



Abschätzung der Kostenwirkung des Wohn- und Pflegemodells 2030

Studie im Auftrag von Curaviva



Abschätzung der Kostenwirkung des Wohn- und Pflegemodells 2030

Olten, 14. März 2018

Dr. Yves Schneider, Dr. Philippe Widmer, Philip Hochuli

Polynomics AG

Baslerstr. 44

4600 Olten

www.polynomics.ch

yves.schneider@polynomics.ch, Tel.: +41 62 205 15 70

Inhaltsverzeichnis

1	Das Wichtigste in Kürze	5
1.1	Ausgangslage und Ziele der Studie	5
1.2	Die vier Kernelemente des Pflegekostenmodells	5
1.3	Die Kostenwirkungen im Pflegemodell 2030	6
2	L'essentiel en bref	8
2.1	Situation de départ et objectifs de l'étude	8
2.2	Les quatre éléments clés d'un modèle de coût des soins	8
2.3	L'impact du modèle d'habitat et de soins 2030 sur les coûts	9
3	Einleitung	11
3.1	Ausgangslage	11
3.2	Ziele	12
3.3	Abgrenzung des Analyserahmens	12
3.4	Aufbau des Berichts	13
4	Das kundenorientierte Wohn- und Pflegemodell 2030	14
4.1	Die Kernelemente des Curaviva-Modells	14
4.2	Das betreute Wohnen als zentrales Element der Versorgungsstruktur	16
4.3	Nationale und internationale Einordnung des Modells	17
4.4	Fazit zum Wohn- und Pflegemodell 2030	20
5	Grundstruktur des Kostenmodells	21
5.1	Vorgehen	21
5.2	Annahmen	22
5.3	Konsequenzen für die Pflegekosten	22
5.4	Konsequenzen für die Pensionskosten	25
5.5	Die vier Kernelemente des Kostenmodells	25

6	Spezifikation der Modellparameter	26
6.1	Datengrundlage	26
6.2	Bestimmung der Kosten der Pflegeleistungen	26
6.3	Bestimmung der Wegkosten	30
6.4	Bestimmung der Kosten für Pensionsleistungen	31
6.5	Berechnung der Gesamtkosten pro Kunde, Tag, Pflegestufe und Pflegeform	34
7	Kosten im Referenzszenario	36
7.1	Mengengerüst	36
7.2	Aggregierte Kosten des Referenzszenarios	36
8	Kosten im Wohn- und Pflegemodell 2030	40
8.1	Veränderungen der Pflege-, Weg- und Pensionskosten	40
8.2	Veränderungen der Anzahl Kunden	40
8.3	Veränderung der nachgefragten Pensionsleistungen	43
8.4	Veränderung der nachgefragten Pflegeleistungen	43
8.5	Kostenwirkung des Wohn- und Pflegemodells 2030	44
8.6	Sensitivitätsanalyse	46
9	Schlussfolgerungen	49
10	Anhang	50
10.1	Expertengruppe	50
10.2	Kostenwirkungen des Finanzierungssystems	50
10.3	Datenquellen zu den Kosten der Pensionsleistungen	52
10.4	Berechnung der Anzahl Kunden ambulant und stationär	53
11	Literaturverzeichnis	55

1 Das Wichtigste in Kürze

1.1 Ausgangslage und Ziele der Studie

Mit dem Pflegemodell 2030 schlägt Curaviva Schweiz den Übergang zu einem integrierten Versorgungskonzept «stationär und ambulant» vor, bei dem nicht mehr die Fehlanreize der heutigen Finanzierungsformen, sondern der Pflegebedarf der Kunden das zentrale Instrument für die Zuteilung zu einer Pflegeform darstellt. Durch eine stärkere Fokussierung auf den Patienten soll ein durchgehender Pflegeprozess entstehen, der nicht nur den Kundennutzen erhöht, sondern auch Kosten einspart. Erreicht werden sollen diese Ziele auch durch eine neue Finanzierungsform, die allen Pflegebereichen die gleichen Möglichkeiten für eine bedarfsgerechte Bereitstellung der Pflegeleistungen ermöglicht. Mit anderen Worten sollen die heutigen Missstände, die aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungsformen existieren, beseitigt werden.

Während im Curaviva Modell der Nutzen für die Kunden unbestritten ist und es auch bereits erste internationale und nationale Erfahrungen gibt, welche die Relevanz eines durchgehenden Pflegeprozesses aufzeigen, gibt es heute noch keine verlässlichen Angaben zu den Kostenwirkungen. Bezüglich der Schweiz ist dies auch dem Umstand geschuldet, dass die heutigen Pflegeausgaben für eine Kostenabschätzung nicht direkt berücksichtigt werden können. Die heute zu beobachtenden Gesundheitsausgaben sind massgeblich durch die Fehlanreize der Finanzierungsformen beeinflusst.

