF

Min. / Max. = Minimal- und Maximalwert basierend auf der Spannweite des geschätzten Mehrbedarfs (vgl. Tabelle 14).

Wenn wir nun die Finanzierungsvariante 2 mit der Finanzierungsvariante 1 vergleichen, zeigt sich folgender Mechanismus: Mit demselben Betrag können entweder *alle Kosten* für einen *Teil der Personen* (EL-Bezüger/innen in Finanzierungsvariante 1) oder ein *Teil der Kosten* für *alle Personen* (Finanzierungsvariante 2) gedeckt werden. In Finanzierungsvariante 2 erhielten alle Personen einen Teil ihres Mehrbedarfs finanziert (ca. 40%), den anderen Teil hingegen nicht. Der nicht gedeckte Anteil müsste entweder privat finanziert werden oder würde nicht bezogen. Im Hinblick darauf, dass es sich um einen Mehrbedarf handelt, der aktuell gerade nicht in Anspruch genommen wird, ist eher davon auszugehen, dass ohne entsprechende Finanzierung dieser Teil des Mehrbedarfs nicht gedeckt resp. in Anspruch genommen würde.

Quantifizierung 2: Abdeckung gesamter Mehrbedarf

Es ist aber auch denkbar, dass in Finanzierungsvariante 2 der Beitrag höher gewählt wird als in Finanzierungsvariante 1. Wenn der gesamte *Mehrbedarf* abgegolten werden soll (für alle Personen), ergeben sich Kosten von 800 Mio. bis 1.6 Mrd. CHF pro Jahr (Mehrbedarf aus Kapitel 6). Einsparungen würden wiederum bei der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten resultieren (55 Mio. CHF / Jahr). Dies bedeutet: Es würden insgesamt Mehrkosten von **0.7 bis 1.5 Mrd. CHF** pro Jahr resultieren.

Quantifizierung 3: Abdeckung gesamter Bedarf

Grundsätzlich könnten bei einer Finanzierung über die BE zusätzlich auch die bereits heute in Anspruch genommenen (jedoch privat finanzierten) Betreuungsleistungen berücksichtigt werden (d.h. die Berechnung der Kosten berücksichtigt neben dem Mehrbedarf auch den bereits gedeckten Bedarf). Konkret würden im ambulanten Bereich die formellen Leistungen (Betreuungsleistungen durch die Spitex) und im stationären Bereich die Betreuungstaxen für die Berechnung der BE ebenfalls berücksichtigt. Dies bedeutet: Zum Mehrbedarf von 0.7 bis 1.5 Mrd. CHF pro Jahr kämen noch folgende Kosten dazu:

- Ambulanter Bereich: Aktuell werden 6.3 Mio. Stunden Betreuungsleistungen der Spitex in Anspruch genommen. Diese werden teilweise bereits subventioniert (durch Beiträge von Kantonen und Gemeinden an die Spitex). Wir berücksichtigen daher nur die an die Personen verrechneten Tarife (ca. 32 CHF / Std.). Dies ergibt ca. 202 Mio. CHF pro Jahr. Diese Kosten würden neu staatlich finanziert werden (und über die BE vergütet).
- Stationärer Bereich: Aktuell werden 7.8 Mio. Stunden Betreuungsleistungen geleistet (hier ist nicht die Sicht der Empfänger relevant, sondern die des Anbieters, d.h. 1 Gruppenstunde wird als 1 Stunde gezählt). Diese Kosten werden aktuell von den Heimbewohner/innen getragen. Wenn wir von Vollkosten von 50 CHF / Stunde ausgehen, ergibt dies 392 Mio. CHF pro Jahr. Ein substantieller Teil wird von der EL bereits übernommen, da die Betreuungstaxen anerkannte Ausgaben sind.¹⁴² Wenn wir für die 53% EL-Bezüger/innen im Heim davon ausgehen, dass die Betreuung bisher über die EL finanziert wird, resultiert «nur» noch knapp die Hälfte an Mehrkosten, 184 Mio. CHF.

Wenn wir den Mehrbedarf und die Übernahme der aktuellen Inanspruchnahme zusammenführen, ergeben sich Mehrkosten in der Höhe von jährlich **1.1 bis 1.9 Mrd. CHF**.

9.3 Betreuungsgutsprachen

Die dritte Finanzierungsvariante setzt an einem bestehenden Pilotprojekt zu Betreuungsgutsprachen an und ist inhaltlich ähnlich wie Finanzierungsvariante 1.

9.3.1 Mögliche Ausgestaltung

Ausgangslage: Pilotprojekt in Bern

Eine weitere Variante, die Betreuung im Alter staatlich zu finanzieren, wäre die Einführung eines Betreuungsgutscheins resp. einer Betreuungsgutsprache. Diese gibt es beispielsweise bereits in der Stadt Bern. Anspruchsberechtigt sind AHV-Rentner/innen unter einem bestimmten Einkommen resp. Vermögen. Nach einer Bedarfsabklärung durch Pro Senectute können die effektiv getätigten Ausgaben in definierten Bereichen rückerstattet werden, wobei die Leistungserbringer nur eingeschränkt gewählt werden können.

¹⁴² Weiter gibt es teilweise kantonale Beihilfen resp. Zuschüsse von Gemeinden. Diese sind unterschiedlich nach Kanton / Gemeinde und werden bei dieser – groben – Abschätzung nicht berücksichtigt.

Regionale Ausweitung und Anpassung

Das Modell von Bern könnte gesamtschweizerisch angewandt werden. Für die nachfolgenden Überlegungen werden zudem Anpassungen vorgenommen:

- Es könnten höhere max. Beiträge geleistet werden, da sich dieser Punkt bei der Ausgestaltung des Modells in Bern als kritisch erwiesen hat.
- Auch Personen, die im Heim wohnen, wären anspruchsberechtigt (in Bern soll mit dem Modell das Wohnen zuhause gefördert resp. ermöglicht werden, entsprechend können Heimbewohner/innen keine Leistungen beziehen).
- Die Leistungsbereiche würden den 6 Handlungsfeldern guter Betreuung entsprechen.

Nachfolgende Tabelle stellt die Eckpunkte des Modells «Betreuungsgutsprache» im Überblick dar. Die Abweichungen zum Modell in Bern sind markiert.

Tabelle 24 Betreuungsgutsprache

Betreuungsgutsprache	
Anspruchsvoraussetzungen	
Voraussetzungen	AHV-Rentner/innen in finanziell bescheidenen Verhältnissen (Bern: steuerbares Einkommen: Einzelpersonen 32'000 CHF / Ehepaare 48'000 CHF, Vermögen: 37'500 CHF / 60'000 CHF)
Einkommensabhängig	Ja (Einkommens- und Vermögensobergrenzen)
Anspruchsermittlung	
Bedarf	Bedarfsabklärung durch Pro Senectute (oder eine andere Stelle) Bedarfsermittlung: Abklärungsinstrument wäre ggf. anzupassen
Leistungen	Leistungen in folgenden Bereichen: <ul style="list-style-type: none"> - Selbstsorge - soziale Teilhabe - Alltagsgestaltung - Betreuung in Pflegesituationen - Haushaltsführung - (Alltags-)Koordination
Prozess	Abklärung bei den gesuchstellenden Personen durch Pro Senectute (oder eine andere Stelle), Empfehlung an kommunale / kantonale Behörde, welche finanzielle Anspruchsvoraussetzungen prüft und Entscheid vornimmt. Zur Auszahlung werden Rechnungskopien effektiv bezogener Leistungen eingereicht.
Dauer	Für ein Jahr, verlängerbar bei gleichem Bedarf
Finanzierung	
Höhe	Zu definieren (Stadt Bern: max. 6000 CHF pro Jahr für Personen, die zuhause wohnen) (Für die nachfolgenden Berechnungen werden keine Beschränkungen berücksichtigt)
Auszahlung	Rückvergütung an Person (Dies könnte auch über einen «Gutschein» gelöst werden)

Wohnformabhängig	Nein
Finanzierung	Kanton und Gemeinden
Verwendung	
Zweckbindung	Ja (Rückvergütung der Leistungen)
Leistungserbringer	Dienstleistungen können nur bei bestimmten Organisationen bezogen werden

Quelle: eigene Darstellung, Orientierung an Betreuungsgutsprachen Bern, vgl. Stadt Bern (2018): Finanzielle Unterstützung von Betreuung im Alter (Betreuungsgutsprachen), Projektbeschrieb und Website www.bern.ch/themen/gesundheit-alter-und-soziales/alter-und-pensionierung/betreuungsgutsprachen

9.3.2 SWOT-Analyse

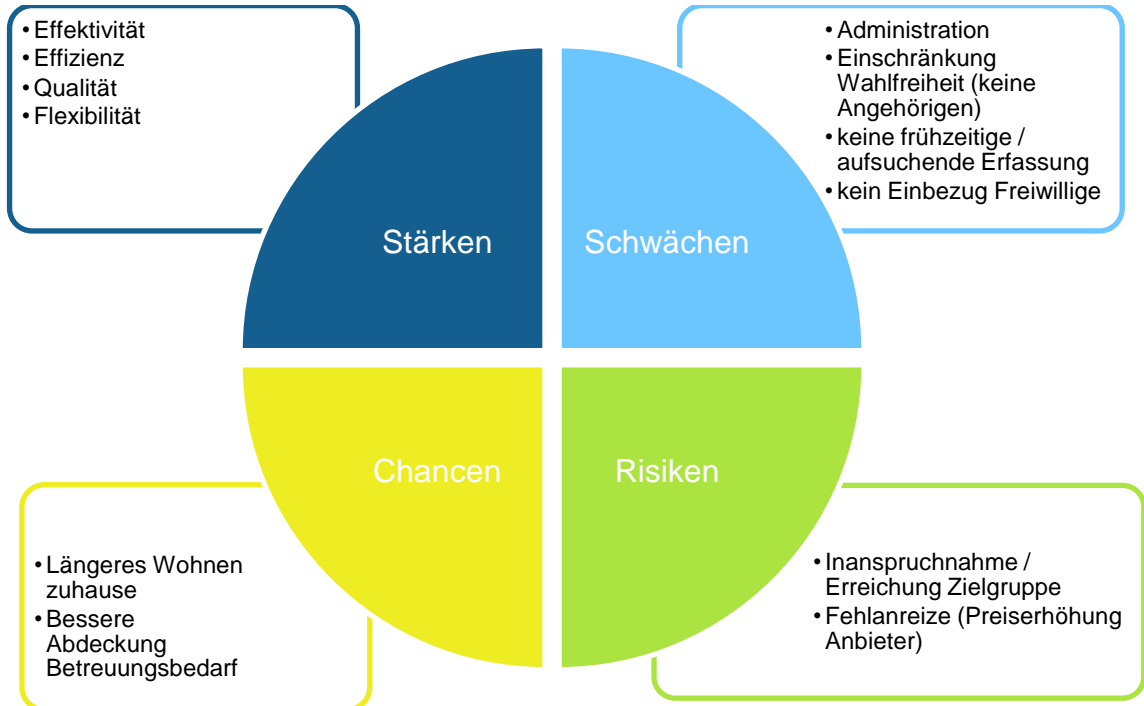
Die Stärken der Variante liegen in der Zielgenauigkeit resp. Effektivität: Personen, die einen Betreuungsbedarf aufweisen, erhalten für die Deckung dieses Bedarfs Unterstützung. Durch die einkommensabhängige Ausgestaltung kann das Instrument – ähnlich wie der Ausbau der EL – zudem als effizient bezeichnet werden. Das Instrument weist im Unterschied zur Finanzierungsvariante über die EL eine höhere Flexibilität auf, indem die lokalen Bedürfnisse auf Kantons- oder Gemeindeebene berücksichtigt werden können. Durch die Zweckbindung und die Anforderung in Bezug auf die Leistungserbringer kann zudem gewährleistet werden, dass Betreuungsleistungen in guter Qualität in Anspruch genommen werden. Die finanzielle Unterstützung für die Deckung des Betreuungsbedarfs fokussiert dabei auf Personen, die in finanziell bescheidenen Verhältnissen leben.

Dies bedingt allerdings Aufwand für die Bedarfsermittlung, die Klärung der Anspruchsvoraussetzungen und die Bewirtschaftung der beitragsberechtigten Institutionen. Eine Unterstützung von Privatpersonen / Angehörigen ist zudem im Unterschied zu den vorigen Instrumenten nicht möglich. Die Personen werden nicht frühzeitig resp. aufsuchend erfasst. Der Einbezug von Freiwilligen ist zudem nur schwer möglich.

Wie bei den anderen Varianten sind durch die Beiträge eine bessere Betreuung und eine höhere Wahlfreiheit bezüglich Wohnform möglich.

Risiken liegen demgegenüber in der Erreichung der Zielgruppe: Nur wer aktiv die Beiträge beantragt, erhält auch finanzielle Unterstützung. Dies bedeutet auch, dass die Personen ihren Bedarf anerkennen und einfordern müssen. Schliesslich gibt es – je nach Ausgestaltung – mögliche Fehlreize. So ist denkbar, dass Anbieter die Preise erhöhen.

Abbildung 10 Betreuungsgutsprache, SWOT-Analyse



9.3.3 Quantifizierung

Für die Berechnung nehmen wir zur besseren Vergleichbarkeit an, dass die Einkommens- und Vermögensgrenzen so festgelegt werden, dass 75% der Personen im Heim und 20% der Personen zuhause Anrecht darauf hätten.¹⁴³ Dies entspricht der Schätzung beim Ausbau der EL in Finanzierungsvariante 1. Entsprechend gilt auch die für Finanzierungsvariante 1 vorgenommene Quantifizierung (Rundungsdifferenzen möglich). Für die Personen mit Anspruch würde hier wiederum der gesamte Mehrbedarf gedeckt werden, bei den bereits in Anspruch genommenen Leistungen wird davon ausgegangen, dass diese bereits ganz oder teilweise über andere Instrumente unterstützt werden (wie bei der EL). Damit wäre der gesamte Bedarf von finanziell schwächer gestellten Personen an guter Betreuung gedeckt. Finanziell besser gestellte Personen erhielten demgegenüber keine Unterstützung und würden ihren Bedarf entweder privat finanzieren, über Angehörige (unentgeltlich) beziehen oder gar nicht decken.

¹⁴³ Anmerkung: Die z.B. 20% bedeuten nicht, dass 20% der Bevölkerung Leistungen erhalten, sondern dass 20% der Personen mit Bedarf Leistungen erhalten.

Tabelle 25 Betreuungsgutsprache, Schätzung

	Mehrbedarf / Mehrkosten pro Jahr	
	Min.	Max.
Ambulanter Bereich		
Leistungen im ambulanten Bereich	98 Mio. CHF	232 Mio. CHF
Stationärer Bereich		
Leistungen im stationären Bereich	225 Mio. CHF	338 Mio. CHF
Insgesamt	323 Mio. CHF	569 Mio. CHF

Min. / Max. = Minimal- und Maximalwert basierend auf der Spannweite des geschätzten Mehrbedarfs (vgl. Tabelle 14).

9.4 Anstossfinanzierung «Betreuung»

Die Finanzierungsvarianten 1-3 entsprechen alle einem Instrument mit Subjektfinanzierung: Die Personen mit Betreuungsbedarf erhalten eine finanzielle Unterstützung zur Finanzierung ihrer Betreuungsleistungen. Damit weisen sie allerdings einen Schwachpunkt aus, und zwar die Anforderung, dass die Personen ihren Bedarf erkennen, sich eingestehen und um finanzielle Unterstützung ersuchen müssen. Die bisherigen Erkenntnisse zeigen jedoch, dass dies vielen Personen schwerfällt. Entsprechend wäre ein niederschwelliger Zugang, eine aufsuchende Tätigkeit von Organisationen und der Abbau von Zugangshürden sehr wichtig, um die Personen frühzeitig erfassen zu können. Aus diesem Grund wird mit Finanzierungsvariante 4 ein Instrument vorgeschlagen, das den Ansatz einer Objektfinanzierung hat. Denn Kapitel 8 hat aufgezeigt, dass dadurch ein einfacherer Zugang ermöglicht werden kann. Die nachfolgende Finanzierungsvariante orientiert sich dabei an der Anstossfinanzierung im Bereich der familienergänzenden Kinderbetreuung. Die Förderung des Bundes ist temporär und kann an Bedingungen geknüpft werden.

9.4.1 Mögliche Ausgestaltung

Ausgangslage: Anschubfinanzierung des Bundes

Die vierte Variante stellt schliesslich eine Kombination zwischen einer Anstossfinanzierung durch den Bund und weiterführender Finanzierung durch die Kantone dar (i.d.R. Objektfinanzierung). Die Anstossfinanzierung orientiert sich dabei an der Anschubfinanzierung des Bundes für familienergänzende Kinderbetreuung. Mit dieser werden neu geschaffene Betreuungsplätze während 2-3 Jahren finanziell unterstützt, Projekte mit Innovationscharakter gefördert, Beiträge an Subventionserhöhungen von Kanton und Gemeinden geleistet und Finanzhilfen für Projekte zur besseren Abstimmung mit den Bedürfnissen gewährt.

Neue Anschubfinanzierung im Bereich Betreuung

Analog zur Anschubfinanzierung des Bundes im Bereich Kinderbetreuung könnte eine Anschubfinanzierung «Betreuung» wie folgt geregelt werden:

- Die Anschubfinanzierung Betreuung ist befristet und läuft während vier Jahren. Für diese Zeit wird ein max. Kredit (z.B. 200 Mio. CHF) gesprochen. Für die einzelnen geförderten Projekte wird angenommen, dass der Bund jeweils 50% finanziert (den Rest finanziert z.B. der Kanton).
- Förderung von neuen Angeboten und Modellen: Die Anschubfinanzierung «Betreuung» unterstützt Initiativen und Angebote für die Betreuung betagter Personen von Kantonen, Gemeinden und Privaten finanziell (z.B. während 3 Jahren), wenn folgende Kriterien erfüllt sind:
 - Es wird der Bedarf im Kanton / der Gemeinde aufgezeigt.
 - Die Finanzierung kann nachhaltig sichergestellt werden (z.B. mind. 6 Jahre).
 - Der Zugang ist niederschwellig (Abbau von Zugangshürden).
 - Die Zivilbevölkerung wird mit einbezogen.
 - Es erfolgt eine Qualitätssicherung (Qualität der Leistungserbringung).
 - Der Fokus liegt auf der Betreuung betagter Personen (nicht Pflege).

Bei Gemeinden und Privaten: Stellungnahme durch den Kanton. Mögliche Beispiele für geförderte Initiativen: Pilotprojekte mit aufsuchender Altersarbeit (z.B. Siedlungs- und Wohnassistenz in der Gemeinde Horgen, mobile Altersarbeit in Aarau), neue Finanzierungsmodelle (wie Betreuungsgutsprachen in Bern), Aufbau und Koordination von Zeitgutschriftenmodellen (wie z.B. SG: jüngere Senior/innen sind für Personen mit Betreuungsbedarf tätig, die Hilfeleistungen werden mit Zeitgutschriften auf ein persönliches Konto gutgeschrieben und können wieder eingelöst werden).

- Förderung von bestehenden Angeboten und Modellen: Die Anschubfinanzierung «Betreuung» könnte auch Subventionserhöhungen von Kantonen und Gemeinden finanziell unterstützen (während 3 Jahren). Anmerkung: Auch dieses Element beinhaltet die Anstossfinanzierung im Bereich Kinderbetreuung. Im Unterschied zur Förderung neuer Angebote geht es hierbei darum, die Nutzer/innen bestehender Angebote zu entlasten (und damit ggf. auch die Nutzung zu erhöhen). Danach soll die Finanzierung durch die Kantone und Gemeinden weitergeführt werden; der Bund übernimmt temporär einen Teil der Mehrkosten.

Nachfolgende Tabelle stellt die Eckpunkte der Anschubfinanzierung «Betreuung» im Überblick dar.

Tabelle 26 Anschubfinanzierung «Betreuung»

Anschubfinanzierung «Betreuung» (Anstossfinanzierung durch den Bund)	
Anspruchsvoraussetzungen	
Voraussetzungen	Kantone / Gemeinden / Private unter folgenden Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> - Kantone / Gemeinden / Private schaffen neues Angebot, das bestimmte Kriterien erfüllt (z.B. bezüglich Finanzierung) oder - Kantone / Gemeinden erhöhen die Finanzierung bestehender Angebote
Einkommensabhängig	Je nach Projekt
Anspruchsermittlung	
Bedarf / Leistungen	Je nach Projekt (Nachweis Bedarf nötig)

Prozess	Gesuch an das BSV (allenfalls auch BAG)
Dauer	Anschubfinanzierung: 4 Jahre / Projekt: 3 Jahre
Finanzierung	
Höhe	50% der Kosten des neuen Angebots resp. 50% der Subventionserhöhung (jeweils 3 Jahre)
Auszahlung	Kanton / Gemeinden
Wohnformabhängig	Je nach Projekt (ggf. auch als Kriterium definiert, dass das Angebot nicht wohnortabhängig sein soll)
Finanzierung	Bund (Kantone und Gemeinden finanzieren nochmals denselben Betrag)
Verwendung	
Zweckbindung	Ja
Leistungserbringer	Je nach Projekt Einschränkung möglich

Quelle: eigene Darstellung. Orientierung an Impulsprogramm des Bundes zur familienergänzenden Kinderbetreuung

Längerfristig übernehmen die Kantone resp. Gemeinden die Finanzierung (dies stellt eine Bedingung für die Finanzhilfen des Bundes dar). Dabei ist davon auszugehen, dass es sich oftmals um eine Objektfinanzierung handelt. Aber grundsätzlich ist auch eine Subjektfinanzierung möglich. Dabei wäre etwa denkbar, dass zunächst Gratisleistungen angeboten und nach Überschreiten eines definierten Umfangs einkommensabhängige Tarife berechnet würden. So könnten die Zugangshürden reduziert werden.

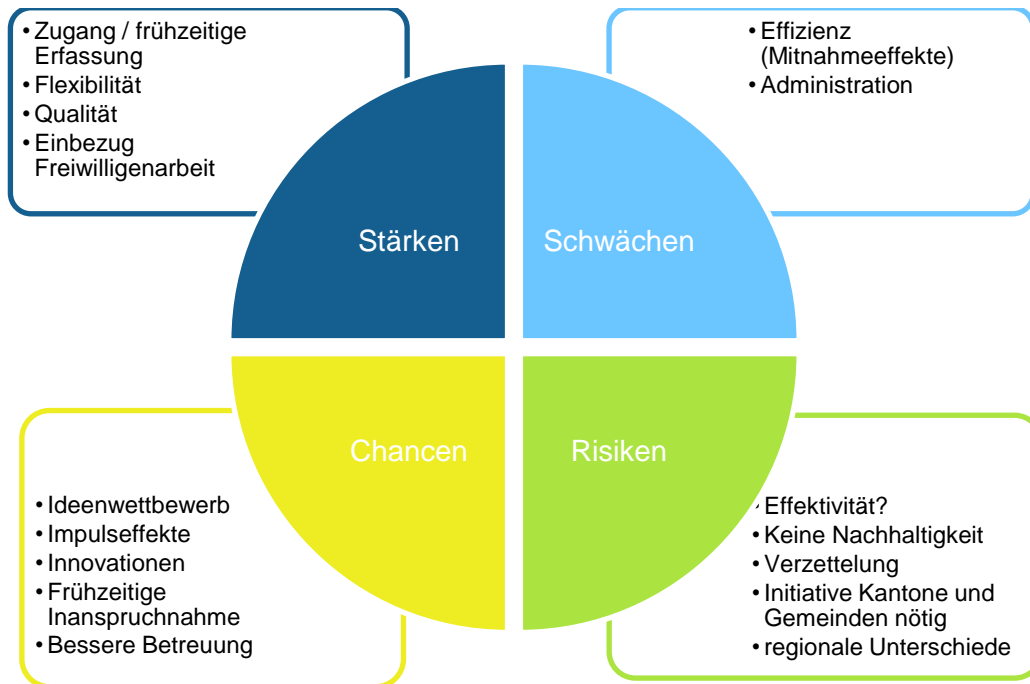
9.4.2 SWOT-Analyse

Die Stärke und Chance der Variante liegt u.E. insb. darin, dass neue und innovative Modelle im Kleinen getestet werden können, durch das Förderprogramm des Bundes gleichzeitig koordiniert und die Erkenntnisse schweizweit zugänglich gemacht werden können. Durch die Kriterien kann die Zielgruppe direkt angesprochen werden und im Unterschied zu den vorherigen Varianten kann ein spezieller Fokus auf den Zugang gelegt werden. Die Zugangshürden für die Personen werden weitestgehend reduziert, was gemäss verschiedenen Aussagen ein grosses Problem darstellt (die subjektive Einschätzung unterschätzt den Bedarf substanziell oder es bestehen Hemmschwellen für die Inanspruchnahme von Unterstützung). Auch die Qualität kann dadurch gewährleistet werden. Schliesslich ermöglicht die Variante den Einbezug der Zivilgesellschaft resp. Freiwilligenarbeit. Die Anschubfinanzierung kann somit Impulse auslösen, Innovationen fördern und insgesamt zu einer besseren Betreuung führen.

Die Schwäche der Variante ist eine gewisse Administration / Abstimmung, die nötig ist. Zudem werden Mitnahmeeffekte auftreten (sowohl auf Ebene der Projekte bei der Förderung der Angebote als auch auf Ebene der Nutzung bei der weiterführenden Finanzierung).

Das grösste Risiko der Variante ist, dass die Angebote möglicherweise nicht nachhaltig sind und dadurch insgesamt zumindest langfristig keine bessere Betreuungssituation resultiert. Die Zielerreichung (Effektivität) ist daher offen. Zudem ist es möglich, dass – bei fehlender Koordination – eine «Verzettelung» der Projekte stattfindet. Weiter können nur Projekte realisiert werden, wenn die Kantone / Gemeinden dies unterstützen. Dabei ist davon auszugehen, dass es (grössere) kantonale / kommunale Unterschiede geben wird.

Abbildung 11 Anschubfinanzierung «Betreuung», SWOT-Analyse



9.4.3 Quantifizierung

Anschubfinanzierung «Betreuung»

Wenn der Bund beispielsweise 200 Mio. CHF aufwenden würde, könnten 200 Projekte in der vierfachen Grössenordnung des Pilotprojekts Betreuungsgutsprachen Bern mitfinanziert werden.¹⁴⁴ Bei den Kantonen / Gemeinden / Privaten würde nochmals derselbe Betrag resultieren. (Zum Vergleich: Die Anstossfinanzierung familienergänzende Kinderbetreuung erhielt für die ersten 4 Jahren einen Verpflichtungskredit von 200 Mio. CHF).

Längerfristige Finanzierung durch Kantone und Gemeinden

Die längerfristige Finanzierung durch die Kantone / Gemeinden hängt von den geförderten Angeboten und Modellen ab. Entsprechend ist keine Abschätzung möglich. Es kann somit nicht ausgesagt werden, für welche Personen der Mehrbedarf in welchem Ausmass gedeckt würde.

¹⁴⁴ Annahme: Der Bund finanziert 50% der Kosten. Diese lagen in Bern bei ca. 500'000 CHF. Wenn wir von höheren Kosten von z.B. 2 Mio. CHF ausgehen (da mehr vergütet werden soll) und der Bund davon die Hälfte (1 Mio. CHF) finanziert, könnten mit 200 Mio. CHF 200 Projekte gefördert werden.

9.5 Vergleich der Varianten

Die dargestellten Varianten zeigen verschiedene Möglichkeiten einer staatlichen Unterstützung der Betreuungsleistungen resp. des Mehrbedarfs an Betreuung auf. Die Quantifizierung der Auswirkungen dieser Möglichkeiten auf die Kosten stellt dabei keine konkrete Schätzung dar, sondern es sind lediglich Illustrationen möglicher Entwicklungen. Ein Vergleich der Varianten zeigt folgende Punkte auf:

- Allen Finanzierungsvarianten liegt zugrunde, dass Betreuungsleistungen, welche über den Pflegebedarf hinausgehen, anerkannt und finanziert werden. Die Instrumente unterscheiden sich dabei in Bezug auf ihre Vor- und Nachteile wie etwa Finanzbedarf, Mitnahmeeffekte oder Wahlfreiheit. Ihnen allen gemeinsam ist jedoch die Komplexität der Bedarfsermittlung, an welche hohe Anforderungen gestellt werden müssten – ohne dass der administrative Aufwand zu hoch wird. Die Implementierung eines zugleich einfachen und doch fairen Abklärungsinstruments stellt aus unserer Sicht eine Herausforderung dar. Diese ist zudem mit Kosten verbunden, die in den Abschätzungen noch nicht enthalten sind.
- Mit demselben Gesamtbetrag können entweder alle Kosten von einem Teil der Personen (insb. finanziell schwächer gestellten Personen) oder ein Teil der Kosten von allen Personen gedeckt werden. Der Rest müsste privat finanziert oder unentgeltlich geleistet werden. Oder aber er würde gar nicht in Anspruch genommen. Würde der Mehrbedarf der Betreuung zu einem grossen Teil oder sogar ganz abgedeckt durch die staatlichen Leistungen, wäre der Finanzbedarf hoch – unabhängig vom gewählten Instrument. Allfällige Einsparungen (z.B. durch geringere Kosten im stationären Bereich) sind jedoch möglich und noch nicht berücksichtigt.
- Bei einkommensabhängigen Finanzierungsvarianten ergeben sich insb. auch Mehrkosten für Personen, die im Heim wohnen. Der Grund liegt darin, dass diese oftmals in finanziell bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen sind (aufgrund hoher Ausgaben) und entsprechend von einem Instrument, das einkommensabhängig ausgestaltet ist, profitieren würden. Bei einkommensunabhängigen Finanzierungsvarianten wie etwa der Betreuungsentschädigung wäre dies nicht der Fall: Die Mehrkosten resultieren zu einem grösseren Teil vom ambulanten Bereich, da mehr Personen einen (Mehr-)Bedarf aufweisen.
- Bei allen subjektorientierten Instrumenten ist zu beachten, dass Mehrkosten auch bei anderen Finanzierungsträgern resultieren können, wenn die betroffenen Personen von den Unterstützungsbeiträgen (subventionierte) Leistungen der Spitex beziehen. Bei der Betreuungsentschädigung wären diese Kosten in den Berechnungen noch nicht eingerechnet. Der vielleicht noch entscheidendere Punkt ist jedoch: Diese Leistungen und Angebote müssten auch in genügendem Ausmass zur Verfügung stehen.
- Schliesslich ist zwischen den drei ersten Finanzierungsvarianten und dem vierten Ansatz zu unterscheiden. Während die ersten drei Varianten eine einheitliche, gesamtschweizerische Finanzierung der Betreuung durch den Staat diskutieren, setzt die vierte Variante auf dezentrale Lösungen. Dies kann regionale Unterschiede, aber auch innovative und regional angepasste Angebote mit sich bringen. Ein grosser Vorteil des Instruments ist, dass bei den Kriterien zur Finanzierung dieser Angebote ein Fokus auf den Zugang zu den Personen gelegt werden kann. Dies im Gegensatz zu den anderen drei Instrumenten, bei denen die Person selbst ihren Bedarf erkennen und ihren Anspruch einfordern muss.

9.6 Zwischenfazit

In diesem Kapitel wurden vier unterschiedliche Finanzierungsvarianten analysiert, die an bestehenden Instrumenten ansetzen und diese Instrumente (wie z.B. EL oder HE) auf den Aspekt Betreuung adaptieren resp. erweitern. Alle Instrumente weisen allerdings – neben verschiedenen Stärken – auch substantielle Schwachpunkte auf. Wir haben daher eine fünfte Finanzierungsvariante erarbeitet, welche die Vorteile der vier Instrumente kombiniert und ihre Nachteile reduziert: das Synthese-Modell «Betreuungsgeld».

10. Synthese-Modell: Das Betreuungsgeld

10.1 Anforderungen

Basierend auf den grundsätzlichen Kriterien, mit denen wir die Instrumente beurteilt haben und den Schwachpunkten der oben analysierten Finanzierungsvarianten stellen wir an das neue Modell folgende Anforderungen:

1. Das Instrument muss *effektiv* sein, d.h. es muss Personen bei der Finanzierung von Betreuungsleistungen finanziell entlasten, so dass diese ihren Bedarf besser decken können. Das Instrument muss daher zweckgebundene Beiträge beinhalten.
2. Das Instrument muss *effizient* sein, d.h. die Wirkung bei vergleichsweise tiefem Mitteleinsatz erreichen (keine / geringe Mitnahmeeffekte).
3. Das Instrument muss die Personen *frühzeitig erfassen und niederschwellig* sein.
4. Das Instrument muss den *Einbezug von Zivilgesellschaft / Freiwilligen* ermöglichen.
5. Das Instrument muss die *Qualität der Leistungserbringung* sicherstellen.

10.2 Mögliche Ausgestaltung

Grundsätzliches Prinzip

Das Förder- und Finanzierungsprogramm «Betreuungsgeld» beinhaltet eine Kombination zwischen Objekt- und Subjektfinanzierung. Es ist unabhängig von der Wohnform anwendbar und wird von Bund, Kantonen und Gemeinden finanziert. Die betreuten Personen leisten einen Eigenbeitrag, sofern sie diesen finanziell tragen können.

Element 1: subjektorientierte Finanzierung

Personen mit einem Betreuungsbedarf bezahlen reduzierte Tarife, wenn sie bei einer anerkannten Organisation / Institution Leistungen der Betreuung in Anspruch nehmen. Der Ablauf ist wie folgt:

- Bedarf: Der Bedarf an Betreuung einer Person wird bei einer Abklärungsstelle ermittelt. Die konkreten Anforderungen und die Ausgestaltung wären noch zu definieren. Wichtig ist: Die

Abklärungsstelle darf nicht ein Leistungserbringer sein (ansonsten würden Fehlanreize entstehen), das Abklärungsinstrument muss valide sein und die Personen, welche die Abklärungen vornehmen, müssen entsprechende Qualifikationen aufweisen. Im Ergebnis dieser Abklärung würde ein Stundenkontingent resultieren (z.B. Bedarf von 5 Stunden Betreuung pro Woche). Anmerkung: Dieses Stundenkontingent entspricht dem Bedarf, der staatlich über das Betreuungsgeld unterstützt wird. Die Personen sind selbstverständlich frei, weitere Leistungen in Anspruch zu nehmen und privat zu finanzieren.

- Leistungsbezug: Die Person kann diese Stunden bei einem anerkannten Leistungserbringer einlösen. Sie ist bei der Wahl frei (innerhalb der anerkannten Institutionen). Der Fokus liegt damit auf der Leistungserbringung durch professionelle Anbieter (inkl. Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeitenden und die Qualität der Leistungserbringung). Eine Vergütung von Angehörigen wäre möglich, wenn diese durch die Betreuung eine dauerhafte Erwerbseinkünfte erleiden (analoge Regelung zur Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten über EL). Diese Regelung verhindert eine «Verdrängung» bislang im üblichen Rahmen durch Familienangehörige unentgeltlich geleisteter Betreuung (z.B. Spaziergang, Kaffeetrinken).
- Finanzierung: Für die eingelösten Stunden erhält die Person eine Rechnung. Sie bezahlt jedoch nicht die Vollkosten, sondern einen vergünstigten Tarif. Die restlichen Kosten werden vom Kanton (oder den Gemeinden) übernommen. In diesem System würde die Abrechnung zwischen Leistungserbringer und Kanton direkt erfolgen. Es handelt sich daher nicht um eine eigentliche Subjektfinanzierung (die Person erhält die Beiträge nicht direkt), sondern um eine subjektorientierte Finanzierung (die Beiträge orientieren sich an einer bestimmten Person). Der Vorteil davon: Es ist sichergestellt, dass die Beiträge zweckbestimmt eingesetzt werden.¹⁴⁵ Grundsätzlich wäre es jedoch auch denkbar, die Beiträge subjektfinanziert auszugestalten (d.h. direkte Zahlung an die Personen, die die Leistung beziehen).
- Abfederung über EL: Wenn eine Person die (reduzierten) Tarife nicht bezahlen kann, wird dies über die EL übernommen. Dabei müsste nur sichergestellt werden, dass die Ausgaben für die Betreuung als *anerkannte Ausgaben* bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen resp. der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten gelten.¹⁴⁶ Dann könnte die Unterstützung von finanziell schwächer gestellten Personen im bestehenden System erfolgen.

Es stellt sich die Frage, ob dieser Ablauf auch für Personen, die in einem Heim wohnen, angewandt werden kann. Zu beachten ist: Grundsätzlich werden Betreuungsleistungen von den Heimbewohner/innen über die Betreuungstaxe finanziert. Um Personen zuhause und im Heim gleich zu behandeln (und somit keine Fehlanreize zu setzen), würden diese Betreuungsleistungen ebenfalls durch den Kanton resp. die Gemeinden mitfinanziert werden. Anmerkung: Teilweise werden diese Leistungen bereits heute mitfinanziert (z.B. über die EL, aber auch mit kantonalen Beihilfen), diese Leistungen würden dann durch das Betreuungsgeld ersetzt. Zudem hat die vorliegende

¹⁴⁵ Ansonsten wäre es z.B. möglich, dass die Person zwar Beiträge erhält, aber diese nicht für das Bezahlen der Rechnung verwendet. Dazu kommt: Entweder würden die Beiträge vor der Inanspruchnahme der Betreuung bezahlt, dann könnte nicht gewährleistet werden, dass die Betreuung wirklich in Anspruch genommen wird (oder es müssten aufwändige Überprüfungsmechanismen implementiert werden). Oder die Beiträge würden nach Inanspruchnahme der Betreuung ausbezahlt, dann müsste jedoch ggf. eine Vorfinanzierung durch die Personen erfolgen (resp. die Abstimmung der Zahlungsflüsse wäre aufwändig).

¹⁴⁶ Es wäre zu klären, ob dies über die jährlichen EL oder die Vergütung der Krankheits- / Behinderungskosten erfolgt.

Studie auch einen Mehrbedarf bei Heimbewohner/innen festgestellt. Im Vergleich zur Situation im ambulanten Bereich ist beim vorliegenden Modell auf folgende Punkte hinzuweisen:

- Bedarf: Die Abklärung würde gleich erfolgen. Eine Abklärungsstelle würde bei Eintritt in das Alters- /Pflegeheim sowie in regelmässigen Abständen den Betreuungsbedarf feststellen.
- Leistungsbezug: In Bezug auf den Leistungsbezug würden die Leistungserbringer in vielen Fällen die Alters- / Pflegeheime selbst sein (z.B. Begleitung zum Speisesaal, Teilnahme an Angeboten des Pflegeheims). In anderen Fällen wäre aber auch der Bezug bei einer anderen Organisation denkbar (dadurch resultiert eine höhere Wahlfreiheit der Heimbewohner/innen).¹⁴⁷
- Finanzierung: Die Heimbewohner/innen erhalten eine Rechnung (diese entspricht einer «vergünstigten» Betreuungstaxe). Der Beitrag des Kantons wird direkt verrechnet.
- Abfederung über die EL: Wie heute (im Hinblick auf die Betreuungstaxe) würden Betreuungsleistungen, die nicht von den Heimbewohner/innen getragen werden können, als anerkannte Ausgaben bei der Berechnung der EL einfließen und ggf. über diese übernommen.

Element 2: Objektfinanzierung

Ergänzend zur subjektorientierten Finanzierung erfolgt eine «klassische» Objektfinanzierung von Organisationen, die Betreuungsleistungen anbieten. Damit werden einerseits die Qualitätsentwicklung und -sicherung gefördert (welche z.B. eine Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit und eine Erweiterung der Kompetenzen des Personals beinhalten). Andererseits werden spezifische Angebote unterstützt, die aufsuchend erfolgen und niederschwellig ausgestaltet sind. Damit sollen Personen möglichst frühzeitig erfasst werden. Beispiele dafür sind etwa aufsuchende Arbeit in Quartieren oder einige Gratis-Betreuungsstunden zum «Testen» (für alle offen, ohne Anspruchsabklärung oder Verpflichtung). Grundsätzlich sind auch Angebote wie z.B. Mittagstische denkbar.¹⁴⁸ Wenn in diesen Situationen dann von Seiten der Organisationen ein Bedarf festgestellt resp. vermutet wird, werden die Personen zu einer Abklärung ermutigt. Danach tritt die subjektorientierte Finanzierung in Kraft. Es erfolgt somit keine Doppelfinanzierung: Aufsuchende Arbeit wird über Objektfinanzierung vergütet, regelmässige Betreuung über die subjektorientierte Finanzierung – die «Nahtstelle» ist die Abklärung.

Finanzierung

Die Finanzierer resp. Kostenträger sind Bund, Kanton und Gemeinden. Die Aufteilung wäre zu klären. Nachfolgend ist ein möglicher Vorschlag aufgeführt:

- Die Kantone und Gemeinden leisten die subjektorientierte Finanzierung der Betreuung.
- Der Bund unterstützt die Kantone / Gemeinden im Rahmen eines Impulsprogramms («Impulsprogramm Betreuung»): Er übernimmt eine temporäre Mitfinanzierung (z.B. über 3 Jahre) der Betreuungsleistungen. Ergänzend leistet der Bund Beiträge an die entsprechenden Organisationen zur Finanzierung der aufsuchenden Arbeit / Qualitätsentwicklung und übernimmt die Kosten der Abklärungsstellen (dauerhaft).

¹⁴⁷ Vgl. dazu auch das Wohn- und Pflegemodell von Curaviva (Übersicht WOPM 2030 unter diesem [Link](#)).

¹⁴⁸ Solche Angebote werden aktuell z.T. bereits über die Subventionierung der Organisationen der Altershilfe durch den Bund unterstützt (Art. 101bis AHVG), eine Schwerpunktsetzung auf das vorliegende Ziel wäre dabei möglich (z.B. müsste sichergestellt werden, dass nach dem Kontakt im Rahmen eines solchen Angebots die Person bei Bedarf auch über eine Abklärung informiert resp. dazu ermutigt wird).

Das Modell sieht dabei vor, dass die Kantone festlegen können, welchen prozentualen Beitrag sie an die Betreuungsleistungen zahlen und welchen Anteil die Klienten selbst übernehmen. Der Bund kann dabei einen Rahmen vorgeben (z.B. Eigenbeitrag innerhalb einer bestimmten Bandbreite oder einen maximalen Eigenbeitrag).

Die nachfolgende Tabelle stellt die Eckpunkte der Variante im Überblick dar. Wir verwenden für das Förder- und Finanzierungsprogramm den Begriff «Betreuungsgeld». Dabei fokussieren wir in der nachfolgenden Tabelle auf die subjektorientierte Finanzierung, da diese die eigentliche Finanzierung der Betreuungsleistungen darstellt.