Curaviva Schweiz hat deshalb Polynomics AG beauftragt, die Kostenwirkungen des Pflegemodells 2030 gegenüber der heutigen Versorgungsstruktur zu untersuchen. Die vorliegende Studie geht dieser Frage nach und verfolgt die folgenden drei Ziele:

1. Einordnung des Curaviva-Modells in den nationalen und internationalen Kontext
2. Systematisierung der zentralen Elemente eines durchgehenden Pflegeprozesses
3. Berechnung der Kostenwirkungen des Curaviva-Modells im Vergleich zur heutigen Versorgungsstruktur

1.2 Die vier Kernelemente des Pflegekostenmodells

In der Studie berechnen wir die Kostenwirkungen zwischen der heutigen Versorgungsstruktur und dem Pflegemodell 2030 anhand eines generischen Pflegekostenmodells, das die zentralen Elemente des Pflegeprozesses beinhaltet. Hierzu zählen wir vor allem die variablen und fixen Pflegekosten, die Wegkosten und die Kosten für Pensionsleistungen. Letztere umfassen die Hotellerie, die Verpflegung und die Wäsche. Daneben können aber noch eine Vielzahl weiterer Dienstleistungen existieren, welche wir im Modell nicht direkt modelliert haben. Zur Ausgestaltung der vier Kernelemente haben wir uns auf Daten der heutigen Versorgungsstruktur und auf ökonomische Grundsätze abgestützt, die sich wie folgt zusammenfassen lassen:

Variable Pflegekosten: Im Modell gehen wir davon aus, dass die Pflegebedürftigkeit die Wahl der Wohnform nicht einschränkt. Zudem gehen wir grundsätzlich von gleichen variablen Pflegekosten in der ambulanten und stationären Versorgung aus, da ein Kunde unabhängig seiner Wohnform mit dem gleichen Pflegepersonal betreut werden kann. Dennoch können sich für die stationäre Versorgung Kostenvorteile ergeben, wenn aufgrund der geringen Distanz zum Kunden das Personal leistungsgerechter und damit spezialisierter eingesetzt werden kann. In der stationären Pflege können einfache und komplexe Tätigkeiten besser durch entsprechend qualifiziertes Personal bereitgestellt werden als in der ambulanten Pflege. Bei der ambulanten Pflege müssen aufgrund der Wegkosten gut ausgebildete Mitarbeitende auch Arbeiten verrichten, für welche sie eigentlich überqualifiziert sind.

Fixe Pflegekosten: Im Modell gehen wir davon aus, dass die fixen Pflegekosten, in der stationären Pflege höher ausfallen als in der ambulanten. Die stationäre Pflege bietet Zusatzleistungen an, welche die ambulante Pflege nicht anbieten kann. Dies betrifft Bereiche wie das soziale Zusammenleben, Interaktion zwischen den Bewohnern oder unterschiedliche Aktivitäten, die mit Fixkosten für die dazu bereitgestellte Infrastruktur verbunden sind. So verfügt ein Pflegeheim beispielsweise über Gemeinschaftsräume, in welchen die Bewohner in einem gewissen Umfang betreut werden. Die damit verbundenen Kosten für die Infrastruktur und das Personal fallen bei der ambulanten Pflege nicht an.

Wegkosten: Ein wesentlicher Unterschied zwischen ambulanter und stationärer Pflege ist die Distanz zwischen den einzelnen Kunden. Während in der stationären Pflege die Kunden nahe beieinander wohnen, können sie in der ambulanten Pflege sehr dezentral verstreut sein. Dies verursacht vor allem in der ambulanten Pflege zusätzliche Wegkosten, welche sich durch höhere Mobilitätskosten und Personalkosten zeigen: Ein wesentlicher Anteil der Arbeitszeit wird für die Überwindung der Distanz zwischen den Kunden verwendet.

Pensionskosten: Bei den Pensionskosten berücksichtigen wir die drei Elemente Hotellerie, Verpflegung und Wäsche. Für alle Dienstleistungen existiert ein privater Markt, an denen die Kunden oder aber auch die ambulante und stationäre Pflege partizipieren können. Wir gehen daher in unserem Modell davon aus, dass sich unter Wettbewerbsbedingungen bezüglich der Pensionskosten zwischen der ambulanten und stationären Pflege grundsätzlich keine Kostenunterschiede ergeben dürften. In unserem Modell entstehen Kostenunterschiede hauptsächlich durch das unterschiedliche Ausmass in welchem die Dienstleistungen beansprucht werden. Viele Kunden wollen solche Dienstleistungen (wie beispielsweise Essen und Wäsche) lieber selber erbringen oder von einer angehörigen Person erbringen lassen, als dafür einen externen Anbieter in Anspruch zu nehmen. Dies ist heute in der ambulanten Pflege viel besser möglich als in der stationären Pflege, wo die Kunden aufgrund der Finanzierungsform faktisch zu einem Bezug aller Pensionsleistungen gezwungen werden. Die höheren Kosten in der stationären Pflege sind daher primär auf solche Nachfragerwirkungen zurückzuführen.