Tabelle 27 Betreuungsgeld

Betreuungsgeld (Element subjektorientierte Finanzierung)	
Anspruchsvoraussetzungen	
Voraussetzungen	<p>Bezügerinnen und Bezüger von AHV-Renten mit Wohnsitz in der Schweiz haben unter folgenden Voraussetzungen Anspruch auf Betreuungsgeld resp. vergünstigte Tarife für die in Anspruch genommenen Betreuungsleistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sie weisen einen Betreuungsbedarf auf (gem. Abklärung, s.u.). - Der Betreuungsbedarf ist dauerhaft (für mind. drei Monate).
Einkommensabhängig	Ja (Personen, welche die vergünstigten Tarife nicht bezahlen können, werden über die EL unterstützt, ggf. weitere Einkommensabhängigkeit über Ausgestaltung der Eigenbeiträge, s.u.).
Anspruchsermittlung	
Bedarf	<p>Bedarfsabklärung durch Abklärungsstelle (gem. 6 Handlungsfeldern guter Betreuung)</p> <p>Abklärungsinstrument und -stelle wären noch zu klären</p>
Leistungen	<p>Leistungen, die vergütet werden können:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Betreuungsleistungen zuhause (gem. Handlungsfelder) - Betreuungsleistungen im Heim (gem. Handlungsfelder) - Hilfe zuhause - Aufenthalt in Tagesstrukturen für Personen zuhause - Unterstützung durch Angehörige / weitere Personen (unter bestimmten Voraussetzungen) <p>Anmerkung Angehörige: Die Leistungen von Angehörigen können vergütet werden, wenn sie substantielle Betreuungsleistungen erbringen und dadurch eine Erwerbsreduktion vornehmen müssen (analog EL Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten).</p> <p>Anmerkung weitere: Mit weiteren Personen sind in erster Linie Care-Migrant/innen gemeint. Die Betreuungsleistungen von Care-Migrant/innen können mitfinanziert werden, wenn sie über eine anerkannte Institution angestellt werden.</p>
Prozess	Nach der Abklärung durch die Abklärungsstelle erfolgt ein Antrag an die kantonale Stelle. Diese bewilligt den anerkannten Bedarf, danach kann dieser eingelöst werden.
Dauer	Regelmässige Abklärung des Bedarfs

Finanzierung	
Höhe	Abhängig vom Eigenbeitrag. Dieser liegt zwischen 0 und 100% (0%: kein Eigenbeitrag. 100%: Die Personen bezahlen – sofern sie es sich leisten können – die gesamten Kosten selbst). Für die Bestimmung des Eigenbeitrags sind dabei zwei Varianten möglich: a. fixer Eigenbeitrag für alle (Anteil festzulegen im Bereich 0-100%, z.B. 30% oder 50%) b. in Stufen (z.B. 100% für sehr vermögende Personen, 80% für eher vermögende Personen, 50% für Mittelstand, etc.), aber: komplexer (da Informationen zu den finanziellen Verhältnissen vorliegen müssen) EL: Berechnung: Anerkannte Ausgaben (u.a. Betreuungskosten) – anerkannte Einnahmen
Auszahlung	Direkt an die Leistungserbringer
Wohnformabhängig	Nein
Finanzierung	Bund (Anschub plus dauerhaft die Abklärungen sowie die Objektfinanzierung), Kantone / Gemeinden Dadurch ist eine Pilotimplementierung durch einzelne Kantone möglich.
Verwendung	
Zweckbindung	Ja
Leistungserbringer	Nur bei bestimmten Organisationen / Institutionen (sowie unter Bedingungen Angehörige)

Quelle: eigene Darstellung.

Exkurs: Parallelen zu den Good Practice Modellen

In Kapitel 4 wurden ausgewählte internationale und nationale Good Practice Modelle zur Betreuung im Alter dargelegt. Dieser Exkurs zeigt Parallelen und Unterschiede dieser Modelle zum Förder- und Finanzierungsprogramm «Betreuungsgeld» auf.

Das Home Care Packages Program in Australien und das personengebundene Budget in den Niederlanden beinhalten ebenfalls ein subjektorientiertes Budget: Die Gewährung erfolgt aufgrund des festgestellten Bedarfs in einem persönlichen Budget. Unter den anerkannten Leistungsanbietern sind die Beziehenden grundsätzlich frei in ihrer Wahl. In den Niederlanden können zudem nach einer Genehmigung auch weitere Personen wie Angehörige eingesetzt werden. Dies ist auch im vorgeschlagenen Synthese-Modell vorgesehen. Sowohl das Modell in Australien als auch das in den Niederlanden sehen zudem einen Eigenbeitrag vor – in Australien ist dieser einkommensabhängig ausgestaltet, in den Niederlanden einkommensunabhängig. Diesen beiden Modellen ist ferner gemeinsam, dass die Zahlungen – wie auch im Synthese-Modell – direkt an die Leistungserbringer erfolgen. Damit unterscheiden sie sich vom Betreuungs- und Pflegegeld in Liechtenstein, welches direkt an die berechtigten Personen ausbezahlt wird. Alle drei internationalen Modelle beschränken ihre Leistungen – anders als im Synthese-Modell vorgesehen – auf den ambulanten Bereich.

Die Betreuungsgutscheine in den Städten Bern und Luzern unterscheiden sich stärker als die internationalen Beispiele vom angedachten Synthese-Modell: Hier ist zwar ebenfalls ein nachgewiesener Bedarf für die Inanspruchnahme notwendig, zusätzlich stehen diese Leistungen jedoch nur unter der

Voraussetzung zur Verfügung, dass die eigenen finanziellen Mittel beschränkt sind. Wie bei den verschiedenen subjektorientierten Budgets haben die Beziehenden auch hier wiederum einen gewissen Spielraum bei der Wahl der Leistungserbringer. Anders als im Synthese-Modell ist eine Vorauszahlung der Leistungen notwendig.

Im Bereich der Objektfinanzierung kann neben Tarifverbilligungen (z.B. Kanton Waadt, Liechtenstein) insbesondere auf Beispiele der Finanzierung aufsuchender Altersarbeit hingewiesen werden: So finanziert die Stadt Zürich beispielsweise präventive Hausbesuche, während die Stadt Aarau mit der «Mobilen Altersarbeit MoA» in einem Pilotprojekt die aufsuchende Altersarbeit in den Quartieren fördert.

10.3 Überprüfung der Anforderungen

Wir prüfen nun, ob diese Variante die einleitend erwähnten Anforderungen zu erfüllen vermag.

1. Das Instrument muss effektiv sein und daher zweckgebundene Beiträge beinhalten.

Dies ist der Fall: Personen können Betreuungsleistungen zu vergünstigten Kosten beziehen, da eine staatliche Mitfinanzierung erfolgt. Dadurch können die Personen ihren Bedarf besser decken. Durch die Orientierung an den Handlungsfeldern ist die Betreuung zudem umfassend berücksichtigt. Die Zweckbindung ist gewährleistet: Die Beiträge erfolgen direkt an die Institutionen / Organisationen, wenn eine Leistung (welche im Vorfeld anerkannt wurde) bezogen wird.

2. Das Instrument muss effizient sein.

Dies ist nur teilweise der Fall: Zwar leisten die Personen, die dies finanziell tragen können, einen Eigenbeitrag. Aber es treten trotzdem Mitnahmeeffekte auf (auch Personen, die sich die Betreuung leisten können und diese möglicherweise auch sonst in Anspruch genommen hätten, werden unterstützt). Wie gross die Mitnahmeeffekte sind, hängt von der Ausgestaltung ab. Sie würden sich reduzieren, wenn der Anteil des Eigenbeitrags relativ hoch angesetzt resp. wenn dieser in Stufen festgelegt würde (mit dem Einkommen / Vermögen steigender Eigenbeitrag). Allerdings ist in Bezug auf die Effizienz auch der administrative Aufwand zu beachten. Dieser wäre bei einer «einfachen» Ausgestaltung mit einem für alle geltenden Anteil des Eigenbeitrags geringer.

3. Das Instrument muss die Personen frühzeitig erfassen und niederschwellig sein.

Dies ist der Fall: Durch die «klassische» Objektfinanzierung werden Angebote gefördert, welche explizit das Ziel einer frühzeitigen Erfassung durch aufsuchende Tätigkeit haben. Die Angebote bringen einen niederschweligen Zugang mit sich. Durch diesen können die Personen an das Instrument herangeführt werden und in der Folge eine Abklärung vornehmen.

4. Das Instrument muss den Einbezug von Zivilgesellschaft / Freiwilligen ermöglichen.

Dies ist bei der «klassischen» Objektfinanzierung sichergestellt, da die Beiträge direkt an die Institutionen / Organisationen gehen, welche damit auch z.B. die Organisation von Freiwilligenprogrammen (sofern diese dem entsprechenden Zweck dienen) finanzieren können. Ein Beispiel: Ein Mittagstisch, der primär von Freiwilligen getragen wird und der (auch) zum Ziel hat, älteren Personen frühzeitig und niederschwellig Zugang zu Betreuungsleistungen zu ermöglichen, könnte dadurch unterstützt werden. Bei der subjektorientierten Finanzierung wäre in der konkreten Ausgestaltung zu klären, welche Anreize für die Organisationen / Institutionen gesetzt werden können, um die Freiwilligenarbeit nicht zu verdrängen. Eine Möglichkeit wäre, dass für Leistungen der strukturierten Freiwilligenarbeit (d.h. Freiwillige, die von Organisationen eingearbeitet, begleitet, koordiniert und unterstützt werden) tiefere Stundenansätze gelten (wodurch mit dem anerkannten Kontingent (sofern ein Geldbetrag und nicht eine Stundenzahl gesprochen würde) mehr Stunden bezogen werden können).

5. Das Instrument muss die Qualität der Leistungserbringung sicherstellen.

Dies ist der Fall: Indem sowohl bei der Abklärung als auch bei der eigentlichen Leistungserbringung Qualitätsanforderungen gelten, damit die Institutionen / Organisationen anerkannt werden und beitragsberechtigt sind, ist die Qualitätssicherung im System verankert.

10.4 SWOT-Analyse

Die Anforderungen sind damit grösstenteils erfüllt. Die Stärken der Variante liegen insb. in der Effektivität, der Qualität, dem Zugang und dem Einbezug der Zivilgesellschaft. Durch die Ausgestaltung muss zudem keine Vorfinanzierung der Leistungen erfolgen. In der Folge ist es u.E. dadurch möglich, die Chancen – welche jede Variante grundsätzlich hat, da sie dasselbe Ziel haben – eher zu realisieren.

Als Schwäche kann – neben den oben aufgeführten möglichen Mitnahmeeffekten – die eingeschränkte Wahlfreiheit genannt werden. Im Vergleich zu einer Finanzierung analog der HE sind die Personen in der Verwendung des Betreuungsgeldes weniger frei. Allerdings ist dies zwar möglicherweise ein Nachteil, aber ein bewusst gewählter: Denn die Zweckbindung und die Wahlfreiheit stehen in einem gewissen Konflikt zueinander. Aus unserer Sicht ist die Zweckbindung zentral für die Effektivität, entsprechend ist die Wahlfreiheit in gewissem Ausmass eingeschränkt. Allerdings: Für Personen, die in einem Heim wohnen, könnte die Wahlfreiheit auch zunehmen. Sie hätten auch Angebote weiterer Leistungserbringer zur Verfügung. Ein weiterer Nachteil ist zudem ein gewisser Administrationsaufwand, insb. für die Abklärungen. Allerdings ist dies gleichzeitig ein Qualitätsaspekt und beinhaltet daher auch einen Nutzen.

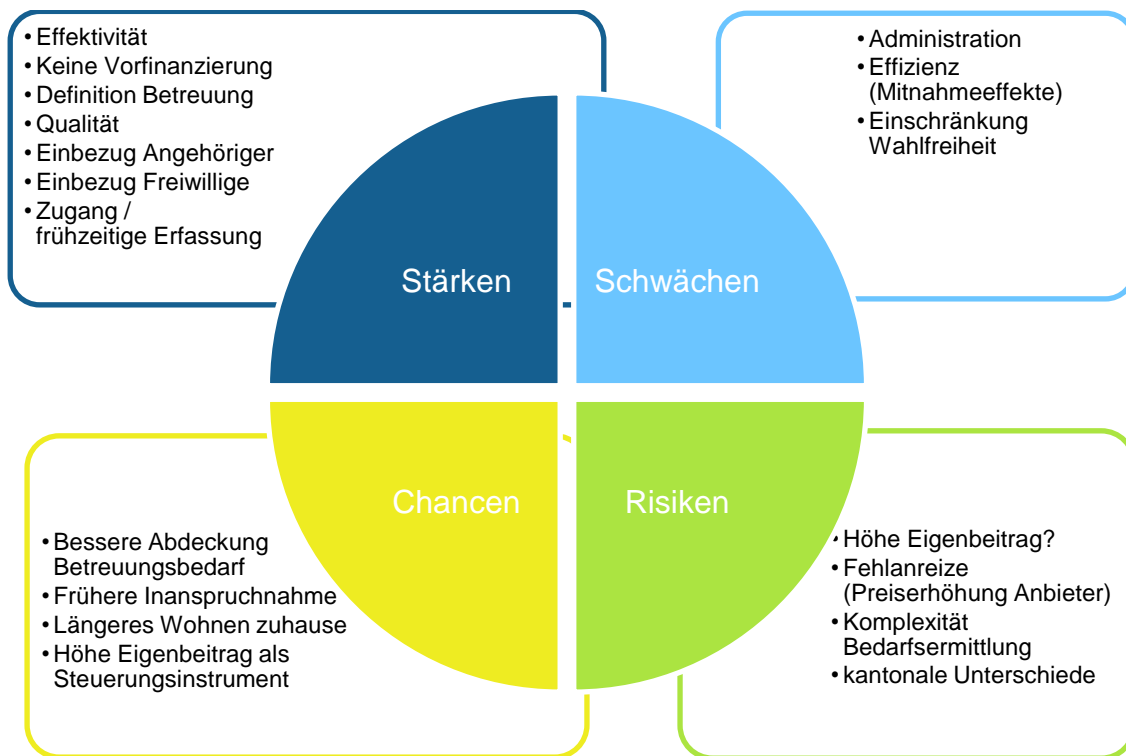
Gleichzeitig Chance und Risiko ist die Festlegung des Eigenbeitrags. Als Herausforderung resp. Risiko zu nennen ist die Schwierigkeit der Festlegung (die Ansichten zum Eigenbeitrag werden auseinandergelassen). Es ist aber auch eine Chance: Möchte man das System verstärken oder dessen Wirkung reduzieren, kann dies durch eine – relativ einfache Anpassung – des Anteils des Eigenbeitrags erfolgen, das grundsätzliche System müsste nicht geändert werden.

Die Höhe des Eigenbeitrags beeinflusst auch ein weiteres Risiko: Wenn der Eigenbeitrag sehr tief ist, besteht für die Anbieter ein gewisser Anreiz, ihre Preise zu erhöhen (der Grossteil davon wird über den Kanton / die Gemeinden finanziert, die leistungsbeziehenden Personen selbst spüren die Preiserhöhung kaum und die Nachfrage sinkt nicht).

Weiter wird es kantonale Unterschiede geben. Diese hängen natürlich von der Ausgestaltung ab; wenn wir aber davon ausgehen, dass der Bund «nur» Leitplanken definiert, wird es Unterschiede von Region zu Region geben.

Schliesslich stellt die Bedarfsermittlung – wie bei jeder Finanzierungsvariante, bei welcher der Bedarf festgestellt wird – eine Herausforderung dar.

Abbildung 12 Betreuungsgeld, SWOT-Analyse



10.5 Quantifizierung

Element 1: subjektorientierte Finanzierung

Die Quantifizierung der Kosten hängt substantziell von der Ausgestaltung ab. Dies wird deutlich, wenn wir zunächst die beiden «Extremwerte» miteinander vergleichen (Anteil Eigenbeitrag: 0 und 100%).

«Extremfall» 1: Anteil Eigenbeitrag 100%

Dies bedeutet, dass keine Unterstützung erfolgt, ausser über die EL.¹⁴⁹ Dies heisst wiederum, dass wir uns bei der Quantifizierung der Kosten an Finanzierungsvariante 1 orientieren können. Allerdings mit einem Unterschied: In dieser Variante gehen wir nicht davon aus, dass die Vermögensgrenzen geändert werden, d.h. es ist nur ein Teil der dort aufgeführten Kosten relevant:

- Ambulanter Bereich: Der Mehrbedarf im ambulanten Bereich liegt bei 488 bis 1159 Mio. CHF jährlich. Die EL-Quote bei Personen über 65 Jahren, die zuhause wohnen, beträgt rund 10%. Entsprechend gehen wir von einem Mehrbedarf der aktuellen EL-Bezüger/innen, die zuhause wohnen, von 49 Mio. CHF bis 116 Mio. CHF pro Jahr aus.
- Stationärer Bereich: Gemäss Schätzung liegt der Mehrbedarf im stationären Bereich bei 300 bis 450 Mio. CHF. Die Bezügerquote entspricht aktuell ca. 53%.¹⁵⁰ Es würden Mehrkosten von 159 bis 239 Mio. CHF für aktuell anspruchsberechtigte EL-Bezüger/innen resultieren.

Wie bei Finanzierungsvariante 1 aufgeführt, berücksichtigen wir hierbei nur den Mehrbedarf.¹⁵¹ Es gilt somit folgende Annahme: Die aktuelle Inanspruchnahme wird durch staatliche Unterstützungsbeiträge (EL) vollständig finanziert. Dies erachten wir für die EL-Bezüger/innen als realistische Annahme. Auch die übrigen Annahmen gem. Finanzierungsvariante 1 gelten. Entsprechend ergeben sich jährliche Kosten in Höhe von 210 bis 350 Mio. CHF.

Tabelle 28 Betreuungsgeld, Eigenbeitrag von 100%

	Mehrkosten pro Jahr	
	Min.	Max.
Ambulanter Bereich		
Leistungen im ambulanten Bereich	49 Mio. CHF	116 Mio. CHF
Stationärer Bereich		
Leistungen im stationären Bereich	159 Mio. CHF	239 Mio. CHF
Insgesamt	208 Mio. CHF	354 Mio. CHF

Min. / Max. = Minimal- und Maximalwert basierend auf der Spannweite des geschätzten Mehrbedarfs (vgl. Tabelle 14).

¹⁴⁹ Damit wäre das System natürlich sinnlos, es geht hierbei daher lediglich um die Illustration der Bandbreite der Kosten (abhängig vom Eigenbeitrag).

¹⁵⁰ Die Verwendung der aktuellen Bezügerquote ist restriktiv. Denn die anrechenbaren Kosten würden steigen und die Personen hätten rascher Anspruch auf EL, d.h. die EL-Quote würde steigen.

¹⁵¹ Dies bedeutet auch, dass folgende Annahme getroffen wird: Die Subventionierung der Spitex wird weitergeführt, so dass die aktuelle Inanspruchnahme für Nicht-EL-Bezüger/innen nicht verteuert wird.

«Extremfall» 2: Eigenbeitrag von 0%

In diesem Fall, bei dem die Personen einen Eigenbeitrag von 0%, d.h. keinen Eigenbeitrag leisten, würden die Kosten vollständig vom Staat übernommen, und zwar über das Betreuungsgeld. Eine weitere Unterstützung über die EL wäre nicht mehr nötig (da für alle Personen die gesamten Betreuungsleistungen übernommen werden). In Bezug auf den Mehrbedarf ist die Rechnung rasch gemacht: Es würden Kosten für den Mehrbedarf von 800 Mio. CHF bis 1.6 Mrd. CHF resultieren.

Die Berücksichtigung des Mehrbedarfs allein greift hier allerdings zu kurz. Wenn nämlich Betreuungsleistungen zu vergünstigten Tarifen angeboten werden, ist das zunächst einmal für die bereits in Anspruch genommenen Leistungen relevant (nicht nur für die neu hinzukommenden Leistungen). Denn im Unterschied zur Situation bei den EL-Bezüger/innen kann hier nicht davon ausgegangen werden, dass die Kosten grösstenteils bereits über bestehende, staatliche Leistungen finanziert werden. Entsprechend müssen wir für eine grobe Abschätzung die bereits heute in Anspruch genommenen Betreuungsleistungen berücksichtigen. Wir betrachten dabei nur formelle Leistungen, d.h. wir gehen davon aus, dass informelle Leistungen weiterhin in gleichem Ausmass erbracht und nicht durch die neuen staatlich mitfinanzierten Leistungen ersetzt würden. Weiter berücksichtigen wir auch die Leistungen von Care-Migrant/innen an dieser Stelle nicht. Grund: Wir gehen nicht davon aus, dass das Betreuungsgeld eine 24 Stunden-Betreuung zu 100% übernehmen würde.¹⁵²

Das heisst nun folgendes (vgl. auch Quantifizierung Finanzierungsvariante 3 BE):

- Ambulanter Bereich: Aktuell werden 6.3 Mio. Stunden Betreuungs- und Hauswirtschaftsleistungen der Spitex in Anspruch genommen. Diese werden teilweise bereits subventioniert (durch Beiträge von Kantonen und Gemeinden an die Spitex). Wir müssen daher nur die an diese Personen verrechneten Tarife berücksichtigen (ca. 32 CHF / Std.). Dies ergibt ca. 202 Mio. CHF pro Jahr. Diese Kosten würden neu über das Betreuungsgeld übernommen. Dafür würden die Krankheits- und Behinderungskosten der EL für die Hilfe zuhause (zumindest teilweise) entfallen, da diese neu über das Betreuungsgeld finanziert würden. Wir nehmen an, dass die Unterstützung nun vollständig über das Betreuungsgeld erfolgen würde und ziehen daher die 55 Mio. CHF ab. Es verbleiben daher noch 147 Mio. CHF / Jahr.
- Stationärer Bereich: Aktuell werden 7.8 Mio. Stunden Betreuungsleistungen geleistet (hier ist nicht die Sicht der Empfänger relevant, sondern die des Anbieters, d.h. 1 Gruppenstunde wird als 1 Stunde gezählt). Diese Kosten werden aktuell von den Heimbewohner/innen getragen. Wenn wir von Vollkosten von 50 CHF / Stunde ausgehen, ergibt dies 392 Mio. CHF pro Jahr. Ein substanzieller Teil wird jedoch von der EL übernommen, da die Betreuungstaxen anerkannte Ausgaben darstellen.¹⁵³ Wenn wir für die 53% EL-Bezüger/innen im Heim davon ausgehen, dass die Betreuung bisher über die EL finanziert wurde, resultiert «nur» noch knapp die Hälfte an Mehrkosten, 184 Mio. CHF.

¹⁵² Es müsste u.E. eine maximale Grenze festgelegt werden. Wenn wir z.B. von 1000 CHF pro Monat ausgehen, wären dies für die Care-Migration ca. 60 Mio. CHF / Jahr (1000 CHF * 12 * ca. 5000 Personen).

¹⁵³ Weiter gibt es teilweise kantonale Beihilfen resp. Zuschüsse von Gemeinden. Diese sind unterschiedlich nach Kanton / Gemeinde und werden bei dieser – groben – Abschätzung nicht berücksichtigt.

Wenn wir den Mehrbedarf und die Übernahme der aktuellen Inanspruchnahme zusammenführen, ergeben sich Mehrkosten in der Höhe von 1.1 bis 1.9 Mrd. CHF.

Tabelle 29 Betreuungsgeld, Eigenbeitrag von 0%

	Mehrkosten pro Jahr	
	Min.	Max.
Ambulanter Bereich		
Mehrbedarf	488 Mio. CHF	1159 Mio. CHF
Aktuelle Inanspruchnahme (neu über Betreuungsgeld)*	147 Mio. CHF	147 Mio. CHF
Stationärer Bereich		
Mehrbedarf	300 Mio. CHF	450 Mio. CHF
Aktuelle Inanspruchnahme (neu über Betreuungsgeld)**	184 Mio. CHF	184 Mio. CHF
Insgesamt	1119 Mio. CHF	1940 Mio. CHF

* 202 Mio. CHF, aber abzüglich aktueller Unterstützung über EL (Vergütung von Krankheits- und Behindernungskosten) von 55 Mio. CHF. ** 392 Mio. CHF, aber abzüglich aktueller Unterstützung über EL von 208 Mio. CHF. Anmerkung: Care-Migration ist noch nicht berücksichtigt. Annahme: Keine fixe Obergrenze des Leistungsbezugs pro Person. Min. / Max. = Minimal- und Maximalwert basierend auf der Spannweite des geschätzten Mehrbedarfs (vgl. Tabelle 14).

Variante Eigenbeitrag von 25% und Annahme keiner vollständigen Inanspruchnahme

Die beiden obigen Varianten (Tabelle 28 und Tabelle 29) stellen Extremwerte dar und sind bei diesem Modell wenig sinnvoll resp. realistisch. In Ergänzung zur Betrachtung der (potenziellen) Bandbreite der jährlichen Mehrkosten wird daher nachfolgend eine mittlere Variante dargestellt. Diese soll die politische Diskussion zum Eigenbeitrag nicht vorwegnehmen, sondern hat lediglich zum Ziel, eine Kostenschätzung eines möglichen Modells und unter Berücksichtigung einer Annahme zur Inanspruchnahme vorzunehmen.

In Bezug auf den Eigenbeitrag ist dabei zunächst zu sagen, dass dieser – zumindest im ambulanten Bereich – unter 50% liegen muss, um eine substantielle Verbesserung gegenüber der heutigen Situation zu erreichen. Denn mit der Subventionierung der Spitex werden die Betreuungsleistungen bereits heute verbilligt (von den Vollkosten von 61 CHF pro Stunde werden aktuell gemäss Meier et al. (2020) für Betreuungsleistungen ca. 32 CHF pro Stunde in Rechnung gestellt, dies entspricht einem Eigenbeitrag von ca. 50%).¹⁵⁴ Wir nehmen nachfolgend an, dass beim Betreuungsgeld ein Eigenbeitrag von lediglich 25% bezahlt werden müsste (als «Mitte» zwischen 0% und 50%).

Zu beachten ist weiter, dass bei den bisherigen Abschätzungen – wie bei den vorigen Finanzierungsvarianten auch – angenommen wird, dass der *gesamte* Mehrbedarf in Anspruch genommen wird. Auch dies ist in der Realität wenig wahrscheinlich (insbesondere wenn man bedenkt, dass

¹⁵⁴ Alternativ müsste bei höheren Eigenbeiträgen die bisherige Subventionierung der Spitex weitergeführt werden, um die aktuell in Anspruch genommenen Betreuungsleistungen nicht zu verteuern (diese Annahme wurde bei der Berechnung zum Eigenbeitrag von 100% getroffen).

mit den bereits heute getätigten Subventionen ein sehr grosser Mehrbedarf besteht – oder andersherum: trotz Subventionierung der Spitex-Leistungen deutlich weniger Betreuungsleistungen als der von uns ermittelte Bedarf in Anspruch genommen werden). Wieviel zusätzliche Betreuungsleistungen tatsächlich in Anspruch genommen würden, hängt einerseits vom Eigenbeitrag ab, andererseits aber auch vom Erfolg der aufsuchenden Arbeit und von weiteren Faktoren. Wir treffen für die nachfolgende Berechnung die Annahme, dass (bei einem Eigenbeitrag von 25%) von den Nicht-EL-Bezüger/innen 50% des Mehrbedarfs auch wirklich in Anspruch genommen wird (bei den EL-Bezüger/innen gehen wir von einer Inanspruchnahme von 100% aus, da alle Kosten übernommen werden). Diese Werte stellen keine Schätzung dar, welche auf empirischen Daten basiert, sondern sind eine Annahme, die für das Rechenbeispiel verwendet wird.

Mit diesen beiden Annahmen zum Eigenbeitrag (25%) und der Inanspruchnahme (50%) quantifizieren wir nun wiederum die Auswirkungen des Betreuungsgeldes. Es ergeben sich Mehrkosten in Höhe von 630 Mio. CHF und 1 Mrd. CHF pro Jahr.

Tabelle 30 Betreuungsgeld, Eigenbeitrag von 25% und Inanspruchnahme von 50%

	Mehrkosten pro Jahr	
	Min.	Max.
Ambulanter Bereich		
Mehrbedarf	214 Mio. CHF	507 Mio. CHF
Aktuelle Inanspruchnahme (neu über Betreuungsgeld)	69 Mio. CHF	69 Mio. CHF
Stationärer Bereich		
Mehrbedarf	212 Mio. CHF	318 Mio. CHF
Aktuelle Inanspruchnahme (neu über Betreuungsgeld)	138 Mio. CHF	138 Mio. CHF
Insgesamt	632 Mio. CHF	1032 Mio. CHF

Anmerkung: Care-Migration ist noch nicht berücksichtigt. Annahme: Keine fixe Obergrenze des Leistungsbezugs pro Person. Min. / Max. = Minimal- und Maximalwert basierend auf der Spannweite des geschätzten Mehrbedarfs (vgl. Tabelle 14).

Bei den bereits bisher geleisteten Beiträgen nicht berücksichtigt ist die HE. Anmerkung: Aktuell werden über die HE 516 Mio. CHF jährlich bezahlt. Es stellt sich die Frage, ob die HE bei einem Betreuungsgeld weiterhin ausgerichtet wird resp. welcher Teil der heute bezogenen Beiträge der HE noch abgezogen werden müssten bei der obigen Berechnung. Die Frage kann u.E. nicht eindeutig mit ja oder nein beantwortet werden. Das Instrument beinhaltet andere Kriterien und orientiert sich (primär) an der Pflegebedürftigkeit und nicht am Betreuungsbedarf. Entsprechend wären die Instrumente nicht deckungsgleich, beinhalten aber wahrscheinlich Überschneidungen. Allerdings ist zu beachten, dass die Hilflosenentschädigung nicht nur im Altersbereich gewährt wird, sondern insb. auch im Bereich IV und UV. Entsprechend würde das Instrument durch die Einführung des Betreuungsgeldes sicherlich nicht vollständig aufgehoben werden. Es wäre dabei grundsätzlich denkbar, das Instrument der Hilflosenentschädigung für den Bereich Alter aufzuheben, wenn ein Betreuungsgeld eingeführt würde. Wenngleich einzelne Personen dabei verlieren würden. Ein Beispiel: Eine Person, die z.B. vom Ehepartner bei den alltäglichen Lebensverrich-

tungen unterstützt wird und ergänzend Pflege von der Spitex erhält (aber keinen Betreuungsbedarf aufweist, der nicht durch Familienmitglieder im üblichen Rahmen gedeckt werden kann). Durch die HE kann die Person aktuell z.B. den Selbstbehalt bei der Spitex decken und ihren Ehepartner gelegentlich einladen. Auf das Betreuungsgeld hätte sie hingegen möglicherweise keinen Anspruch, wenn sie keinen zusätzlichen Betreuungsbedarf aufweist. Es wäre daher zu klären, ob beide Instrumente parallel bestehen blieben. Wenn dies der Fall wäre, müssten sie aufeinander abgestimmt werden, um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden (konkret müsste eine der beiden Leistungen als subsidiär definiert werden, d.h. sie deckt nur Bereiche und Kosten, die vom anderen Instrument nicht übernommen werden). Für die betroffenen Personen am einfachsten wäre demgegenüber aber wahrscheinlich ein Zusammenschluss der beiden Abklärungssysteme.

Element 2: Objektfinanzierung

Ergänzend zur subjektorientierten Finanzierung würden Kosten für die «klassische» Objektfinanzierung für die aufsuchenden Angebote und für die Abklärungen resultieren. Deren Grössenordnung wäre abhängig von der Ausgestaltung und kann aktuell nicht abgeschätzt werden.

Zu beachten ist: Die öffentliche Spitex wird bereits heute für nicht-pflegerische Leistungen subventioniert. Die Vollkosten liegen deutlich über den verrechneten Kosten (ca. die Hälfte wird subventioniert). Das System setzt daher bei bereits bestehenden Finanzierungsinstrumenten an, verändert diese aber hinsichtlich dreier Punkte: 1) Die Finanzierung wäre subjektorientiert, d.h. nicht jede Person hätte Anspruch auf die vergünstigten Tarife, sondern nur Personen mit einem Bedarf. 2) Die Wahlfreiheit würde erhöht, da nicht nur die öffentliche Spitex, sondern auch weitere anerkannte Institutionen / Organisationen vergünstigte Tarife anbieten könnten. 3) Die Finanzierung würde erhöht. Entsprechend würde das neue Finanzierungssystem auch die bisherige Finanzierung durch Kanton / Gemeinden beeinflussen, welche angepasst werden müsste (die Finanzierung von regelmässiger Betreuung sollte neu nur noch über das Betreuungsgeld erfolgen). Anmerkung: Für die Quantifizierung ändert dies jedoch nichts, da oben bereits nur die verrechneten Tarife berücksichtigt wurden.

11. Schlussfolgerungen

Ältere Menschen erhalten in der Schweiz bei Bedarf Pflegeleistungen, die Krankenversicherung und die öffentliche Hand übernehmen einen Grossteil der entsprechenden Kosten. Eine weitergehende Betreuung wird hingegen zumeist nicht von der Krankenversicherung und der öffentlichen Hand übernommen. Das Wohlbefinden älterer Menschen kann aber nicht allein durch Pflegedienstleistungen sichergestellt werden. Vielmehr haben auch ältere Menschen weitergehende Bedürfnisse, insbesondere nach sozialer Interaktion, aber auch im Bereich der Unterstützung im Alltag. Die Paul Schiller Stiftung hat daher einen Leitfaden ausgearbeitet, der darlegt, welche Handlungsfelder eine gute Betreuung älterer Menschen beinhaltet.

Häufig übernehmen Angehörige einen grossen Teil der Betreuung älterer Menschen. Aber in bestimmten Situationen kommen Angehörige auch an ihre Grenzen, die Betreuung übersteigt ihre zeitlichen und fachlichen Kapazitäten; zudem hat nicht jeder ältere Mensch (nahe wohnende) Angehörige. Im Rahmen der vorliegenden Analyse hat BSS daher erhoben, wie gross der Bedarf an

professioneller Betreuungsleistung heute und in der Zukunft ist resp. sein wird, wenn der im Leitfaden der Paul Schiller Stiftung vorgeschlagene Massstab für eine gute Betreuung angelegt wird. Das Ergebnis: Pro Jahr besteht ein Mehrbedarf von insgesamt 14-28 Mio. Stunden an professionell geleisteter Betreuung. Dabei ist der Bedarf von verschiedenen Personengruppen berücksichtigt:

- Personen, die in stationären Einrichtungen wohnen
- Ambulant: Personen, die heute bereits formelle Unterstützung erhalten
- Ambulant: Personen, die heute nur informelle Unterstützung erhalten
- Ambulant: Personen, die heute keine Unterstützung erhalten, aber einen Bedarf hätten

Rund 60% des Mehrbedarfs an Betreuung sieht die Studie im ambulanten Bereich, aber auch in Alters- und Pflegeheimen stehen nicht ausreichend Ressourcen zur Verfügung, um eine Betreuung zu gewährleisten, die dem entsprechen würde, was gemäss dem Konzept der Paul Schiller Stiftung angemessen wäre. Die Befragung zeigte auf, dass im stationären Bereich der Mehrbedarf v.a. bei der sinngebenden Alltagsgestaltung und der Betreuung in Pflegesituationen gesehen wird. Im ambulanten Bereich wurde ebenfalls die sinngebende Alltagsgestaltung oft genannt, zudem die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben (siehe Abschnitt 5.4).

Die Deckung des Mehrbedarfs im Bereich der Betreuung würde Kosten im Bereich von 800 – 1600 Mio. CHF pro Jahr auslösen. Primär bedingt durch die demographische Veränderung wird sich der Bedarf an Betreuung älterer Menschen in den kommenden 20 Jahren deutlich erhöhen. Bis zum Jahr 2050 würden sich die Kosten um 70-170% auf 1.4 bis 4.3 Mrd. CHF erhöhen. Zu bemerken ist, dass bereits heute gewisse Betreuungsleistungen erbracht werden, die teils privat und teils durch die öffentliche Hand finanziert werden. Würde die Finanzierung der Betreuung angepasst, so würde allenfalls die heute bereits geleistete Betreuung zu einem grösseren Teil staatlich finanziert werden, was auch noch gewisse Kosten mit sich bringen würde.

Eine bessere Betreuung von älteren Menschen, die zu Hause leben, wird vermutlich dazu führen, dass manche ältere Person später in ein Pflegeheim eintreten muss. Bei Personen mit leichtem bis mittlerem Pflegebedarf sind die Kosten einer ambulanten Pflege und Betreuung tiefer als die im Pflegeheim anfallenden. Den Kosten verbesserter Betreuung stehen daher auch Einsparungen gegenüber. Die Einsparungen würden jedoch nur einen (kleinen) Teil der Mehrkosten guter Betreuung kompensieren.

800 Mio. – 1.6 Mrd. CHF pro Jahr für gute Betreuung: Ist das nun viel oder wenig? Zunächst sei nochmals betont, dass nicht der gesamte Bedarf an Betreuung durch die öffentliche Hand übernommen werden müsste; vielmehr könnten bzgl. der Kostenübernahme gewisse Einkommens- und Vermögensgrenzen zur Anwendung kommen (s. Kapitel 9). Wie aber ist der gesamte Betrag von 800 Mio. – 1.6 Mrd. CHF zu bewerten? Zunächst: Kosten von 800 Mio. bis 1.6 Mrd. CHF bedeuten 92 bis 185 CHF pro Einwohner/in und Jahr oder zwischen 8 und 15 CHF pro Person und Monat. Ein Vergleich mit anderen Ausgaben hilft zudem bei der Einordnung. Die AHV zahlt heute pro Jahr 45 Mrd. CHF (Bundesamt für Statistik 2020a) aus. Im Vergleich zu den heutigen AHV-Ausgaben sind die für eine gute Betreuung benötigten Kosten also relativ klein. Die heutigen Kosten der Spitex liegen bei 2.7 Mrd. CHF (Bundesamt für Statistik 2020b), wovon rund 2 Mrd. CHF für Pflege, Betreuung und Hilfe für über 65-jährige Personen eingesetzt werden. Gute Betreuung im Alter würde also Kosten von rund 50% derjenigen Kosten ausmachen, die heute durch

die Spitex-Leistungen (für ältere Menschen) entstehen. So gesehen würde gute Betreuung für alle zu einer bedeutenden Kostenerhöhung führen. Wiederum anders sieht es aus, wenn auch die Kosten für Alters- und Pflegeheime als Vergleichsmaßstab herangezogen werden. Dort entstehen heute pro Jahr Kosten von 10.5 Mrd. CHF pro Jahr (Bundesamt für Statistik 2020b). Spitexleistungen für über 65-jährige Personen und die Kosten für Alters- und Pflegeheime zusammen betragen heute rund 12.5 Mrd. CHF. Diese Kosten würden also um rund 10% steigen, wenn eine gute Betreuung im Sinne des Leitfadens der Paul Schiller Stiftung für alle älteren Menschen, unabhängig von Einkommen und Vermögen, gewährleistet würde.

Die Frage ist nun, wie eine professionelle Betreuung organisiert und finanziert werden könnte. Die Studie hat hierfür zunächst vier Varianten betrachtet, die sich an bestehenden Instrumenten orientieren und diese auf den Aspekt Betreuung adaptieren resp. erweitern:

- Vergütung der Betreuungskosten über die EL (d.h. die Kosten der Betreuung würden vom Staat nur für Personen übernommen, die gewisse Grenzen bei Einkommen und Vermögen nicht übersteigen). Gegenüber der heutigen EL wurden zwei zentrale Veränderungen geprüft: Erstens würde Betreuung breiter definiert (sowohl ambulant wie auch stationär würde Betreuung, wie gemäss dem Konzept der Paul Schiller Stiftung angemessen, bezahlt) und zweitens würde das Vermögen bei der Berechnung der EL weniger stark berücksichtigt als heute (d.h. auch Personen des Mittelstands hätten Anspruch auf die Leistung). Die Vergütung wäre zweckgebunden, die betagten Personen würden die Kosten der Betreuungsleistung zunächst selbst übernehmen und die Rechnungen dann zur Vergütung bei der EL einreichen. Würde nur die erste Änderung umgesetzt (also gute Betreuung bezahlt, aber keine Änderung bei der Anrechnung von Vermögen), dann entstünden Kosten von 210 bis 350 Mio. CHF (wobei die erhöhten anrechenbaren Ausgaben schlussendlich aufgrund der Art, wie die EL-Berechtigung berechnet wird, auch die EL-Quote noch etwas erhöhen könnte). Wenn hingegen beide Änderungen umgesetzt werden, entstehen Kosten von 320 Mio. CHF bis 570 Mio. CHF für die öffentliche Hand (sofern der gesamte Mehrbedarf übernommen würde). Diese Variante würde dazu führen, dass ein Teil des Mittelstands von EL-Leistungen profitieren kann, ohne dass zuvor das Vermögen der betroffenen Personen aufgebraucht würde. Fraglich ist, ob eine grosszügigere Ausgestaltung der EL derzeit politisch realisiert werden kann, zumal in der jüngsten Reform der EL gerade restriktivere Regelungen in Kraft gesetzt worden sind.
- In einer zweiten Variante zeigen wir auf, wie eine «Betreuungsentschädigung» für ältere Personen analog zu den Regelungen der Hilflosenentschädigung aussehen könnte. Der Unterschied zur EL-Variante ist, dass sich die Entschädigung am Bedarf ausrichtet, unabhängig vom Einkommen und Vermögen der älteren Person. Weiter würde die Betreuungsentschädigung als Pauschale ausbezahlt werden. Um die zweite Variante mit der ersten vergleichbar zu machen, zeigen wir die finanziellen Implikationen auf, wenn vom gleichen zur Verfügung gestellten Budget wie unter der EL-Variante ausgegangen wird. Pro Person steht in dieser Variante dann natürlich entsprechend weniger Geld zur Verfügung. Als problematisch erachten wir die Auszahlung von Pauschalen. Bei der heutigen HE ist die Pauschale durch die objektivierbaren Zugangskriterien zu rechtfertigen. Es fragt sich aber, ob die Beurteilung des Betreuungsbedarfs in gleichem Masse objektiv beurteilt werden kann. Schwer zu vermeiden werden Situationen sein, in der Betreuungspauschalen ausbezahlt, aber nicht im Sinne einer guten Betreuung eingesetzt werden.
- Drittens kann eine sogenannte «Betreuungsgutsprache» ermöglicht werden. In der geprüften Ausgestaltung ist diese Regelung ähnlich wie die 1. Variante (der EL). Ein Unterschied zur EL-

Variante ist, dass nur die Kosten für Leistungen bestimmter Organisationen rückerstattet werden.

- Schliesslich die vierte Variante, eine «Anschubfinanzierung Betreuung». Das Programm hätte Analogien mit der Anschubfinanzierung für familienexterne Kinderbetreuung, die der Bund über viele Jahre finanziert hat. Gefördert würden hier in der Tendenz Angebote und Modelle (also Objektfinanzierung), wobei auch eine Subjektfinanzierung denkbar wäre. Die so subventionierten Institutionen würden dann ihre Betreuungsdienstleistung zu einem relativ tiefen Tarif oder auch unentgeltlich bereitstellen können. Ein Vorteil dieser Finanzierungsvariante ist, dass niederschwellige Angebote aufgebaut und ältere Personen durch ein solches, niederschwelliges, Angebot allenfalls besser angesprochen werden können. Weiter können subventionierte Institutionen besser und einfacher Freiwillige einbinden. Und schliesslich mag durch die Subventionierung von Institutionen auch ein positiver Wettbewerb innovativer Ideen und Modelle initiiert werden. Ein Nachteil von Objektfinanzierungen ist, dass in der einfachsten Ausgestaltung alle Personen von den subventionierten Dienstleistungen profitieren, unabhängig vom Einkommensniveau. Weiter sind die Angebote möglicherweise nicht nachhaltig und würden dadurch evtl. nicht zu einer besseren Betreuungssituation führen und eine «Verzettelung» der Projekte wäre möglich.

Das Fazit: Alle Instrumente weisen – neben verschiedenen Stärken – auch substanzielle Schwachpunkte auf. Wir haben daher eine 5. Finanzierungsvariante erarbeitet, welche die Vorteile der verschiedenen Instrumente zu kombinieren versucht: das Förder- und Finanzierungsprogramm «Betreuungsgeld».