1.3 Die Kostenwirkungen im Pflegemodell 2030

Die Kostenwirkungen des Pflegemodells 2030 bestimmen wir relativ zur heutigen Versorgungsstruktur. Dazu haben wir basierend auf den oben aufgeführten Kernelementen die Kosten der heuti-

gen Versorgungsstruktur und jene des Pflegemodells 2030 nachgebildet. Beim Pflegemodell 2030 sind wir dabei davon ausgegangen, dass entsprechend dem Grundgedanken eines durchgehenden Pflegeprozesses ein Grossteil der Kunden nicht mehr im klassischen Sinn ambulant oder stationär versorgt werden, sondern im betreuten Wohnen leben werden. Das betreute Wohnen schafft die besten Voraussetzungen für eine kundenorientierte und bedarfsgerechte Versorgung, welche die Vorteile beider heute existierenden Pflegeformen vereint.

Die Ergebnisse der Studie bestätigen, dass mit dem Pflegemodell 2030 ein erhebliches Kosteneinsparungspotenzial besteht. Fallen die Fehlanreize der heutigen Finanzierungsformen weg und wird die Pflege vermehrt durch das betreute Wohnen bereitgestellt, kann im Pflegemodell bis zu 8 Prozent der heutigen Pflegekosten eingespart werden. Die Kosteneinsparungen ergeben sich dabei hauptsächlich aufgrund der folgenden Elemente:

1. Im betreuten Wohnen fallen geringere Wegkosten an als in der ambulanten Pflege
2. Im betreuten Wohnen nimmt die informelle Pflege einen höheren Stellenwert ein als in der stationären Pflege
3. Im betreuten Wohnen fragen die Kunden gezielt Leistungen nach ihren Bedürfnissen nach

Neben diesen im Modell berücksichtigten statischen Kostenwirkungen, können sich aufgrund von dynamischen Effekten weiterführende Kostenwirkungen ergeben. Wir gehen im Modell davon aus, dass im betreuten Wohnen tendenziell mehr Pensionsleistungen nachgefragt werden könnten als dies heute in der ambulanten Pflege der Fall ist: Wenn die Unternehmen betriebswirtschaftlich agieren, werden sie ihre Leistungen stärker anbieten und vermarkten wollen. Es ist dabei nicht ausgeschlossen, dass sie ihre Dienstleistungen auch an Dritte, d. h. nicht pflegebedürftige Kunden, anbieten werden. Ebenfalls ist zu berücksichtigen, dass durch den durchlässigen Pflegeprozess das Case-Management eine immer zentralere Rolle spielen kann. Bereits internationale Studien haben gezeigt, dass dadurch ein grosser Nutzensgewinn erzielt werden kann und durch die bessere Koordination Kosten eingespart werden können.

Abschliessend ist festzuhalten, dass die im Modell aufgezeigten Kostenwirkungen in erheblichem Masse von der Ausgestaltung der Finanzierungskonzepte abhängen. Damit sich eine optimale Wirkung einstellen kann, braucht es eine Pflegefinanzierung, die nicht an die einzelnen Wohnformen sondern ausschliesslich an die Pflegebedürftigkeit der Kunden geknüpft ist. Unter den heutigen Finanzierungsformen wird es schwierig werden, dass sich das Potenzial des Pflegemodells 2030 optimal entfalten kann. Dies bestätigen bereits erste Erfahrungen aus der Schweiz: Die Fehlanreize der heutigen Finanzierungsformen führen zu einer Zementierung der Versorgungsstruktur in ambulant vor stationär, welche weder den Bedürfnissen der Kunden entsprechen noch zu einer kostengünstigen Versorgung führen.

2 L'essentiel en bref

2.1 Situation de départ et objectifs de l'étude

Avec le modèle d'habitat et de soins 2030, Curaviva Suisse propose une transition vers un concept de prise en charge «stationnaire et ambulatoire» où le choix d'une forme de soins ne serait plus déterminé par les fausses incitations des formes de financement actuelles mais par les besoins du client en termes de soins. Cette manière de se concentrer davantage sur le patient doit donner naissance à un processus de soins continu qui s'avèrerait non seulement bénéfique pour le patient, mais qui permettrait également de réaliser des économies. Autre moyen pour atteindre ces objectifs: une nouvelle forme de financement offrant les mêmes possibilités à tous les domaines de soins pour une prise en charge adaptée aux besoins. Autrement dit, les dérives actuelles suscitées par les différentes formes de financement doivent être éliminées.