Das Betreuungsgeld beinhaltet eine Kombination zwischen Objekt- und Subjektfinanzierung:

- Subjektorientiertes Element: Personen mit einem Betreuungsbedarf bezahlen reduzierte Tarife, wenn sie bei einer anerkannten Organisation / Institution Leistungen der Hilfe und Betreuung in Anspruch nehmen. Der Ablauf ist wie folgt:
 - Der Bedarf an Betreuung einer Person wird bei einer Abklärungsstelle ermittelt. Im Ergebnis dieser Abklärung resultiert ein Stundenkontingent.
 - Die Person kann diese Stunden nun bei einem anerkannten Leistungserbringer einlösen. Der Fokus liegt damit auf der Leistungserbringung durch professionelle Anbieter, eine Vergütung von Angehörigen wäre unter bestimmten Voraussetzungen möglich.
 - Für die eingelösten Stunden erhält die Person eine Rechnung. Sie bezahlt jedoch nicht die Vollkosten, sondern einen vergünstigten Tarif. Die restlichen Kosten werden vom Kanton übernommen (direkte Zahlung an den Leistungserbringer).
 - Wenn eine Person die (reduzierten) Tarife nicht bezahlen kann, wird dies über die EL übernommen. Dabei müsste nur sichergestellt werden, dass die Ausgaben für die Betreuung als *anerkannte Ausgaben* bei der Berechnung der EL resp. der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten gelten. Dann könnte die Unterstützung von finanziell schwächer gestellten Personen im bestehenden System erfolgen.
 - Prozentuale Höhe der Beiträge von Kantonen und Gemeinden: Das Modell sieht vor, dass die Kantone festlegen können, welchen prozentualen Beitrag sie an die Betreuungsleistungen zahlen und welchen Anteil die Klienten selbst übernehmen. Der Bund kann dabei einen Rahmen vorgeben. Das Modell ist damit im Grundsatz sehr offen und flexibel und die den Kantonen und Gemeinden entstehenden Kosten können unterschiedlich hoch sein. Insgesamt werden sich die Kosten für Kantone und Gemeinden zwischen 200 Mio.

CHF und 2 Mrd. CHF pro Jahr belaufen (je nach Umsetzung in den Kantonen und auf Basis des heutigen Betreuungsbedarfs). Wichtig ist: Diese Kostenschätzung basiert auf der Annahme, dass der gesamte Mehrbedarf tatsächlich in Anspruch genommen wird.

- Einordnung der Kosten: Wenn die Kosten des subjektorientierten Elements einer guten Betreuung über eine Erhöhung der Einkommensteuern bei natürlichen Personen finanziert würden¹⁵⁵, müssten Kantone und Gemeinden die bei natürlichen Personen erhobenen Einkommenssteuern um 0.3-3% erhöhen (je nachdem, wie das Finanzierungsinstrument konkret umgesetzt würde).
- Objektorientiertes Element: Ergänzend zur subjektorientierten Finanzierung erfolgt eine «klassische» Objektfinanzierung von Organisationen, die Betreuungsleistungen anbieten. Damit werden einerseits Projekte zur Qualitätsentwicklung und -sicherung gefördert und andererseits werden spezifische Angebote unterstützt, die aufsuchend erfolgen und niederschwellig ausgestaltet sind. Damit sollen Personen möglichst frühzeitig erfasst werden können. Wenn dann von Seiten der Organisationen ein Bedarf festgestellt resp. vermutet wird, werden die Personen zur Abklärung ermutigt. Danach tritt die subjektorientierte Finanzierung in Kraft. Es erfolgt somit keine Doppelfinanzierung: Aufsuchende Arbeit wird über Objektfinanzierung vergütet, regelmässige Betreuung über die subjektorientierte Finanzierung – die «Nahtstelle» ist die Abklärung.

Das Modell ist unabhängig von der Wohnform anwendbar. Finanziert wird das Modell von Bund, Kantonen und Gemeinden. Eine mögliche Aufteilung: Die subjektorientierte Finanzierung liegt grundsätzlich bei den Kantonen und Gemeinden. Der Bund leistet im Rahmen eines «Impulsprogramms Betreuung» eine temporäre Mitfinanzierung bei der Subjektfinanzierung und übernimmt zudem die Kosten der Objektfinanzierung und der Bedarfsabklärung dauerhaft.

Zur Beurteilung, inwieweit sich dieses Modell für die Finanzierung der Betreuungskosten eignet, erscheinen uns folgende Kernfragen besonders wichtig:

- Wer sollte auch künftig Betreuungskosten selbst tragen, wer erhält staatliche Unterstützung?
- Wie offen ist der Zugang zur Betreuung? Wie hoch sind die Hürden? Gelingt es, ältere Personen zum idealen Zeitpunkt mit den Dienstleistungen zu erreichen?
- Ist die Finanzierungsvariante politisch machbar?

In Bezug auf die Frage, welcher Anteil der Betreuungskosten selbst getragen und welcher Anteil vom Staat übernommen werden soll, weist das Modell u.E. zwei Vorteile auf: Erstens würden finanziell schwächer gestellte Personen, welche den Eigenbeitrag nicht tragen können, über die EL zusätzlich unterstützt. Zweitens kann die – politische – Frage zur Höhe des Eigenbeitrags auch politisch beantwortet (und ggf. im Laufe der Zeit verändert) werden – die Grundstruktur des Modells wird dadurch nicht beeinflusst.

Die Zugangshürden würden durch die Objektfinanzierung im Modell möglichst tief gehalten. Die finanzierten Organisationen wären in der Lage, eine aufsuchende Arbeit aufzubauen, d.h., das, was am besten sicherstellen kann, dass ältere Personen rechtzeitig die Betreuung erhalten, die sie

¹⁵⁵ Wir gehen in diesem Rechenbeispiel davon aus, dass die Unternehmensbesteuerung nicht angepasst würde.

benötigen. Die Hürde, solche (teilweise niederschweligen) Angebote anzunehmen, kann bei dieser Finanzierungsvariante bewusst tief gehalten werden.

Das Modell hat u.E. politisch relativ grosse Realisierungschancen. Denn das subjektorientierte Element setzt erstens an bestehenden Strukturen an und ermöglicht zweitens durch die Festlegung des Eigenbeitrags eine relativ hohe Flexibilität. Das Element des Impulsprogramms durch den Bund («Impulsprogramm Betreuung»), durch das insbesondere die subjektorientierte Finanzierung in der Anfangsphase unterstützt werden könnte, würde die politische Realisierbarkeit weiter stärken.

Abschliessend möchten wir noch einen gewissen Vorbehalt zu den in dieser Studie vorgestellten Kostenberechnungen und Quantifizierungen anbringen. Wir haben im Rahmen des Mandats und unter Berücksichtigung des Leitfadens der Paul Schiller Stiftung eine erste Schätzung zu den möglichen Kosten guter Betreuung vorgenommen. Die uns zur Verfügung stehende Datenbasis ist aber nach wie vor relativ dünn. Insbesondere im stationären Bereich wäre es erstrebenswert, mehr Informationen über die bereits heute geleistete Betreuung zu dokumentieren.

Dass ein Mehrbedarf im Bereich der Betreuung vorliegt, ist auf Basis der vorliegenden Arbeit insgesamt klar. Die genaue Höhe mag zu diskutieren sein und kann in weiteren Studien allenfalls auch noch präzisiert werden. Zur Finanzierung der Betreuungsleistung prüfen wir vier mögliche Varianten basierend auf bestehenden Finanzierungsinstrumenten, zeigen Vor- und Nachteile dieser Varianten auf und stellen ein neues Modell zur Diskussion. In welcher Art und in welcher Höhe Betreuungsleistungen künftig finanziert werden, ist schlussendlich ein politischer Entscheid.

Einige interessante Fragen müssen in künftigen Forschungsarbeiten und in konkreten Konzepten zur Operationalisierung des vorgeschlagenen Instruments untersucht werden. Besonders relevant scheinen uns dabei zwei Themen:

Das in dieser Studie vorgeschlagene Finanzierungsmodell lässt bewusst offen, welchen Anteil der Kosten der Staat übernehmen würde. Eine zentrale Frage ist nun, wie der Zusammenhang zwischen dem Eigenbeitrag der Klienten/innen und der tatsächlichen Inanspruchnahme des Betreuungsangebots ist. Heute müssen Klienten bei von der Spitex erbrachten Betreuungsleistungen in der Regel rund 50% der Kosten selbst tragen. Deshalb sind die in der vorliegenden Studie befragten Fachpersonen der Überzeugung, dass der Bedarf an Betreuung nur zu einem kleinen Teil gedeckt ist. Oder anders gesagt: Bei einem Eigenbeitrag von 50% sind die Kosten pro Stunde für viele ältere Menschen zu hoch. Wie aber wäre dies, wenn der Eigenbeitrag nur 25% wäre? Oder nur 10%, also ca. 6 CHF pro Stunde? Technisch gesprochen: Man müsste die Preis-Elastizität der Nachfrage für Betreuungsleistungen kennen. Diese wiederum müsste durch geeignete Methoden wissenschaftlich bzw. empirisch bestimmt werden.

Ein künftiges Modell zur Finanzierung einer guten Betreuung darf keinesfalls Freiwilligenarbeit verdrängen; vielmehr sollte das staatliche Engagement Freiwilligenarbeit fördern. Unserer Einschätzung nach können Freiwillige einerseits in der objektfinanzierten Arbeit eingesetzt werden, die ja niederschwellige Angebote machen soll, die unentgeltlich angeboten werden. Zweitens aber können Freiwillige auch von Anbietern der subjektorientiert finanzierten Betreuung eingesetzt werden. Dies aber unter einem professionellen Management, das sicherstellt, dass Freiwillige so

eingesetzt werden, dass sie nicht überfordert werden. Denkbar ist dabei auch eine gewisse Wahlmöglichkeit der Klienten. Zur Illustration: Mit einem Betreuungsbudget im Wert von 120 CHF könnten entweder zwei Stunden einer bezahlten Fachperson oder alternativ zwei Nachmittage eines freiwilligen Mitarbeiters / einer freiwilligen Mitarbeiterin bezogen werden. Die Kosten im Falle der Freiwilligen würden dann Spesen und Administrationskosten decken, nicht aber die Zeit des / der freiwilligen Mitarbeitenden selbst. Zur Frage des optimalen Einsatzes von Freiwilligen sind konkrete Ideen bei der Formulierung der Umsetzungskonzepte gefragt.

A. Anhang

A.1 Literaturverzeichnis

Australian Government Department of Health (2018). Commonwealth Home Support Programme. Program Manual 2018-2020. Canberra, Australia. <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2019/12/commonwealth-home-support-programme-chsp-manual-2018-2020.pdf>

Australian Government Department of Health (2020a). Home Care Packages Program. Data Report 2nd Quarter 2019-2020. 04/20, Canberra, Australia. https://gen-agedcare-data.gov.au/www_aihngen/media/Home_care_report/HCP-Data-Report-2019%e2%80%9320-2nd-Qtr.pdf

Australian Government Department of Health (2020b). Home Care Packages Program. Operational Manual for Home Care Package consumers. Version 1 03/20, Canberra, Australia. <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/03/home-care-packages-program-operational-manual-a-guide-for-home-care-providers.pdf>

Ballmer, Thomas, Franziska Wirz und Brigitte E. Gantschnig (2019): Die Erfassung von Lebensqualität und Wohlbefinden älterer Menschen mit psychischen und kognitiven Einschränkungen: ein systematisches Literaturreview zur Validität und Praktikabilität deutschsprachiger Assessments. *International Journal of Health Professions*, Volume 6, Issue 1, 124-143.

Bannwart, Livia, Kilian Künzi, Patrik Gajta (2020). Folgestudie betreutes Wohnen - Kosten des betreuten Wohnens. Im Auftrag der Partnerorganisationen CURAVIVA Schweiz, senesuisse, Spitex Schweiz, Association Spitex privée Suisse ASPS.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2018). Förderprogramm «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020». Hintergrundinformationen zum Begriff «betreuende Angehörige».

Bundesamt für Statistik (BFS) (2017). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. BFS: Neuchâtel, Schweiz.

Bundesamt für Statistik (BFS) (2020a). Jahresbericht AHV-Statistik 2019. BFS: Neuchâtel, Schweiz.

Bundesamt für Statistik (BFS) (2020b). Medienmitteilung. Gesundheit. Sozialmedizinische Betreuung in Institutionen und zu Hause. BFS: Neuchâtel, Schweiz.

Bericht des Bundesrates (2016). Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege.

- Cavedon, Enrico, Christoph Minnig und Peter Zängl (2018a). Buurtzorg in der Schweiz: Kann das funktionieren? Spitex Magazin 03/2018. https://www.spitexmagazin.ch/files/DDOFG2X/spitex_magazin_d_3_2018.pdf
- Cavedon, Enrico, Christoph Minnig und Peter Zängl (2018b). Das holländische Buurtzorg-Modell: Selbstorganisation in der ambulanten Pflege. Kontrolle ist gut, Vertrauen ist besser. Fachzeitschrift Netzwerke Curaviva 6/18
- Cosandey, Jérôme (2016). Neue Massstäbe für die Alterspflege. Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe. Zürich: Avenir Suisse.
- Ecoplan (2019). Alzheimer Schweiz Demenzkostenstudie 2019: Gesellschaftliche Perspektive. Bern: Alzheimer Schweiz.
- Engelberger, Kaspar und Rolf Rubin (2018). Preisvergleich Betreuungs- und Aufenthaltstaxen von Schweizer Alters- und Pflegeheimen. Bern: Preisüberwachung.
- Eling, Martin und Mauro Elvedi (2019). Die Zukunft der Langzeitpflege in der Schweiz. St. Gallen: Verlag Institut für Versicherungswirtschaft der Universität St. Gallen. I VW HSG Schriftenreihe, Band 66.
- Frey, Miriam, Harald Meier, Mirjam Suri und Lorenz Walthert (2016). 24-Stunden-Betragtenbetreuung in Privathaushalten: Regulierungsfolgenabschätzung zu den Auswirkungen der Lösungswege gemäss Bericht zum Postulat Schmid-Federer 12.3266 „Pendelmigration zur Alterspflege“. Zuhanden des Staatssekretariats für Wirtschaft.
- Global Coalition on Aging (2018). Beziehungsbasierte häusliche Betreuung: Eine nachhaltige Lösung für den Notstand in der Altenpflege in Europa. https://globalcoalitiononaging.com/wp-content/uploads/2019/06/092150_GCOA_Report_20190122.pdf
- Gobet, P. & Wiederkehr, S. (2020). Das Projekt Curarete. Projektförderung der Age-Stiftung von Juli 2019 bis Oktober 2020. Verein Curarete.
- Greuter, Susy und Beat Ringger (2018). Langzeitpflege und -betreuung in den Kantonen: Die Waadt als Vorbild. In: Gurny, Ruth, Ringger Beat und Seifert Kurt (Hg.): Gutes Alter. Eine Gesellschaft des guten langen Lebens für alle. Zürich: Edition 8, S. 142-151
- Healthdirect Australia (2018). Home Care Package Research. https://aged-care.health.gov.au/sites/default/files/documents/02_2018/home_care_package_research_report.pdf
- Höpflinger, François (2020). Leben im Alter –aktuelle Feststellungen und zentrale Entwicklungen. Zürich. Herausgeberin: Programm Socius – ein Programm der Age-Stiftung.
- Interface (2016). Altersgerechtes Quartier Luzern. Evaluation und Dokumentation. Zürich, Age Stiftung. http://www.age-stiftung.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/2014/013/2016_Age_I_2014_013.pdf.








- Kelders, Y., & de Vaan, K. (2018). ESPN Thematic report on challenges in long-term care. Brussels: European Commission
- Knöpfel, Carlo, Johanna Leitner, Nora Meuli und Riccardo Pardini (2019). Das frei verfügbare Einkommen älterer Menschen in der Schweiz. Eine vergleichende Studie unter Berücksichtigung des Betreuungs- und Pflegebedarfs. Muttenz: Fachhochschule Nordwestschweiz, Institut für Sozialplanung, Organisatorischer Wandel und Stadtentwicklung ISOS.
- Knöpfel, Carlo, Riccardo Pardini und Claudia Heinzmann (2020a). Wegweiser für eine gute Betreuung im Alter. Herausgegeben von Age Stiftung, Beisheim Stiftung, MBF Foundation, Migros Kulturprozent, Paul Schiller Stiftung, Walder Stiftung.
- Knöpfel, Carlo und Nora Meuli (2020b). Alt werden ohne Familienangehörige. Muttenz: Fachhochschule Nordwestschweiz, Institut Sozialplanung, Organisatorischer Wandel und Stadtentwicklung ISOS.
- Knöpfel, Carlo und Riccardo Pardini (2020c). Gute Betreuung im Alter – eine Orientierungshilfe. Zeitschrift Soziale Sicherheit, 4/2020.
- Lamprecht, Markus, Adrian Fischer und Hanspeter Stamm (2020): Freiwilligen-Monitor Schweiz 2020. Schweizerische Gemeinnützige Gesellschaft (SGG), Zürich.
- Meienberger, Ruth Kulcsár und Felix Helg (2018). Menschlichkeit vor Bürokratie. Spitex Magazin 01/2018. https://www.spitexmagazin.ch/files/FADQQoV/spitex_magazin_d_1_2018.pdf
- Meier, Flurina, Beatrice Brunner, Golda Lenzin, Sarah Heiniger, Maria Carlander und Andrea Huber (2020). Betreuung von Seniorinnen und Senioren zu Hause: Bedarf und Kosten. Winterthur: ZHAW. Im Auftrag von Pro Senectute Schweiz.
- Merçay, Clémence, Laila Burla und Marcel Widmer (2016). Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030. Obsan Bericht 71.
- Neukomm, Sarah, Monika Götzö, Barbara Baumeister, Simon Bock, Jasmin Gisiger, Fiona Gisler, Nicole Kaiser, Konstatin Kehl und Rahel Strohmeier (2019). Tages- und Nachtstrukturen – Einflussfaktoren der Inanspruchnahme. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG).
- Nonnenmacher, Lara, Anna Hegedüs und Ulrich Otto (2020). Vermittlungsplattformen in der Pflege und Betreuung. Careum Hochschule Gesundheit. Zeitschrift Soziale Sicherheit, 2/2020.
- Phillipson, Lyn, Lee F. Low und Shoshana Dreyfus (2019). Consumer-directed care for older Australians: Are resources identified on the Web adequate to support decisions about home-based care packages? Australian Journal of Social Issues, Vol. 52 Issue 2.
- Productivity Commission (2015). Housing Decisions of Older Australians. Productivity Commission: Canberra, Australia.

- Przybilla, Steve (2019). Wie ein niederländisches Pflegemodell gegen Zeitdruck und Personal-mangel vorgeht. In: Neue Zürcher Zeitung (02.03.2019). <https://www.nzz.ch/gesellschaft/buurtzorg-ein-pflegemodell-gegen-zeitdruck-und-personalmangel-zeitdruck-und-personalmangel-vorgeht-ld.1461938>
- Russel, Sarah (2019). Older people living well with in-home support. Research Matters: Melbourne, Australia.
- Schneider, Yves, Philippe Widmer und Philip Hochuli (2018). Abschätzung der Kostenwirkung des Wohn- und Pflegemodells 2030. Olten: Curaviva.
- Stadt Luzern (2011). Altern in Luzern – ein Entwicklungskonzept. Bericht und Antrag 15/11. https://www.stadtluzern.ch/_docn/1430543/SLU-1636324.pdf
- Stadt Luzern (2016). Selbstbestimmtes Wohnen im Alter. Bericht und Antrag 06/16. https://www.stadtluzern.ch/_docn/1430591/SLU-2982360.pdf
- Stadt Luzern (2017). Selbstbestimmtes Wohnen im Alter II. Bericht und Antrag 11/17. https://www.stadtluzern.ch/_docn/1430615/SLU-3251158.pdf
- Stettler, Peter, Theres Egger, Caroline Heusser und Lena Liechti (2020). Ausgestaltung der Altershilfe in den Kantonen, Forschungsbericht 3/20, Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Stutz, Heidi, Roman Liesch, Tanja Guggenbühl, Mario Morger, Melania Rudin und Livia Bannwart (2019). Finanzielle Tragbarkeit der Kosten für Unterstützungs- und Entlastungsangebote. Schlussbericht des Forschungsmandats Go3 des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige» 2017-2020. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- van Est, D., & Bähre, E. (2013). Cash for Care in The Netherlands: Markets, Bureaucracies, and Personal Relations in Post-Cold War Healthcare Reform. *Etnofoor*, 25(2), 99-118.
- Vettori, Anna, Thomas von Stokar, Christoph Petry, Deborah Britt, Heidrun Gattinger und Susi Saxer (2017). Mindestanforderungen für Pflegebedarfserfassungssysteme. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Wächter, Matthias und Oliver Kessler (2019). Pflege und Betreuung 2035 – Braucht die Schweiz eine Pflegeversicherung? Luzern: Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia.
- Wächter, Matthias, Kilian Künzi, Margot Hausammann und Aurélien Abrassart (2017). Vollkosten der öffentlich-rechtlichen und gemeinnützigen Spitexorganisationen. Bern/Luzern. Im Auftrag von Spitex Schweiz.
- Wächter, Matthias, Martin Hafen, Angela Bommer und Sarah Rabhi-Sidler (2015). Die Zukunft der hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex. Standortbestimmung und Ausblick. Luzern.

Werner, Sarah, Eliane Kraft, Ramin Mohagheghi, Nora Meuli und Florian Egli (2016). Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz. Ergebnisse einer Kantonsbefragung und einer Auswertung der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (Obsan Dossier 52). Im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatorium.

Zúñiga, Franziska, Lauriane Favez, Sonja Baumann, Annette Kindlimann, Aislinn Oeri, Brigitte Benkert, Catherine Blatter, Anja Renner, Simone Baumgartner-Violand, Christine Serdaly, Dietmar Ausserhofer, Cédric Mabire, Michael Simon (2021). SHURP 2018 – Personal und Pflegequalität in Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz und Romandie. Universität Basel.

A.2 Australia Home Care Packages Program: ACAT Guidance Framework

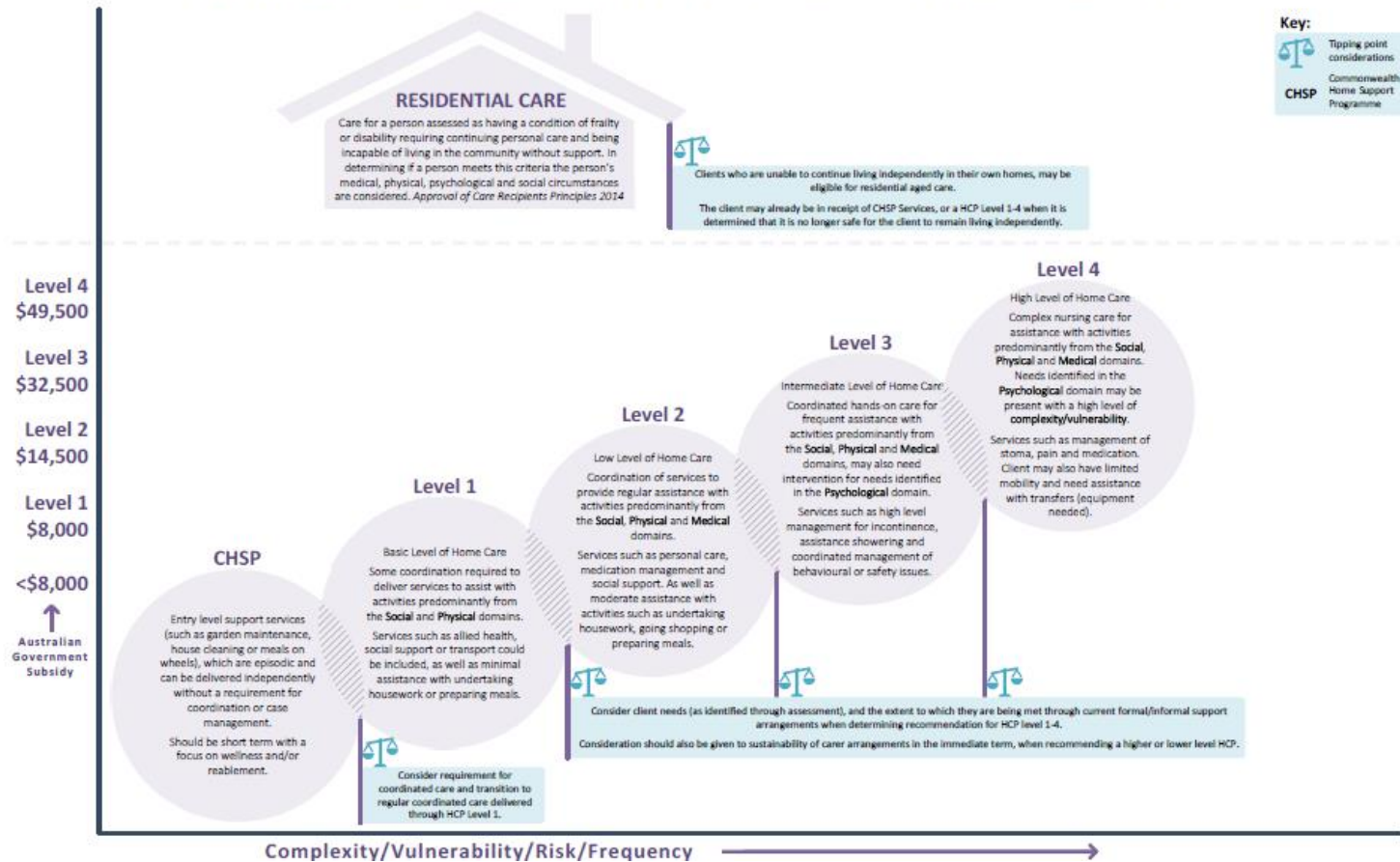
  ACAT Guidance Framework for Home Care Package Level Stage 1						
This guide has been developed for and with Aged Care Assessment Teams to inform and support their decision making when recommending a specific Home Care Package (HCP) level. This matrix forms Stage 1 of the guide, and is used to assist in identifying the clients current needs.						
		 SOCIAL	 PHYSICAL	 MEDICAL	 PSYCHOLOGICAL	 COMPLEXITY/ VULNERABILITY
Entry Level Care	COMMONWEALTH HOME SUPPORT PROGRAMME (CHSP) CHSP is available for clients who need low intensity (small amounts) of a single, or a few services, without the need for case management or coordinated care delivery. For more information see the CHSP Interaction with Home Care Packages Factsheet . In general, CHSP services should not be provided to people who are also receiving other government-subsidised services such as a Home Care Package (HCP). There are a few circumstances in which a HCP client may access CHSP services in addition to the services they are receiving from their HCP budget. These circumstances include: 1. Clients on Level 3 or 4 HCP, where HCP budget is fully allocated, can access additional short-term or episodic Allied Health, Therapy or Nursing services, where these services may assist the client to get back on their feet after a setback (such as a fall). 2. Clients on a Level 1 to 4 HCP, where the HCP budget is fully allocated and a carer requires it, the client can access additional planned respite services under the CHSP (on a short-term basis). 3. Clients on a Level 1 to 4 HCP, in an emergency (such as when a carer is not able to maintain their caring role) and where the HCP budget is fully allocated, additional CHSP services can be obtained on an emergency or short-term basis.					
Coordinated Home Care Package Services	Level 1	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Social and Community Participation Minimal assistance needed <input type="radio"/> Family and other Support Networks Connects with minimal assistance <input type="radio"/> Sustainability of Caring Relationships Carer needs occasional support 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Function – ADLs and IADLs Minimal assistance needed <input type="radio"/> Physical Health Minimal management needed <input type="radio"/> Personal Health Minimal management needed 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Health Conditions No or minimal (infrequent) management needed <input type="radio"/> Medication Management No or minimal (infrequent) medication management needed <input type="radio"/> Allergies and/or Sensitivities No or minimal assistance/monitoring 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Cognition No or minimal impairment <input type="radio"/> Behavioural Management Issues No issues or issues well managed with intermittent intervention <input type="radio"/> Psychosocial No issues or issues well managed with intermittent intervention 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Complexity and/or Risk of Vulnerability No complexity or vulnerability concerns
	Level 2	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Social and Community Participation Moderate (regular) assistance needed <input type="radio"/> Family and other Support Networks Connects with moderate (regular) assistance <input type="radio"/> Sustainability of Caring Relationships Carer needs moderate support at regular intervals 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Function – ADLs and IADLs Moderate (regular) assistance needed <input type="radio"/> Physical Health Moderate (regular) management needed <input type="radio"/> Personal Health Moderate (regular) management needed 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Health Conditions Moderate (regular) management needed <input type="radio"/> Medication Management Moderate (regular) medication management needed <input type="radio"/> Allergies and/or Sensitivities Needs some assistance/monitoring 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Cognition Mild cognitive decline <input type="radio"/> Behavioural Management Issues Issues require minimal (infrequent) intervention <input type="radio"/> Psychosocial Issues require minimal (infrequent) intervention 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Complexity and/or Risk of Vulnerability Low level complexity and/or some vulnerability concerns
	Level 3	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Social and Community Participation High level (frequent) assistance needed <input type="radio"/> Family and other Support Networks Social isolation – minimal contacts <input type="radio"/> Sustainability of Caring Relationships Signs of carer stress – high level (frequent) support needed 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Function – ADLs and IADLs High level (frequent) assistance needed <input type="radio"/> Physical Health High level (frequent) management needed <input type="radio"/> Personal Health High level (frequent) management needed 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Health Conditions High level (frequent) management needed <input type="radio"/> Medication Management High level (frequent) medication management needed <input type="radio"/> Allergies and/or Sensitivities Needs frequent assistance/monitoring 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Cognition Moderate cognitive decline <input type="radio"/> Behavioural Management Issues Issues require moderate (regular) intervention <input type="radio"/> Psychosocial Issues require moderate (regular) intervention 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Complexity and/or Risk of Vulnerability Moderate complexity and/or very vulnerable
	Level 4	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Social and Community Participation Unable to engage without full assistance <input type="radio"/> Family and other Support Networks Social isolation – no contacts <input type="radio"/> Sustainability of Caring Relationships Unsustainable caring arrangements – comprehensive support needed 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Function – ADLs and IADLs Comprehensive assistance needed <input type="radio"/> Physical Health Specialised management needed <input type="radio"/> Personal Health Specialised management needed 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Health Conditions Complex management needed <input type="radio"/> Medication Management Complex medication management needed <input type="radio"/> Allergies and/or Sensitivities Unable to manage – full assistance needed 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Cognition Severe cognitive decline <input type="radio"/> Behavioural Management Issues Issues require frequent intervention <input type="radio"/> Psychosocial Issues require frequent intervention 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Complexity and/or Risk of Vulnerability High level complexity and/or extremely vulnerable
Higher Level Care	RESIDENTIAL CARE Residential care is available to clients with a condition of frailty or disability requiring continuing personal care, who are incapable of living in the community without support. Eligibility is determined through an assessment of the clients medical, physical, psychological and social circumstances including evidence of: a medical condition; absence or loss of physical functions; absence or loss of cognitive functioning; absence or loss of social functioning or evidence that the person's life or health would be at significant risk if the person did not receive residential care.					



ACAT Guidance Framework for Home Care Package Level

Stage 2

This guide has been developed for and with Aged Care Assessment Teams to inform and support their decision making when recommending a specific Home Care Package level. This diagram forms Stage 2 of the guide, and is used to assist in understanding if the client's current needs (as identified in Stage 1) are being met.



A.3 Fragebogen Erhebungen

A.3.1 Vertiefte Anfrage stationäre Einrichtung

Datenerhebung zur Zahl Klient/innen und geleisteten Stunden

- Bitte beschränken Sie sich bei den nachfolgenden Angaben jeweils auf die Altersgruppe ab 65 Jahren.
- Für die nachfolgenden Angaben bitten wir Sie, uns die Daten für den Stichtag Dienstag, 3. September 2019 anzugeben.
- Können Sie kurz erläutern, wie Betreuung in Gruppensettings zeitlich erfasst wird?

Anzahl Klient/innen: Bitte tragen Sie in die Tabelle unten ein, wie sich die Klientinnen und Klienten im stationären Bereich am Stichtag 3.9.2019 auf die verschiedenen Pflegestufen und Altersklassen verteilen.

Tabelle 1 Anzahl Klient/innen am Stichtag 3.9.2019

	Alter 65-79 Jahre	Alter 80+ Jahre
Pflegeintensitätsstufe 1-3 (bis 60min/Tag)		
Pflegeintensitätsstufe 4-6 (61- 120min/Tag)		
Pflegeintensitätsstufe 7-12 (mehr als 120min/Tag)		

Geleistete Pflege: Bitte tragen Sie in die Tabelle unten ein, wie viele Stunden Pflegeleistung (alle Leistungen, welche gemäss KLV abgerechnet werden können) die Klientinnen und Klienten im stationären Bereich am Stichtag 3.9.2019 erhalten haben (z.B. 5 Klienten, welche je 2 Stunden bezogen = 10 Stunden).

Tabelle 2 Anzahl Stunden Pflegeleistung (KLV) am Stichtag 3.9.2019

	Alter 65-79 Jahre	Alter 80+ Jahre
Pflegeintensitätsstufe 1-3 (bis 60min/Tag)		
Pflegeintensitätsstufe 4-6 (61- 120min/Tag)		
Pflegeintensitätsstufe 7-12 (mehr als 120min/Tag)		

Geleistete Betreuung: Bitte tragen Sie in die Tabelle unten ein, wie viele Stunden Betreuungsleistung (alle Leistungen, welche *nicht* über die KLV abgerechnet werden können) die Klientinnen und Klienten im stationären Bereich am Stichtag 3.9.2019 erhalten haben (z.B. 5 Klienten, welche je 2 Stunden bezogen = 10 Stunden). Sofern in Ihren Daten verschiedene Leistungstypen (z.B. Betreuung allgemein und Aktivierung) unterschieden werden, können diese in separaten Tabellen eingefügt werden.

Tabelle 3.1 Anzahl Stunden Betreuungsleistungen (nicht-KLV) am Stichtag 3.9.2019

Leistungstyp:	Alter 65-79 Jahre	Alter 80+ Jahre
Pflegeintensitätsstufe 1-3 (bis 60min/Tag)		
Pflegeintensitätsstufe 4-6 (61- 120min/Tag)		
Pflegeintensitätsstufe 7-12 (mehr als 120min/Tag)		

Tabelle 3.2 Anzahl Stunden Betreuungsleistungen (nicht-KLV) am Stichtag 3.9.2019

Leistungstyp:	Alter 65-79 Jahre	Alter 80+ Jahre
Pflegeintensitätsstufe 1-3 (bis 60min/Tag)		
Pflegeintensitätsstufe 4-6 (61- 120min/Tag)		
Pflegeintensitätsstufe 7-12 (mehr als 120min/Tag)		

Optimale Betreuung: Kann Ihrer Einschätzung nach mit den bereits geleisteten Stunden Betreuung (Tabellen 3.1, 3.2) der Bedarf an guter Betreuung bereits abgedeckt werden? Falls Nein: Können Sie aus Ihrer Perspektive als Fachperson einschätzen, wie viele Stunden zusätzlicher Betreuung notwendig wären, um eine optimale Betreuung zu erreichen (wobei die Finanzierung keine Rolle spielt, resp. als gegeben erachtet werden soll)? Können Sie dies wiederum mit Blick auf die Personen am Stichtag einschätzen?

Tabelle 4 Anzahl zusätzliche Betreuungsstunden «Optimum» am Stichtag 3.9.2019

	Alter 65-79 Jahre	Alter 80+ Jahre
Pflegeintensitätsstufe 1-3 (bis 60min/Tag)		
Pflegeintensitätsstufe 4-6 (61- 120min/Tag)		
Pflegeintensitätsstufe 7-12 (mehr als 120min/Tag)		

Fallbeispiel

Um die geleistete Betreuung besser illustrieren zu können, möchten wir Sie bitten, uns die Situation und das Betreuungsarrangement in einem typischen Fall zu schildern (anonym). Bitte wählen Sie dabei eine Person aus, auf welche der untenstehende Beschrieb ungefähr zutrifft.

- In welcher Situation befindet sich die Person? Welche Einschränkungen (kognitiv/ physisch) weist sie auf?
- Welche pflegerischen Leistungen erhält die Person? In welchem Zeitumfang (pro Tag, Woche oder Monat)?
- Welche betruerischen Leistungen erhält die Person? In welchem Zeitumfang (pro Tag, Woche oder Monat)? Handelt es sich um Einzel- oder Gruppensetting? Welche Tätigkeiten werden an einem typischen Tag gemacht?

- Wäre im konkreten Fall Ihrer Einschätzung nach der Bedarf an Betreuung höher? In welchem Umfang?
- Sind Angehörige und / oder Freiwillige in die Betreuung involviert?

Beschrieb: Dieser Falltyp steht für Lebenssituationen im Alter, in welchen das selbstständige Wohnen zu Hause aufgrund körperlicher, sensorischer und kognitiver Einschränkungen auch mit Unterstützung anderer nicht mehr möglich ist und stationäre Betreuung und Pflege erforderlich wird. Die Person lebt im Pflegeheim und wohnt in einem Einzelzimmer. Der Übertritt ins Pflegeheim ist aus verschiedenen Gründen erfolgt: Einerseits war die Betreuung und Pflege zu Hause für die Familienangehörigen nicht mehr zu bewältigen. Andererseits brachte auch der hohe Pflegeaufwand und die intensive Hilfe im Alltag die Spitex an ihre Kapazitätsgrenzen. Gemäss ADL-Kriterien ist der Pflegebedarf aufgrund starker Einschränkung hoch. Auch die Mobilitätseinschränkungen der Person erfordert konstante Hilfe und Überwachung (z.B. wegen Sturzgefahr). Die Wohnstrukturen im Pflegeheim (hindernisfreie Räume, medizinisches Fachpersonal rund um die Uhr, Verpflegung, Alltagsgestaltung usw.) sind für die Person unentbehrlich. Nach der Durchführung des Assessments (Beurteilung) durch die Pflegeangestellten, wird ein monatlicher Pflegebedarf von 51.1 bis 60.7 Stunden (entspricht 101 bis 120 Minuten pro Tag) bestimmt. Zudem hat die Person Anspruch auf eine mittlere Hilfloosenentschädigung.

Weitere Fragen

- Wie viel Betreuungsarbeit wird Ihrer Einschätzung nach bei Ihren Klient/innen noch zusätzlich durch Angehörige / Freunde / Nachbarn geleistet? Vielleicht ist beispielsweise eine Angabe zur Relation zu den Betreuungsstunden am Stichtag möglich?
- Wie gross ist der Aufwand für die Abklärung des Bedarfs an Betreuung pro Klient? (einmalig, wiederkehrend)?

A.3.2 Vertiefte Anfrage Spitex-Organisation zu Beginn der Erhebung

Betrieb / Betreuungsverständnis

- Wie wird Betreuung in Ihrer Institution verstanden und umgesetzt? Besprechung des Betreuungsverständnisses gemäss den sechs Handlungsfelder des «Wegweisers».

Mengengerüst

- In welchem Gebiet bietet Ihre Institution ambulante Dienste an? Gibt es Gemeinden mit Leistungsvereinbarungen?
- Wie viele Klienten werden in diesen Gemeinden pro Jahr betreut?

Datenerhebung zur Zahl Klient/innen und geleisteten Stunden

Bitte tragen Sie in die Tabelle unten ein, wie viele Klientinnen und Klienten Ihre Institution im Jahr 2019 gesamthaft betreute.

Tabelle 1 Anzahl Klient/innen total im Jahr 2019 mit ambulanten Leistungen (jeglicher Art)

Anzahl Klient/innen mit Leistungen KLV (ohne Leistungen Nicht-KLV)	
Anzahl Klient/innen mit Leistungen Nicht-KLV (ohne Leistungen KLV)	
Anzahl Klient/innen mit Leistungen KLV UND Nicht-KLV	

Bitte tragen Sie in die Tabelle unten ein, wie sich die Klientinnen und Klienten Ihrer Institution im ambulanten Bereich am Stichtag 3.9.2019 auf die verschiedenen Pflegestufen und Altersklassen verteilen.

Tabelle 2 Anzahl Klient/innen am Stichtag 3.9.2019

	Einpersonenhaushalt		Mehrpersonenhaushalt	
	65-79 Jahre	80+ Jahre	65-79 Jahre	80+ Jahre
Keine Pflegeleistung				
Einmal pro Woche oder weniger Pflegeleistung				
Mehrmals pro Woche Pflegeleistung				

Einsätze pro Klient und Tag:

Was ist die durchschnittliche Anzahl Einsätze pro Klient an einem Pflgetag, also an einem Tag, an dem der Klient mind. einen Einsatz erhielt?

Abklärung:

Wie gross ist der Aufwand für die Abklärung des Bedarfs an Betreuung pro Klient? (erstmalig, wiederkehrend)?

Bitte tragen Sie in die Tabelle unten ein, wie viele Stunden Pflegeleistung (alle Leistungen, welche über die KLV abgerechnet werden können) die Klientinnen und Klienten Ihrer Institution im ambulanten Bereich am Stichtag 3.9.2019 erhalten haben (z.B. 5 Klienten, welche je 2 Stunden bezogen = 10 Stunden).

Tabelle 3 Anzahl Stunden Pflegeleistung (KLV) am Stichtag 3.9.2019

	Einpersonenhaushalt		Mehrpersonenhaushalt	
	65-79 Jahre	80+ Jahre	65-79 Jahre	80+ Jahre
Einmal pro Woche oder weniger Pflegeleistung				
Mehrmals pro Woche Pflegeleistung				

Bitte tragen Sie in die Tabelle unten ein, wie viele Stunden Betreuungsleistung (alle Leistungen, welche nicht über die KLV abgerechnet werden können) die Klientinnen und Klienten Ihrer Institution im ambulanten Bereich am Stichtag 3.9.2019 erhalten haben (z.B. 5 Klienten, welche je 2 Stunden bezogen = 10 Stunden).

Bitte differenzieren Sie dabei soweit möglich zwischen verschiedenen Leistungstypen, wie z.B. Betreuung allgemein, Hauswirtschaft, soziale Begleitung. Bitte füllen Sie für jeden Leistungstyp Ihrer Institution eine separate Tabelle aus (bei Bedarf zu ergänzen).

Tabelle 4.1 Anzahl Stunden Betreuungsleistungen (nicht-KLV) am Stichtag 3.9.2019

	Einpersonenhaushalt		Mehrpersonenhaushalt	
	65-79 Jahre	80+ Jahre	65-79 Jahre	80+ Jahre
Keine Pflegeleistung				
Einmal pro Woche oder weniger Pflegeleistung				
Mehrmals pro Woche Pflegeleistung				

Tabelle 4.2 Anzahl Stunden Betreuungsleistungen (nicht-KLV) am Stichtag 3.9.2019

	Einpersonenhaushalt		Mehrpersonenhaushalt	
	65-79 Jahre	80+ Jahre	65-79 Jahre	80+ Jahre
Keine Pflegeleistung				
Einmal pro Woche oder weniger Pflegeleistung				
Mehrmals pro Woche Pflegeleistung				

Tabelle 4.3 Anzahl Stunden Betreuungsleistungen (nicht-KLV) am Stichtag 3.9.2019

	Einpersonenhaushalt		Mehrpersonenhaushalt	
	65-79 Jahre	80+ Jahre	65-79 Jahre	80+ Jahre
Keine Pflegeleistung				
Einmal pro Woche oder weniger Pflegeleistung				
Mehrmals pro Woche Pflegeleistung				

Kann Ihrer Einschätzung nach mit den bereits geleisteten Stunden Betreuung der Bedarf an guter Betreuung bereits abgedeckt werden? Falls Nein: Können Sie aus Ihrer Perspektive als Fachperson einschätzen, wie viele Stunden zusätzlicher Betreuung notwendig wären, um eine optimale Betreuung zu erreichen (wobei die Finanzierung keine Rolle spielt, resp. als gegeben erachtet werden soll)?

A.3.3 Vertiefte Anfrage Spitex-Organisation gegen Ende der Erhebung

Datenerhebung zur Zahl Klient/innen und geleisteten Stunden

Anzahl Klienten im Jahr: Bitte tragen Sie in die Tabelle unten ein, wie viele Klientinnen und Klienten ab 65 Jahren Ihre Institution im Jahr 2019 gesamthaft betreute.