Si, dans le modèle Curaviva, l'intérêt pour les clients est incontestable, et les premières expériences nationales et internationales montrent toute la pertinence d'un processus de soins continu, nous ne disposons actuellement d'aucune donnée tangible quant à l'efficacité de ce système en termes de coûts. Concernant la Suisse, cette situation est notamment due au fait que les dépenses actuelles en matière de soins ne peuvent pas être directement prises en compte afin d'établir une estimation des coûts. En effet, les dépenses de santé actuellement observées sont en grande partie influencées par les fausses incitations des formes de financement.

C'est pourquoi Curaviva Suisse a chargé Polynomics AG d'évaluer l'impact du modèle d'habitat et de soins 2030 sur les coûts en comparaison avec la structure de prise en charge actuelle. La présente étude a été réalisée afin de répondre à cette question et d'atteindre les trois objectifs suivants:

1. Classification du modèle Curaviva dans le contexte national et international
2. Systématisation des éléments clés d'un processus de soins continu
3. Calcul de l'impact du modèle Curaviva sur les coûts en comparaison avec la structure de prise en charge actuelle.

2.2 Les quatre éléments clés d'un modèle de coût des soins

Dans cette étude, nous comparons l'impact sur les coûts de la structure de prise en charge actuelle et du modèle d'habitat et de soins 2030 sur la base d'un modèle de coût des soins générique reprenant les quatre éléments clés d'un processus de soins. Nous y intégrons notamment les coûts de soins variables et fixes, les coûts de déplacement et les coûts d'hébergement. Ces derniers incluent l'hôtellerie, l'alimentation et la blanchisserie. Il existe probablement de nombreuses autres prestations n'entrant pas dans ce cadre que nous n'avons pas prises en compte directement dans notre modèle. Pour établir les quatre éléments clés, nous nous sommes appuyés sur les données de la structure de prise en charge actuelle et sur certains principes économiques que l'on peut résumer de la manière suivante:

Coûts de soins variables: Dans le modèle, nous partons du principe que la nécessité de soins ne restreint pas le choix de formes d'habitat. Par ailleurs, nous partons également du principe que les coûts de soins variables en stationnaire et en ambulatoire sont similaires, puisqu'un client sera pris en charge par le même personnel de soins quelle que soit sa forme d'habitat. Néanmoins, si, en raison de la faible distance à parcourir pour rejoindre le patient, un personnel davantage adapté aux prestations demandées et donc plus spécialisé peut être employé, cela peut créer un avantage pour la prise en charge stationnaire en termes de coûts. En stationnaire, les activités simples et complexes peuvent davantage être réalisées par un personnel qualifié qu'en soins ambulatoires. En soins ambulatoire, en raison des coûts de déplacement, le personnel qualifié doit également accomplir des tâches pour lesquelles il est surqualifié.

Coûts de soins fixes: Dans le modèle, nous partons du principe que les coûts de soins fixes sont plus élevés en stationnaire qu'en ambulatoire. En effet, les soins stationnaires offrent des prestations supplémentaires que les soins ambulatoires ne peuvent pas proposer. Cela concerne les domaines tels que la vie en communauté, l'interaction entre les habitants ou différentes activités entraînant des coûts fixes pour l'infrastructure mise à disposition à cet effet. Par exemple, un EMS disposera de salles communes dans lesquelles les habitants seront pris en charge dans une certaine mesure. Les coûts que cela engendre, pour l'infrastructure et le personnel, n'existent pas en soins ambulatoires.

Coûts de déplacement: L'une des différences clés entre les soins ambulatoires et stationnaires réside dans la distance entre les différents clients. Si, en stationnaire, les clients vivent presque les uns avec les autres, en ambulatoire, ils peuvent être très dispersés. Cela entraîne des coûts supplémentaires, notamment pour les soins ambulatoires qui génèrent d'importants coûts de mobilité et de personnel: une part importante du temps de travail est employée à parcourir la distance qui sépare les différents clients.

Coûts d'hébergement: Nous incluons dans les coûts d'hébergement l'hôtellerie, l'alimentation et la blanchisserie. Pour toutes ces prestations, il existe un marché auquel les clients ou les services de soins ambulatoires et stationnaires peuvent participer. Dans notre modèle, nous partons donc du principe que, dans un environnement de libre concurrence, il ne devrait exister aucune différence de coûts d'hébergement entre les soins ambulatoires et stationnaires. Dans notre modèle, les différences de coûts sont principalement liées au fait que ces prestations ne sont pas employées dans la même mesure. De nombreux clients préfèrent assurer ces prestations eux-mêmes (par exemple les repas et la blanchisserie) ou les faire réaliser par un proche plutôt que de faire appel à un prestataire externe. Or, actuellement, ce choix est davantage possible en ambulatoire qu'en stationnaire, où, dans les faits, en raison de la forme de financement, tous les clients sont obligés de recourir à toutes les prestations. Les coûts plus élevés en stationnaire sont donc avant tout liés à cet impact sur la demande.