Tabelle 1 Anzahl Klient/innen 65+ total im Jahr 2019 mit ambulanten Leistungen

Anzahl Klient/innen mit Leistungen KLV (ohne Leistungen Nicht-KLV)	
Anzahl Klient/innen mit Leistungen Nicht-KLV (ohne Leistungen KLV)	
Anzahl Klient/innen mit Leistungen KLV UND Nicht-KLV	

Stichtag-Erhebung

- Bitte beschränken Sie sich bei den nachfolgenden Angaben jeweils auf die Altersgruppe ab 65 Jahren.
- Für die nachfolgenden Angaben bitten wir Sie, uns die Daten für den Stichtag Dienstag, 3. September 2019 anzugeben.
- Können Sie kurz erläutern, wie Betreuung in Gruppensettings zeitlich erfasst wird?

Anzahl Klient/innen: Bitte tragen Sie in die Tabelle unten ein, wie sich die Klientinnen und Klienten Ihrer Institution im ambulanten Bereich am Stichtag 3.9.2019 auf die beiden Altersklassen verteilen.

Tabelle 2 Anzahl Klient/innen am Stichtag 3.9.2019

	65-79 Jahre	80+ Jahre
Anzahl Klienten 65+		

Geleistete Pflege: Bitte tragen Sie in die Tabelle unten ein, wie viele Stunden Pflegeleistung (alle Leistungen, welche über die KLV abgerechnet werden können) die Klientinnen und Klienten Ihrer Institution im ambulanten Bereich am Stichtag 3.9.2019 erhalten haben (z.B. 5 Klienten, welche je 2 Stunden bezogen = 10 Stunden).

Tabelle 3 Anzahl Stunden Pflegeleistung (KLV) am Stichtag 3.9.2019

	65-79 Jahre	80+ Jahre
Stunden Pflege (KLV)		

Geleistete Betreuung Bitte tragen Sie in die Tabelle unten ein, wie viele Stunden Betreuungsleistung (alle Leistungen, welche nicht über die KLV abgerechnet werden können) die Klientinnen und Klienten Ihrer Institution im ambulanten Bereich am Stichtag 3.9.2019 erhalten haben (z.B. 5 Klienten, welche je 2 Stunden bezogen = 10 Stunden).

Bitte differenzieren Sie dabei soweit möglich zwischen verschiedenen Leistungstypen, wie z.B. Betreuung allgemein, Hauswirtschaft, soziale Begleitung. Bitte füllen Sie für jeden Leistungstyp Ihrer Institution eine separate Tabelle aus (bei Bedarf zu ergänzen).

Tabelle 4.1 Anzahl Stunden Betreuungsleistungen (nicht-KLV) am Stichtag 3.9.2019

Leistungstyp:	65-79 Jahre	80+ Jahre
Stunden Betreuung (nicht-KLV)		

Tabelle 4.2 Anzahl Stunden Betreuungsleistungen (nicht-KLV) am Stichtag 3.9.2019

Leistungstyp:	65-79 Jahre	80+ Jahre
Stunden Betreuung (nicht-KLV)		

Tabelle 4.3 Anzahl Stunden Betreuungsleistungen (nicht-KLV) am Stichtag 3.9.2019

Leistungstyp:	65-79 Jahre	80+ Jahre
Stunden Betreuung (nicht-KLV)		

Optimale Betreuung: Kann Ihrer Einschätzung nach mit den bereits geleisteten Stunden Betreuung (Tabellen 3.1, 3.2) der Bedarf an guter Betreuung bereits abgedeckt werden? Falls Nein: Können Sie aus Ihrer Perspektive als Fachperson einschätzen, wie viele Stunden zusätzlicher Betreuung notwendig wären, um eine optimale Betreuung zu erreichen (wobei die Finanzierung keine Rolle spielt, resp. als gegeben erachtet werden soll)? Können Sie dies wiederum mit Blick auf die Personen am Stichtag einschätzen?

Tabelle 5 Anzahl zusätzliche Betreuungsstunden «Optimum» am Stichtag 3.9.2019

Leistungstyp:	65-79 Jahre	80+ Jahre
Stunden Betreuung (nicht-KLV)		

- Bestehen dabei systematische Unterschiede je nach Pflegebedürftigkeit?

Fallbeispiel

Um die geleistete Betreuung besser illustrieren zu können, möchten wir Sie bitten, uns die Situation und das Betreuungsarrangement in einem typischen konkreten Fall zu schildern (anonym). Bitte wählen Sie dabei eine Person aus, auf welche der untenstehende Beschrieb ungefähr zutrifft.

- In welcher Situation befindet sich die Person? Welche Einschränkungen (kognitiv/ physisch) weist sie auf?
- Welche pflegerischen Leistungen erhält die Person? In welchem Zeitumfang (pro Tag, Woche oder Monat)?
- Welche betreuenden Leistungen erhält die Person? In welchem Zeitumfang (pro Tag, Woche oder Monat)? Handelt es sich um Einzel- oder Gruppensetting? Welche Tätigkeiten werden an einem typischen Tag gemacht?

- Wäre im konkreten Fall Ihrer Einschätzung nach der Bedarf an Betreuung höher? In welchem Umfang?
- Sind Angehörige und / oder Freiwillige in die Betreuung involviert?

Beschrieb: *Es handelt sich bei diesem Falltyp um eine Person im Ruhestand, die alleine zu Hause lebt. Ihre körperliche und geistige Verfassung ermöglichen zwar eine mehrheitlich selbstständige Alltagsgestaltung, gewisse Handlungsabläufe sind aber mit Risiken verbunden oder gar nicht mehr möglich, weswegen Unterstützung nötig wird. Der fortschreitende Alterungsprozess äussert sich im schwindenden Seh- und Hörvermögen und als Kräfteverlust und hat eine eingeschränkte Mobilität zur Folge. Die Person ist bei der Hausarbeit, beim Kochen sowie bei der Körperpflege auf Hilfe von der örtlichen Spitex angewiesen. Denn ihre Angehörigen verfügen über keine Ressourcen, sie zu unterstützen. Die Person bezieht pflegerische Leistungen im Umfang von ca. 245 Minuten pro Woche (d.h. durchschnittlich pro Tag rund eine halbe Stunde) für das Richten von Medikamenten, Körperpflege sowie Kompressionsstrümpfen an- bzw. ausziehen.*

Weitere Fragen

- In welchem Gebiet bietet Ihre Institution ambulante Dienste an? Gibt es Gemeinden mit Leistungsvereinbarungen? Werden auch Klienten ausserhalb dieser Region betreut? Welchen Anteil der ambulanten Pflege- und Betreuungsleistungen macht Ihre Spitex in dieser Region aus?
- Wie viele Klienten werden in diesen Gemeinden pro Jahr betreut?
- Wie viel Betreuungsarbeit wird Ihrer Einschätzung nach bei Ihren Klient/innen noch zusätzlich durch Angehörige / Freunde / Nachbarn geleistet? Vielleicht ist beispielsweise eine Angabe zur Relation zu den Betreuungsstunden am Stichtag möglich?
- Wie gross ist der Aufwand für die Abklärung des Bedarfs an Betreuung pro Klient? (einmalig, wiederkehrend)?

A.3.4 Validierungsbefragung stationär

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen stets im Hinblick auf **Personen ab 65 Jahren**. Wir beziehen uns in der Erhebung jeweils auf eine durchschnittliche Woche. Bitte denken Sie dabei an eine durchschnittliche Woche **ohne** Auswirkungen der Covid-19-Pandemie zu berücksichtigen.

Sollte Ihre Institution neben Dienstleistungen im stationären Bereich auch ambulante Dienstleistungen anbieten, möchten wir Sie bitten, sich nur auf den stationären Bereich zu beziehen.

Unter dem Begriff «**Pflege**» verstehen wir nachfolgend alle Leistungen, welche über die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanziert werden können. Mit «**Betreuung**» meinen wir hingegen jegliche anderen / darüberhinausgehenden Formen der Unterstützung für ältere Personen, damit diese trotz ihrer Einschränkungen den Alltag selbständig gestalten und am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können (z.B. Unterstützung bei der Selbstsorge, Begleitung bei Spaziergängen, sinnstiftende Gespräche). Ausgenommen sind hingegen reine Hotellerie-Leistungen (z.B. Zimmer reinigen, Küche).

1. Für wie viele Klientinnen und Klienten ab 65 Jahren erbringt Ihre Organisation im stationären Bereich in einer durchschnittlichen Woche Dienstleistungen (Pflege, Betreuung, Hilfe)?

Anzahl Klient/innen ab 65 Jahren in einer durchschnittlichen Woche: _____

2. Wie viele Stunden Dienstleistungen im Bereich Betreuung erhalten diese Klientinnen und Klienten ab 65 Jahren? Bitte denken Sie an alle Dienstleistungen, welche **nicht** über die Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden können und **nicht** in den Bereich Hotellerie fallen.

Bitte geben Sie entweder die Anzahl Stunden **pro Woche insgesamt** (d.h. über alle Klienten) oder **durchschnittlich pro Klient/in und Woche** an. Beispiel: 5 Klienten, welche je 2 Stunden beziehen = 10 Stunden insgesamt pro Woche oder 2 Stunden pro Klient /Woche. Für Klienten, welche ausschliesslich Pflegeleistungen beziehen, wird 0 Stunden erfasst.

Entweder: **Anzahl geleistete Stunden Betreuung insgesamt pro Woche:** _____

Oder: **Anzahl geleistete Stunden Betreuung pro Klient/in und Woche (durchschnittlich):** _____

Hinweis: Bitte denken Sie dabei an eine durchschnittliche Woche **ohne** Auswirkungen der Covid-19-Pandemie zu berücksichtigen.

Falls Sie eine Anmerkung zu den obenstehenden Angaben machen möchten, können Sie diese hier eintragen: _____

3. Gruppenaktivitäten:

Welcher Anteil dieser Betreuungszeit bezieht sich ungefähr auf Gruppenaktivitäten? _____%

Wie gross ist die Gruppe durchschnittlich? _____ Personen

4. Kann Ihrer Einschätzung nach mit den bereits geleisteten Stunden Betreuung der Bedarf an guter Betreuung bereits abgedeckt werden oder würden Sie bei gegebener Finanzierung mehr Stunden als optimal empfinden?

Der Bedarf ist bereits abgedeckt. → Frage 7

Es besteht ein Mehrbedarf für Betreuung.

Falls Sie einen Mehrbedarf sehen: In ersten Fachgesprächen wurde der durchschnittliche Bedarf an **zusätzlicher Betreuung auf rund 7 Stunden pro Woche und Person** (d.h. 1 Stunde pro Tag) geschätzt, um eine optimale Betreuung zu erreichen (unabhängig von der Finanzierung). Erscheint Ihnen dieser Wert plausibel, wenn Sie an Ihr Klientel denken?

Hinweis: Bitte denken Sie dabei an eine durchschnittliche Woche **ohne** Auswirkungen der Covid-19-Pandemie zu berücksichtigen. Sollten Sie selber nicht ausreichend nahe an den Klient/innen sein, um eine Einschätzung vornehmen zu können, bitten wir Sie, sich beim entsprechenden Fachpersonal zu erkundigen.

Ja, ein durchschnittlicher Bedarf von rund 7 Stunden **zusätzlicher** Betreuung pro Woche und Person ist auch für unsere Institution plausibel.

Nein, dieser Wert ist für unser Klientel nicht plausibel → er ist **zu hoch**

Nein, dieser Wert ist für unser Klientel nicht plausibel → er ist **zu niedrig**

5. Falls Nein: Auf wie viele Stunden schätzen Sie den durchschnittlichen **Mehrbedarf an Betreuung pro Woche und pro Person** ein (d.h. zusätzlich zu den aktuell geleisteten Stunden Betreuung)? Anzahl **zusätzlicher** Stunden pro Person und Woche:
- _____

Falls Sie eine Anmerkung zu den obenstehenden Angaben machen möchten, können Sie diese hier eintragen: _____

6. Art des Mehrbedarfs an Betreuung

In Anlehnung an den «Wegweiser für eine gute Betreuung im Alter (2020)» unterscheiden wir fünf Handlungsfelder der Betreuung im stationären Bereich. In welchen Handlungsfeldern besteht Ihrer Einschätzung nach ein Mehrbedarf an Betreuung?

Handlungsfeld	Grosser Mehrbedarf	Kleiner Mehrbedarf	Kein Mehrbedarf	Weiss nicht
Selbstsorge z.B.: Selbständigkeit und individuelle Selbstsorge unterstützen, Unterstützung bei der Lösung von Problemen und bei der Bewältigung von schwierigen Lebensereignissen geben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinngebende Alltagsgestaltung z.B.: Möglichkeit geben, um sich sinnvoll im Alltag zu betätigen und seinen Interessen individuell nachgehen zu können, schöpferisches Tun und Lernen ermöglichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme am gesellschaftlichen Leben z.B.: Kontakte zu Angehörigen, Nachbarn und Freunden erhalten und fördern, fehlendes soziales Umfeld und mangelnde Teilhabe und Isolation erkennen und beheben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung und (Alltags-)Koordination z.B.: Zugang zu Angeboten aufzeigen, Unterstützung bei der Alltagskoordination, Entlastung der Angehörigen und der verschiedenen involvierten Dienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung in Pflegesituationen z.B.: Anteilnahme und sorgende Zuwendung im Rahmen der Behandlung, präventive gesundheitsfördernde Massnahmen (z. B. physische Aktivitäten, Förderung der Sicherheit, Wissensvermittlung über Bewegung, Ernährung, Sturzprophylaxen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Angaben zur Institution

In welchem Kanton / in welchen Kantonen ist Ihre Institution tätig? (Mehrfachantworten möglich)

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aargau | <input type="checkbox"/> Genf | <input type="checkbox"/> Obwalden | <input type="checkbox"/> Uri |
| <input type="checkbox"/> Appenzell Ausserrhoden | <input type="checkbox"/> Glarus | <input type="checkbox"/> Schaffhausen | <input type="checkbox"/> Waadt |
| <input type="checkbox"/> Appenzell Innerrhoden | <input type="checkbox"/> Graubünden | <input type="checkbox"/> Schwyz | <input type="checkbox"/> Wallis |
| <input type="checkbox"/> Basel-Landschaft | <input type="checkbox"/> Jura | <input type="checkbox"/> Solothurn | <input type="checkbox"/> Zug |
| <input type="checkbox"/> Basel-Stadt | <input type="checkbox"/> Luzern | <input type="checkbox"/> St. Gallen | <input type="checkbox"/> Zürich |
| <input type="checkbox"/> Bern | <input type="checkbox"/> Neuenburg | <input type="checkbox"/> Tessin | |
| <input type="checkbox"/> Freiburg | <input type="checkbox"/> Nidwalden | <input type="checkbox"/> Thurgau | |

Wie viele Mitarbeitende beschäftigte Ihre Institution per 31.12.2020?

- 1 bis 9 / 10 bis 49 / 50 bis 249 / 250 oder mehr

8. Frage zu Ihrer Person: Welche Funktion haben Sie innerhalb der Institution inne?
- _____

A.3.5 Validierungsbefragung ambulant

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen stets im Hinblick auf **Personen ab 65 Jahren**. Wir beziehen uns in der Erhebung jeweils auf eine durchschnittliche Woche. Bitte denken Sie dabei an eine durchschnittliche Woche **ohne** Auswirkungen der Covid-19-Pandemie zu berücksichtigen.

Sollte Ihre Institution auch Tagesstrukturen anbieten, möchten wir Sie bitten, sich nur auf die ambulanten Spitex-Leistungen zu beziehen.

Unter dem Begriff «**Pflege**» verstehen wir nachfolgend alle Leistungen, welche über die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanziert werden können. Mit «**Betreuung und hauswirtschaftliche Hilfe**» meinen wir hingegen jegliche anderen / darüberhinausgehenden Formen der Unterstützung für ältere Personen, damit diese trotz ihrer Einschränkungen den Alltag selbständig gestalten und am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können (z.B. Unterstützung bei der Selbstsorge, Begleitung bei Spaziergängen, sinnstiftende Gespräche, Hilfe beim Einkaufen).

1. Für wie viele Klientinnen und Klienten ab 65 Jahren erbringt Ihre Organisation in einer durchschnittlichen Woche Dienstleistungen (Betreuung, hauswirtschaftliche Hilfe, Pflege)?

Anzahl Klient/innen ab 65 Jahren in einer durchschnittlichen Woche: _____

2. Wie viele Stunden Dienstleistungen im Bereich Betreuung und hauswirtschaftliche Hilfe erhalten die oben genannten Klientinnen und Klienten ab 65 Jahren? Bitte denken Sie an alle Dienstleistungen (ohne Tagesstrukturen), welche **nicht** über die Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden können.

Bitte geben Sie entweder die Anzahl Stunden **pro Woche insgesamt** (d.h. über alle Klienten) oder **durchschnittlich pro Klient/in und Woche** an. Beispiel: 5 Klienten, welche je 2 Stunden beziehen = 10 Stunden pro Woche oder 2 Stunden pro Klientin /Woche. Für Klienten, welche ausschliesslich Pflegeleistungen beziehen, wird 0 Stunden erfasst.

Entweder: **Anzahl geleistete Stunden Betreuung und hauswirtschaftliche Hilfe insgesamt pro Woche:** _____

Oder: **Anzahl geleistete Stunden Betreuung und hauswirtschaftliche Hilfe pro Klient/in und Woche (durchschnittlich):** _____

Hinweis: Bitte denken Sie dabei an eine durchschnittliche Woche **ohne** Auswirkungen der Covid-19-Pandemie zu berücksichtigen.

Falls Sie eine Anmerkung zu den obenstehenden Angaben machen möchten, können Sie diese hier eintragen: _____

3. Kann Ihrer Einschätzung nach mit den bereits geleisteten Stunden Betreuung und hauswirtschaftliche Hilfe der Bedarf an guter Betreuung bereits abgedeckt werden oder würden Sie bei gegebener Finanzierung mehr Stunden als optimal empfinden?

- Der Bedarf ist bereits abgedeckt. → Frage 6
 Es besteht ein Mehrbedarf für Betreuung und hauswirtschaftliche Hilfe.

Falls Sie einen Mehrbedarf sehen: In ersten Fachgesprächen wurde der durchschnittliche Bedarf an **zusätzlicher Betreuung und hauswirtschaftlicher Hilfe auf rund 3.5 Stunden pro Woche und Person** (d.h. eine halbe Stunde pro Tag) geschätzt, um eine optimale Betreuung zu erreichen (unabhängig von der Finanzierung). Erscheint Ihnen dieser Wert plausibel, wenn Sie an Ihr Klientel denken?

Hinweis: Bitte denken Sie dabei an eine durchschnittliche Woche **ohne** Auswirkungen der Covid-19-Pandemie zu berücksichtigen. Sollten Sie selber nicht ausreichend nahe an den Klient/innen sein, um eine Einschätzung vornehmen zu können, bitten wir Sie, sich beim entsprechenden Fachpersonal zu erkundigen.

- Ja, ein durchschnittlicher Bedarf von rund 3.5 Stunden **zusätzlicher** Betreuung / Hilfe pro Woche und Person ist auch für unsere Institution plausibel.
 Nein, dieser Wert ist für unser Klientel nicht plausibel → er ist **zu hoch**
 Nein, dieser Wert ist für unser Klientel nicht plausibel → er ist **zu niedrig**
4. Falls Nein: Auf wie viele Stunden schätzen Sie den durchschnittlichen **Mehrbedarf an Betreuung und hauswirtschaftlicher Hilfe pro Woche und pro Person** ein (d.h. zusätzlich zu den aktuell geleisteten Stunden Betreuung)? Anzahl **zusätzlicher** Stunden pro Person und Woche: _____

Falls Sie eine Anmerkung zu den obenstehenden Angaben machen möchten, können Sie diese hier eintragen: _____

5. Art des Mehrbedarfs an Betreuung: In Anlehnung an den «Wegweiser für eine gute Betreuung im Alter (2020)» unterscheiden wir sechs Handlungsfelder der Betreuung im Alter. In welchen Handlungsfeldern besteht Ihrer Einschätzung nach ein Mehrbedarf an Betreuung?

Handlungsfeld	Grosser Mehrbedarf	Kleiner Mehrbedarf	Kein Mehrbedarf	Weiss nicht
Selbstsorge z.B.: Selbständigkeit und individuelle Selbstsorge unterstützen, Unterstützung bei der Lösung von Problemen und bei der Bewältigung von schwierigen Lebensereignissen geben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinngiebende Alltagsgestaltung z.B.: Möglichkeit geben, um sich sinnvoll im Alltag zu betätigen und seinen Interessen individuell nachgehen zu können, schöpferisches Tun und Lernen ermöglichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme am gesellschaftlichen Leben z.B.: Kontakte zu Angehörigen, Nachbarn und Freunden erhalten und fördern, fehlendes soziales Umfeld und mangelnde Teilhabe und Isolation erkennen und beheben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung und (Alltags-)Koordination z.B.: Zugang zu Angeboten aufzeigen, Unterstützung bei der Alltagskoordination, Entlastung der Angehörigen und der verschiedenen involvierten Dienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung in Pflegesituationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

z.B.: Anteilnahme und sorgende Zuwendung im Rahmen der Behandlung, präventive gesundheitsfördernde Massnahmen (z. B. physische Aktivitäten, Förderung der Sicherheit, Wissensvermittlung über Bewegung, Ernährung, Sturzprophylaxen)				
Betreuung bei der Haushaltsführung z.B.: Haushaltsaufgaben (Einkaufen, Kochen, Reinigung, Wäsche, etc.) übernehmen/gemeinsam erledigen, Unterstützung bei kleinen administrativen Aufgaben leisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Angaben zur Institution

In welchem Kanton / in welchen Kantonen ist Ihre Institution tätig? (Mehrfachantworten möglich)

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aargau | <input type="checkbox"/> Genf | <input type="checkbox"/> Obwalden | <input type="checkbox"/> Uri |
| <input type="checkbox"/> Appenzell Ausserrhoden | <input type="checkbox"/> Glarus | <input type="checkbox"/> Schaffhausen | <input type="checkbox"/> Waadt |
| <input type="checkbox"/> Appenzell Innerrhoden | <input type="checkbox"/> Graubünden | <input type="checkbox"/> Schwyz | <input type="checkbox"/> Wallis |
| <input type="checkbox"/> Basel-Landschaft | <input type="checkbox"/> Jura | <input type="checkbox"/> Solothurn | <input type="checkbox"/> Zug |
| <input type="checkbox"/> Basel-Stadt | <input type="checkbox"/> Luzern | <input type="checkbox"/> St. Gallen | <input type="checkbox"/> Zürich |
| <input type="checkbox"/> Bern | <input type="checkbox"/> Neuenburg | <input type="checkbox"/> Tessin | |
| <input type="checkbox"/> Freiburg | <input type="checkbox"/> Nidwalden | <input type="checkbox"/> Thurgau | |

Wie viele Mitarbeitende beschäftigte Ihre Institution per 31.12.2020?