2.3 L'impact du modèle d'habitat et de soins 2030 sur les coûts

Nous évaluons l'impact du modèle d'habitat et de soins 2030 en comparaison avec la structure de prise en charge actuelle. Pour ce faire, sur la base des éléments clés évoqués précédemment, nous

avons simulé le coût de la structure de prise en charge actuel et celui du modèle d'habitat et de soins 2030. Pour le modèle d'habitat et de soins 2030, nous sommes par ailleurs partis du principe que, dans le cadre du concept fondamental de processus de soins continu, une grande partie des clients ne serait plus prise en charge en soins ambulatoires ou stationnaires au sens classique du terme, mais vivraient en logement assisté. Le logement assisté crée les conditions idéales pour assurer une prise en charge orientée vers la clientèle et adaptée aux besoins, réunissant les avantages des deux formes de prise en charge actuelles.

Les résultats de l'étude confirment que le modèle d'habitat et de soins 2030 s'accompagne d'un potentiel d'économies considérable. Si les fausses incitations des formes de financement actuelles sont supprimées, et si les soins sont davantage proposés dans des logements assistés, ce modèle d'habitat et de soins pourrait permettre d'économiser jusqu'à 8 pour cent des coûts de soins actuels. Les économies sont principalement liées aux facteurs suivants:

1. Dans les logements assistés, les coûts de déplacement sont plus faibles qu'en ambulatoire
2. Dans les logements assistés, les soins informels acquièrent une plus grande importance qu'en stationnaire
3. Dans les logements assistés, les clients ont recours aux prestations de manière ciblée, en fonction de leurs besoins

Outre cet effet statique sur les coûts constatés dans ce modèle, d'autres économies pourraient naître d'effets dynamiques. Dans ce modèle, nous partons du principe que, dans un logement assisté, les clients auront davantage tendance à recourir aux prestations incluses dans les coûts d'hébergement qu'actuellement en ambulatoire: or, si les entreprises font preuve d'esprit commercial, elles souhaiteront élargir leur champ de commercialisation. Il n'est donc pas à exclure qu'elles proposent également leurs services à des tiers, c'est-à-dire en dehors des clients ayant besoin de soins. Il convient également de prendre en compte le fait qu'avec le concept de processus de soins continu, le Case Management pourrait jouer un rôle toujours plus crucial. Des études internationales ont déjà montré que cela peut s'avérer très bénéfique pour les patients tout en entraînant des économies grâce à une meilleure coordination.

Pour conclure, il convient de constater que l'impact sur les coûts évalué pour ces modèles dépend en grande partie de l'organisation des concepts de financement. Pour que l'effet soit optimal, le système de financement des soins ne doit pas être lié aux différentes formes d'habitat, mais exclusivement aux besoins du patient en termes de soins. Les formes de financement actuelles empêcheraient de profiter pleinement du potentiel offert par le modèle d'habitat et de soins 2030. Des premières expériences menées en Suisse le confirment d'ores et déjà: les fausses incitations des formes de financement actuelles entraînent un retranchement de la structure de prise en charge dans le principe «ambulatoire avant stationnaire» qui non seulement ne répond pas aux besoins des clients, mais qui par ailleurs ne leur permet pas de bénéficier d'une prise en charge abordable.

3 Einleitung

3.1 Ausgangslage

Pflege- und betreuungsbedürftige Menschen werden heute in den Schweizer Kantonen vorwiegend nach dem Versorgungskonzept «ambulant vor stationär» betreut. Die stationäre Versorgung wird bei diesem Versorgungskonzept als klar abgrenzbare Endversorgung betrachtet, die vorwiegend schwer Pflegebedürftige beherbergen soll. Begründet wird das Versorgungskonzept insbesondere mit zwei Hypothesen:

1. Die ambulante Versorgung ist für leichte bis mittlere Pflegebedürftigkeit kostengünstiger als die stationäre Versorgung
2. Die ambulante Versorgung entspricht eher den Bedürfnissen (Präferenzen) der betroffenen Menschen

Die strikte Aufteilung ist dabei massgeblich den heutigen Finanzierungsformen geschuldet. Heute werden in der ambulanten Pflege einzelne Pflegeleistungen abgerechnet und vergütet (Einzel Leistungsvergütung), in der stationären Pflege erfolgt die Vergütung pauschal für ein Bündel an Leistungen in Abhängigkeit der Pflegestufe. Damit wird der Kunde im stationären Bereich mit einem umfassenden Versorgungspaket betreut, während er im ambulanten Bereich bedarfsgerecht Leistungen zukaufen kann. Diese Unterschiede führen nicht nur zu unterschiedlichen Gesundheitsausgaben, sie zementieren auch die starre Aufteilung in die beiden Pflegeformen.

Diese künstliche Zweiteilung der Pflege in einen ambulanten und stationären Bereich trägt den Kundenbedürfnissen nur ungenügend Rechnung. Zwar mag für leicht pflegebedürftige Personen die ambulante Pflege und für Personen mit hohem Pflege- oder Betreuungsbedarf die stationäre Pflege optimal sein. Für Personen mit einem mittleren Pflegebedarf sind hingegen unter Umständen weder ambulant noch stationär optimal. Zudem durchlaufen Personen in ihrem Leben in der Regel Phasen mit unterschiedlichen Pflege- und Betreuungsbedürfnissen, was ein Hin- und Herwechseln zwischen ambulanter und stationärer Pflege bedeuten kann. Aus Sicht der Kunden wäre daher eher ein ganzheitlicher Pflegeprozess erwünscht, bei dem unabhängig der Wohnform nach individuellen Bedürfnissen Pflegeleistungen nachfragt werden können (Höpflinger & Hugentobler, 2005, S. 80 ff.).

Curaviva hat diese Problematik erkannt und unter dem Begriff «Wohn- und Pflegemodell 2030» die Grundlagen für ein erweitertes Versorgungskonzept erarbeitet. Dieses soll die Pflegeleistungen wieder vermehrt an den individuellen Bedürfnissen der Kunden ausrichten. Im Grundsatz sieht das Curaviva-Modell keine klare Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung mehr vor. Es soll vielmehr ein Versorgungskonzept «ambulant und stationär» gelten, das die Pflege und Betreuung unabhängig der Wohnform als durchgehenden Pflegeprozess betrachtet. Zu diesem Zweck soll rund um ein Gesundheitszentrum ein «Ökosystem an Dienstleistungen» für ältere Menschen entstehen. Nebst den klassischen Pflegeformen ambulant und stationär, kommt dem «betreuten

Wohnen» eine besondere Bedeutung zu. Ergänzend zu den Pflege- und Betreuungsangeboten soll der Wohn- und Lebensraum mit Freizeitangeboten wie Fitness, Kultur, Restaurants, Cafés etc. bereichert werden. Dadurch sollen die Bewohner ihren Präferenzen und Möglichkeiten entsprechend bedarfsgerecht Dienstleistungen beziehen und am gemeinschaftlichen Leben teilhaben können.

Dieses Wohn- und Pflegemodell 2030 erhöht definitionsgemäss den Kundennutzen. Die am Bedarf ausgerichtete Betreuung und Pflege, die Nähe des Kunden zum Gesundheitszentrum und die kundenorientierte Erbringung von Pensionsleistungen (wie Essen, Wäsche und Reinigung) bieten aber auch Raum für Kosteneinsparungen. Dabei ist offensichtlich, dass das Wohn- und Pflegemodell 2030 eine Abkehr von der heutigen Finanzierungsdichotomie voraussetzt: In diesem Modell können die Kunden nicht mehr als eindeutig ambulant oder stationär kategorisiert werden.

3.2 Ziele

Basierend auf dem von Curaviva erarbeiteten Versorgungskonzept sollen die Grundlagen für ein zukünftig einheitliches Finanzierungssystem geschaffen werden. Dazu sollen in der vorliegenden Studie in einem ersten Schritt die Praxisrelevanz und die Kostenwirkungen des Curaviva-Modells untersucht werden. Im Zentrum der Studie stehen die folgenden Elemente:

1. Einordnung des Curaviva-Modells in den nationalen und internationalen Kontext
2. Systematisierung der zentralen Elemente eines durchgehenden Pflegeprozesses
3. Berechnung der Kostenwirkungen des Curaviva-Modells im Vergleich zur heutigen Versorgungsstruktur

Im Kern geht es also neben der Einordnung und Systematisierung des Modells um eine Abschätzung der mit dem Modell verbundenen Kosten. Damit wir die Kostenwirkung bestimmen können, müssen die Kostenelemente losgelöst von den Einflüssen der unterschiedlichen Finanzierungsformen bestimmt werden. Wir entwerfen dazu ein «Bottom-up»-Kostenmodell, das ausgehend von den Kosten pro Kunde die Gesamtkosten abschätzt. Mit diesem Kostenmodell bilden wir einerseits die Kosten des heutigen Versorgungskonzepts (Referenzszenario) und andererseits die Kosten des Curaviva-Modells ab. Aus dem Vergleich der Kosten zwischen diesen beiden Szenarien können wir die Kostenwirkung des Curaviva-Modells abschätzen.