1 bis 9 / 10 bis 49 / 50 bis 249 / 250 oder mehr

7. Frage zu Ihrer Person: Welche Funktion haben Sie innerhalb der Institution inne?

A.4 Validierung Berechnungsweise Mehrbedarf

A.4.1 Stationärer Bereich – Berechnungsmethode 2

Alternativ zur im Haupttext erläuterten Berechnungsmethode kann auch eine weitere Berechnungsmethode in Betracht gezogen werden. Auch diese basiert auf den bei den drei stationären Einrichtungen erhobenen Daten sowie den Daten der Somed 2019 und den Auswertungen von CURAtime. Sie zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass sie auch das Ausmass der bei den befragten Organisationen bereits geleisteten Betreuung sowie die bereits geleisteten Stunden gemäss den Daten miteinbezieht.

Für diese Berechnungsvariante wurde die bei den befragten Institutionen identifizierte optimale Betreuungszeit pro Tag und Klient/in mit der Anzahl Unterstützungstage im Jahr gemäss Somed multipliziert. Wie zu Beginn dieses Kapitels dargelegt (Mengengerüst) handelt es sich dabei um 31.4 Mio. Unterstützungstage. Nach Abzug der bereits geleisteten Stunden Betreuung gemäss der zuvor erläuterten Einschätzung (30.3 Mio. Stunden) ergibt sich der jährliche Mehrbedarf. Für jede Einrichtung wurde somit folgende Berechnung vorgenommen:

$$A * B = C$$

$$C - D = E$$

mit

A: Optimale Betreuung Stunden pro Tag und Klient/in

B: Anzahl Unterstützungstage pro Jahr (basierend auf Somed 2019)

C: Jährlicher Bedarf Betreuung (Stunden)

D: Bereits geleistete Betreuung pro Jahr (Stunden) gemäss Berechnung CURAtime / Somed

E: Jährlicher Mehrbedarf (Stunden)

Tabelle 31 Mehrbedarf stationär - Berechnungsmethode 2

	A Optimale Betreuung (Stunden pro Tag und Klient/in)	B Anzahl Pflege- und Betreuungstage pro Jahr (basierend auf Somed 2019)	C Jährlicher Bedarf Betreuung (Stunden)	D Bereits geleistete Betreuung pro Jahr (Stunden) gemäss CURAtime / Somed	E Jährlicher Mehrbedarf (Stunden)
APH A	1.37	31.4 Mio.	43 Mio.	30.3 Mio.	13 Mio.
APH B	3.07	31.4 Mio.	96 Mio.	30.3 Mio.	66 Mio.
APH C	1.30	31.4 Mio.	41 Mio.	30.3 Mio.	10 Mio.
<i>Durchschnitt</i>	<i>1.91</i>	<i>31.4 Mio.</i>	<i>60 Mio.</i>	<i>30.3 Mio.</i>	<i>30 Mio.</i>

Hinweis: Anzahl Klient/innen am Stichtag: APH A 74, APH B 85, APH C 58.

Aus dieser Berechnung resultiert somit eine Bandbreite des Mehrbedarfs von 10 bis 66 Mio. Stunden. Diese Berechnungsvariante umfasst somit die in Kapitel 5.2 ermittelte Bandbreite von 25 bis 35 Mio. Stunden. Die durchschnittliche Betrachtung liegt mit 30 Mio. sehr nahe an jener der Berechnung im Haupttext. Diese Berechnungsvariante bestätigt somit die Grössenordnung unserer Schätzung.

A.4.2 Ambulanter Bereich – Berechnungsmethode 2

Alternativ zur im Haupttext erläuterten Berechnungsmethode kann auch eine weitere Variante in Betracht gezogen werden. Diese Berechnungsmethode basiert ebenfalls auf den bei den vier Spitex-Organisationen erhobenen Daten sowie den Daten der Spitex-Statistik 2019. Sie zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass sie auch das Ausmass der bei den befragten Organisationen bereits geleisteten Betreuung und Hilfe sowie die bereits geleisteten Stunden Betreuung / Hilfe gemäss Spitex-Statistik miteinbezieht.

Diese Berechnungsmethode stützt auf die in der Befragung identifizierte optimale Betreuungszeit (inkl. Hilfe) pro Tag und Klient/in ab (d.h. bereits geleistete Stunden + Mehrbedarf). Diese wird mit der Anzahl "Unterstützungstage" im Jahr gemäss der Spitex-Statistik multipliziert (20.3 Mio.). Nach Abzug der bereits geleisteten Stunden Betreuung / Haushaltshilfe gemäss Spitex-Statistik (6.3 Mio. Stunden) ergibt sich der jährliche Mehrbedarf (siehe Tabelle 32). Für jede Spitex-Organisation wurde somit folgende Berechnung vorgenommen:

$$A * B = C$$

$$C - D = E$$

mit

A: Optimale Betreuung / Hilfe Stunden pro Tag und Klient/in

B: Anzahl Unterstützungstage pro Jahr (basierend auf Spitex-Statistik)

C: Jährlicher Bedarf Betreuung / Hilfe (Stunden)

D: Bereits geleistete Betreuung / Hilfe pro Jahr (Stunden) gemäss Spitex-Statistik

E: Jährlicher Mehrbedarf (Stunden)

Tabelle 32 Mehrbedarf ambulant formell – Berechnungsmethode 2

	A Optimale Betreuung / Hilfe Stunden pro Tag und Klient/in	B Anzahl Unterstützungstage pro Jahr (basierend auf Spitex-Statistik)	C Jährlicher Bedarf Betreuung / Hilfe (Stunden)	D Bereits geleistete Betreuung / Hilfe pro Jahr (Stunden) gemäss Spitex-Statistik	E Jährlicher Mehrbedarf (Stunden)
Spitex A	0.78	20.3 Mio.	16 Mio.	6.3 Mio.	10 Mio.
Spitex B	1.29	20.3 Mio.	26 Mio.	6.3 Mio.	20 Mio.
Spitex C	0.98	20.3 Mio.	20 Mio.	6.3 Mio.	14 Mio.
Spitex D	0.47	20.3 Mio.	10 Mio.	6.3 Mio.	..3 Mio.
<i>Durchschnitt</i>	<i>0.88</i>	<i>20.3 Mio.</i>	<i>18 Mio.</i>	<i>6.3 Mio.</i>	<i>12 Mio.</i>

Hinweis: Anzahl Klient/innen am Stichtag: Spitex A 272, Spitex B 30, Spitex C 950, Spitex D 91.

Anhand dieser Berechnung ist von einem jährlichen Mehrbedarf an Betreuung / Hilfe zwischen 3 und 20 Mio. Stunden auszugehen. Diese Bandbreite ist somit in beide Richtungen etwas breiter als die in Kapitel 5.3.2 ermittelte Bandbreite von 5 bis 17 Mio. Stunden. Es lässt sich daher festhalten, dass diese Berechnungsmethode im Sinne einer Validierung zu Ergebnissen in einer ähnlichen Grössenordnung führt.

A.5 Ergänzende Auswertungen SGB

Nachfolgend werden differenzierte Auswertungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB (2017) aufgeführt. Wie in Kapitel 5.3.1 erläutert, sind diese differenzierten Auswertungen aufgrund der geringen zugrundeliegenden Fallzahl in der Stichprobenerhebung mit grosser Vorsicht zu interpretieren.

In der nachfolgenden Tabelle zeigen wir auf, wie viele Personen in der Schweiz gemäss Ergebnissen der SGB der jeweils dargelegten Kategorie zuzuordnen sind. In der SGB wird jeweils der Begriff «Hilfe» verwendet, damit ist jedoch «Unterstützung» gemäss den Begriffsdefinitionen der vorliegenden Studie gemeint.

Tabelle 33 Personen mit bezogener Hilfe gemäss Gesundheitsbefragung

Personen über 65		Wohnhaft in Einzelpersonen-		Wohnhaft in	
		haushalt		Mehrpersonenhaushalt	
Alter		65-79	80+	65-79	80+
Keine Unterstützung		247'805	86'934	746'015	127'657
Spitex und inf. Hilfe: Spitex-Pflege mehrmals pro Woche	Vorübergehend	2888	2022	2888	2455
	Regelmässig	2311	4043	3177	3899
Spitex und inf. Hilfe: Spitex-Pflege einmal pro Woche oder weniger	Vorübergehend	0	289	2599	433
	Regelmässig	2022	2888	2311	1011
Spitex und inf. Hilfe: Keine Spitex-Pflege	Vorübergehend	2311	3177	2599	1155
	Regelmässig	3755	6932	3466	3466
Nur Spitex: Spitex-Pflege mehrmals pro Woche	Vorübergehend	1733	866	3177	1155
	Regelmässig	1444	2599	1155	1444
Nur Spitex: Spitex-Pflege einmal pro Woche oder weniger	Vorübergehend	578	0	289	0
	Regelmässig	866	1733	1733	578
Nur Spitex: Keine Pflege	Vorübergehend	2599	2022	2311	1733
	Regelmässig	6065	10'397	2022	3466
Nur inf. Hilfe: Pflege mehrmals pro Woche	Vorübergehend	866	0	9820	0
	Regelmässig	0	2022	12'997	6932
Nur inf. Hilfe: Pflege einmal pro Woche oder weniger	Vorübergehend	866	866	4332	578
	Regelmässig	289	866	2888	1733
Nur inf. Hilfe: keine Pflege	Vorübergehend	11'842	6065	32'348	4910
	Regelmässig	8665	10'109	28'015	9820

Tabelle 34 und Tabelle 35 zeigen, wie viele Personen den Kategorien zugeordnet werden können, differenziert nach regelmässiger und vorübergehender Unterstützung. Die Tabelle enthält auch Personen, die Spitexunterstützung im Bereich Betreuung und Hauswirtschaft erhalten, aber keine Pflege.

Tabelle 34 Anzahl Personen mit *regelmässiger* Spitexunterstützung pro Kategorie

Alter	Wohnhaft in Einpersonenhaushalt		Wohnhaft in Mehrpersonenhaushalt	
	65-79	80+	65-79	80+
Spitexunterstützung: Mehrmals pro Woche Pflege	3755	6643	4332	5343
Spitexunterstützung: Einmal pro Woche oder weniger Pflege	2888	4621	4043	1588
Spitexunterstützung: Betreuung / Hauswirtschaft, keine Pflege	9820	17'329	5488	6932

Tabelle 35 Anzahl Personen mit *vorübergehender* Spitexunterstützung pro Kategorie

Alter	Wohnhaft in Einpersonenhaushalt		Wohnhaft in Mehrpersonenhaushalt	
	65-79	80+	65-79	80+
Spitexunterstützung: Mehrmals pro Woche Pflege	4621	2888	6065	3610
Spitexunterstützung: Einmal pro Woche oder weniger Pflege	578	289	2888	433
Spitexunterstützung: Betreuung / Hauswirtschaft, keine Pflege	4910	5199	4910	2888

Weiter wird in Tabelle 36 dargelegt, wie viele Personen informelle Hilfe erhalten (wiederum differenziert wie oben). Diese Tabelle inkludiert auch Personen, die sowohl informelle Hilfe wie auch Spitex erhalten. Die Untergruppe der Personen, die informelle Hilfe erhalten, aber nicht durch die Spitex unterstützt werden, sind in Tabelle 37 aufgeführt.

Tabelle 36 Anzahl Personen, die informelle Hilfe erhalten

	Wohnhaft in Einpersonenhaushalt		Wohnhaft in Mehrpersonenhaushalt	
	65-79	80+	65-79	80+
Informelle Hilfe: Mehrmals pro Woche Pflege	2022	2888	30'615	12'708
Informelle Hilfe: Einmal pro Woche oder weniger Pflege	2311	3755	8087	3755
Informelle Hilfe: Betreuung / Hauswirtschaft, keine Pflege	31'481	32'636	69'027	19'640
Total	35'813	39'279	107'729	36'103

Total: 218'925 Empfängerinnen und Empfänger informeller Hilfe

Tabelle 37 Anzahl Personen, die nur informelle Hilfe (ohne Spitexunterstützung) erhalten

	Wohnhaft in Einpersonenhaushalt		Wohnhaft in Mehrpersonenhaushalt	
	65-79	80+	65-79	80+
Informelle Hilfe: Mehrmals pro Woche Pflege	866	2022	22'817	6932
Informelle Hilfe: Einmal pro Woche oder weniger Pflege	1155	1733	7220	2311
Informelle Hilfe: Betreuung / Hauswirtschaft, keine Pflege	20'506	16'174	60'363	14'730
Total	22'527	19'929	90'400	23'973

Total: 156'829 Personen, die informelle Hilfe, aber keine Spitexunterstützung erhalten.

Neben Personen, welche Spitexunterstützung und / oder informelle Hilfe erhalten, ist für die vorliegende Studie zudem wichtig, wie viele Personen in der Schweiz einen Unterstützungsbedarf haben, aber aktuell keine Unterstützung erhalten. Die SGB erlaubt auch für diese Personengruppe mit ungedecktem Bedarf eine Annäherung: Tabelle 38 zeigt, dass rund 95'000 Menschen über 65 aufgrund gesundheitlicher Probleme ein subjektives Bedürfnis nach Unterstützung haben, aber weder informelle Hilfe noch Spitexunterstützung erhalten. Gesundheitliche Probleme sind hier definiert als eine mindestens leichte Einschränkungen bei einer sogenannten «Aktivität des täglichen Lebens» (bspw. selbstständig essen), bei einer «instrumentellen Aktivität des täglichen Lebens» (z.B. selbstständig einkaufen), eine Behinderung wie Seh- oder Gehbehinderungen oder eine selbstwahrgenommene Einschränkung bei gewöhnlichen Aktivitäten des täglichen Lebens. Die wichtigsten Einschränkungen betreffen die Erledigung schwerer Hausarbeit (Beispiele: Böden reinigen, Fenster putzen), sowie Schwierigkeiten, sich an wichtige Dinge zu erinnern.

Tabelle 38 Ungedecktes Bedürfnis

Alter	Wohnhaft in Einpersonenhaushalt		Wohnhaft in Mehrpersonenhaushalt	
	65-79	80+	65-79	80+
Ohne Unterstützung aber mit subjektivem Bedürfnis	19'645	13'395	50'515	11'334

Total: 94'888 Personen ohne Unterstützung aber mit einem subjektiven Bedürfnis.

A.6 Weitere Fallbeispiele

A.6.1 Ambulanter Bereich

Fallbeispiel 3: Frau B ist über 80 Jahre alt. Sie ist verwitwet, lebt alleine und hat keine Kinder. Sie lebt zurückgezogen, lediglich eine Nichte und ein Neffe haben manchmal Kontakt. Sie lebt in einer schönen Wohnung, welche sie seit Jahren nicht mehr selbstständig verlässt. Frau B leidet unter einer dementiellen Erkrankung, ist aber noch ohne Hilfsmittel mobil. Sie hat eine vollumfängliche Beistandschaft. Sie verweigert sehr oft die Körper- und Zahnpflege. In der Wohnung hält Frau B Ordnung, weiss aber oft nicht mehr, wo was ist. Sie ist teilweise stark desorientiert, so erkennt sie beispielsweise nur langjährige Spitex-Mitarbeitende und liess bereits mehrfach Kochplatten versehentlich eingeschaltet. Wenn sie nachts nicht weiss wo sie ist, ruft sie und macht manchmal mit dem Storenhebel Lärm, um Aufmerksamkeit zu erregen. Frau B hat eigentlich einen Notfallknopf, mit welchem sie die Spitex anvisieren kann, sie weiss aber oft nicht, wie sie ihn bedienen kann. Frau B wurde bereits im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung eingewiesen, danach aber per Gerichtsentscheid wieder nach Hause entlassen. Seit einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik nimmt Frau B Medikamente ein, die beruhigend wirken.

Frau B erhält täglich KLV-Leistungen im Umfang von rund 2 Stunden. Dies beinhaltet u.a. die Körperpflege, Hilfe beim Anziehen der Kompressionsstrümpfe und bei der Medikamenteneinnahme. Ergänzend nimmt Frau B täglich einen Mahlzeitendienst in Anspruch. Mitarbeitende von Spitex und Betreuungsdiensten erbringen weiter Dienstleistungen im Bereich Hilfe und Betreuung. Dazu gehören das Zubereiten von Frühstück und Abendessen, die wöchentliche Reinigung der Wohnung, das Sortieren der Wäsche und die Organisation von Lebensmitteln und Hygieneprodukten. Weiter wird Frau B während des Mittagessens betreut, da eine Unterernährung droht. Über den Betreuungsdienst wird Frau B zudem zu Terminen wie Podologie und Coiffeur begleitet sowie in Phasen der Desorientierung und Unruhe betreut und beruhigt. Es braucht viel Überredungskunst, um sie zur Podologie oder Coiffeur zu begleiten. Der Betreuungsdienst ist ungefähr 5 mal pro Woche bei Frau B.

Die Leistungen ausserhalb des KLV-Bereichs (Hilfe und Betreuung) nehmen aktuell täglich rund 2 Stunden in Anspruch. Gemäss der Einschätzung der Fachperson wäre eine feste Unterstützung in den Bereichen Hilfe und Betreuung von rund 6 Stunden täglich optimal.

Fallbeispiel 4: Die Person ist zwischen 65 und 80 Jahren alt und lebt alleine. Aufgrund der Lebensumstände lebt die Person schon länger zurückgezogen und würde ohne Unterstützung sozial sehr isoliert sein. Umso wichtiger war der Vertrauensaufbau zu Beginn der Leistung, sodass die Hilfestellungen überhaupt zugelassen werden konnten. Nun freut sich die Person sehr, dass jemand vorbeikommt und mit ihr aktiv Zeit verbringt. Wegen verschiedener gesundheitlicher Einschränkungen braucht die Person pflegerische Unterstützung. Dazu gehören das Richten von Medikamenten, das Anziehen von Strümpfen, regelmässige Körperpflege und Wundversorgung. Die Spitex-Pflege findet zweimal täglich statt, abends nur kurz, morgens länger. Durchschnittlich belaufen sich diese Einsätze auf rund eine Stunde pro Tag. Ergänzend werden 2 Mal pro Woche Betreuungsleistungen erbracht, jeweils für mind. 2 Stunden. Angehörige übernehmen resp. organisieren Tätigkeiten im administrativen und hauswirtschaftlichen Bereich, so dass keine Leistungen der Spitex im Bereich Hilfe erforderlich sind.

Folgende Aktivitäten gehören je nach Tag und Situation zum Betreuungssetting dieser Person:

- Zusammen Mittagsgeschicht absprechen und Einkaufsliste erstellen
- Gangtraining
- Gemeinsames Kochen und Einnahme des Mittagessens
- Kleine Handreichungen im Haushalt (z.B. gemeinsame Vor- und Nachbereitung Kochen, Unterstützung Wäschewaschen)
- Erstellen eines Einkaufsplans
- Maniküre inkl. Handbad anbieten
- Garten besichtigen („Was wächst und reift“)

Das Optimum wären aus Sicht der Spitex tägliche Betreuungseinsätze à jeweils mind. 2 Stunden. So könnten noch mehr der bereits begleiteten Aktivitäten durchgeführt und so der sozialen Isolation der Person vorgebeugt werden.

A.6.2 Stationärer Bereich

Fallbeispiel 3: Frau Y ist seit rund zwei Monaten in der stationären Einrichtung. Täglich benötigt sie rund 120 Pflegeminuten. Sie ist mobil, hat aber leichte kognitive Einschränkungen. So ist sie leicht desorientiert und verläuft sich manchmal. Zudem hat Frau Y gewisse Schwierigkeiten im psychosozialen Bereich. Sie hat keine Angehörigen und lebte vor dem Heimeintritt alleine. Sie benötigt viel Anleitung und hat Mühe, sich an den Tagesablauf in der Einrichtung zu gewöhnen. So wird sie häufig schon beim Aufstehen aggressiv, was vermutlich darauf zurückzuführen ist, dass sie es gewohnt war, ihren Tagesablauf anders zu gestalten. Frau Y kann sich unter Anleitung selber waschen. Vor Mahlzeiten benötigt sie stets Vorgespräche zur entsprechenden Vorbereitung, damit sie nicht stark ungehalten reagiert. Auch während der Mahlzeiten ist eine durchgängige Konversation notwendig. Gerade in dieser Anfangsphase ist es sehr schwierig, zu erkennen, welche Bedürfnisse Frau Y hat. Um ihr die Umstellung zu erleichtern, wird seitens der Einrichtung versucht, einige Aktivitäten so beizubehalten, wie sie es gewohnt war. Beispielsweise ist es ihr regelmässig ein Anliegen, in die Stadt zu gehen, um Geld zu holen. Da sie dabei Begleitung benötigt, ist dies mit einem grossen Aufwand verbunden. Innerhalb der Einrichtung grenzt sich Frau Y ab und isoliert sich von anderen Bewohner/innen.

Aktuell wird Frau Y neben den pflegerischen Leistungen rund 1-2 Stunden pro Tag betreut. Der Bedarf für eine optimale Betreuung wird seitens der Fachperson auf das Doppelte geschätzt. Frau

Y braucht eine individuelle Tagesstruktur. Dabei geht es zunächst darum, ihre individuellen Bedürfnisse jeden Tag abzuklären und sich innerhalb des Betreuungsteams abzustimmen, welche Aktivitäten für den Moment sinnvoll sind.