3.3 Abgrenzung des Analyserahmens

Eine abschliessende ökonomische Beurteilung des Curaviva-Modells ist nur unter Einbezug der Nutzen- und der Kostenkomponenten aller Pflegeformen möglich. Nur wenn beide Komponenten gegenübergestellt werden, kann das Curaviva-Modell abschliessend beurteilt werden. In der vorliegenden Studie konzentrieren wir uns jedoch ausschliesslich auf die Kostenseite. Die Berücksichtigung der Nutzenseite würde eine komplexe mikroökonomische Modellierung erfordern, die den vorliegenden Projektrahmen übersteigt. In der Studie verweisen wir gegebenenfalls auf

Nutzenkomponenten, die eine Rolle spielen könnten, um dem Leser eine bessere Einordnung zu ermöglichen.

Bei den Kosten beschränken wir uns auf die *direkten Kosten* (d.h. monetäre Kostenkomponenten) der wichtigsten Pflegeformen und Pflegeprozesse. Die informellen Kosten (d.h. nicht-monetäre Kostenkomponenten), die insbesondere in der ambulanten Pflege entstehen, da meist Angehörige, Bekannte oder Freiwillige einen Teil der Pflege übernehmen, werden nicht direkt einbezogen. Einzig ihre kostendämmenden Wirkungen auf die direkten Kosten werden berücksichtigt. Dies ist im vorliegenden Fall ein zielführendes Vorgehen, da die potenziellen Gesundheitsausgaben und nicht die gesellschaftlichen Kosten der Pflege im Vordergrund der Analyse stehen.

Neben der Ausrichtung auf die Kosten ist auch eine Einschränkung auf die wichtigsten Elemente des Pflegeprozesses notwendig. Die Pflege von pflegebedürftigen Menschen ist ein ausgesprochen komplexer und nicht standardisierbarer Produktionsprozess, der nicht in all seinen Nuancen beobachtet und modelliert werden kann. Es handelt sich somit bei der vorliegenden Studie um keine Gesamtbetrachtung, sondern um eine Kostenbetrachtung der wichtigsten Kernelemente des Pflegeprozesses, mit der die obigen Fragen beantwortet werden können.

3.4 Aufbau des Berichts

Der Bericht ist wie folgt strukturiert: In Kapitel 4 beschreiben wir das Wohn- und Pflegemodell von Curaviva und ordnen es im nationalen und internationalen Kontext ein. In Kapitel 5 stellen wir den Aufbau des Kostenmodells vor und gehen im Detail auf dessen Annahmen ein. Darauf aufbauend gehen wir in Kapitel 6 auf die grundlegende Modellspezifikation (auf Kundenebene) ein und stellen die berücksichtigte Datengrundlage vor. Dieses Kapitel bildet die Ausgangslage für die nachfolgenden beiden Kapitel 7 und 8, in denen wir jeweils die Kosten für das Ausgangsszenario (Referenzmodell, Stand heute) und die Kostenwirkung des Wohn- und Pflegemodells 2030 vorstellen. Die wichtigsten Erkenntnisse fassen wir abschliessend in Kapitel 9 zusammen. Im Anhang finden sich weiterführende Informationen zu den Berechnungen und Tabellen.

4 Das kundenorientierte Wohn- und Pflegemodell 2030

Bevor wir im Detail auf die Kostenwirkungen des Curaviva-Modells eingehen, werden wir nachfolgend zuerst die Kernelemente des Versorgungskonzepts beschreiben und diese für den weiteren Verlauf systematisieren. Zudem werden wir die Grundidee des Curaviva-Modells in den nationalen und internationalen Kontext stellen und dessen Praxistauglichkeit veranschaulichen.

4.1 Die Kernelemente des Curaviva-Modells

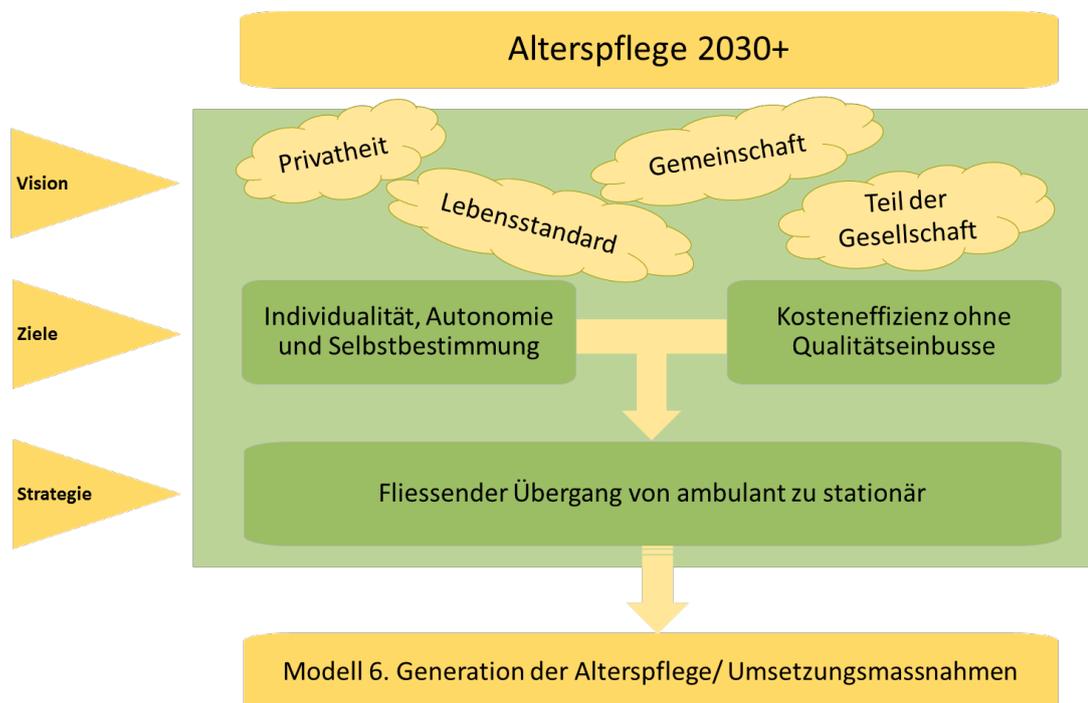
Wie in der Einleitung bereits aufgegriffen schlägt Curaviva mit dem «Wohn- und Pflegemodell 2030» den Übergang zu einem integrierten Versorgungskonzept «stationär und ambulant» vor. Mit diesem Konzept soll die Pflege die Bedürfnisse der Kunden vermehrt ins Zentrum stellen und ihre Lebens- und Wohnqualität erhöhen. Nicht mehr die Fehlanreize der Finanzierungsformen, sondern der Pflegebedarf soll das zentrale Instrument für die Zuteilung eines Kunden zu einer Pflegeform darstellen. Mit anderen Worten sollen die heutigen Missstände, die aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungsformen existieren, minimiert werden.

Im Grundsatz besteht das «Wohn- und Pflegemodell 2030» wie in Abbildung 1 dargestellt aus den folgenden vier Kernelementen. Auf der ersten Ebene formuliert Curaviva eine *Vision* der künftigen Alterspflege. Diese soll

1. Leben in Privatheit,
2. Leben mit gewohntem Lebensstandard,
3. Leben als Teil der Gemeinschaft und
4. Leben als Teil der Öffentlichkeit

ermöglichen. Auf der zweiten Ebene wird die Vision schliesslich in zwei *Ziele* gebündelt: Einerseits ist dies ein Fokus auf Individualität, Selbstbestimmung und Autonomie für die Kunden. Andererseits soll mit dem Versorgungskonzept eine kosteneffiziente Bereitstellung von Pflegeleistungen ohne Qualitätseinbussen ermöglicht werden. Damit umfassen die Ziele sowohl eine *Nutzenkomponente*, welche für die Kunden und Bewohner Mehrwert generieren soll, als auch eine *Kostenkomponente*. Letztere soll insbesondere dazu beitragen, die Akzeptanz für die zukünftige Pflegeform zu erhöhen. Auf der dritten Ebene sollen diese Ziele mit der *Strategie* «fliessender Übergang von ambulanter zu stationärer Pflege» erreicht werden. Die vierte Ebene umfasst schliesslich konkrete *Massnahmen*, die diesen fliessenden Übergang ermöglichen und damit das Nutzen- und Kosteneffizienzziel umsetzen sollen.

Abbildung 1 Das Wohn- und Pflegemodell 2030 grafisch dargestellt



Das von Curaviva erarbeitete Wohn- und Pflegemodell 2030 lässt sich in vier Ebenen darstellen. Auf der obersten Ebene steht eine Vision, nach welcher sich das Gesamtmodell ausrichtet. Diese Vision wird auf zweiter Ebene in eine Nutzenseite einerseits und Kosteneffizienz andererseits gebündelt. Ein fließender Übergang von ambulanter zu stationärer Versorgung ist die zentrale Strategie (dritte Ebene) zur Erreichung dieser Ziele. Die Massnahmen zur Umsetzung dieser Strategie bilden schliesslich die vierte Ebene.

Quelle: Eigene Darstellung Polynomics.

4.2 Das betreute Wohnen als zentrales Element der Versorgungsstruktur

Mit den vier Kernelementen ist das Wohn- und Pflegemodell 2030 im Einklang mit der grundsätzlichen Forderung nach ganzheitlichen Ansätzen in der Pflege, welche die Bedürfnisse und Kompetenzen pflegebedürftiger Menschen berücksichtigen (Höpflinger & Hugentobler, 2005, S. 80 ff.). Ein zentrales Element bei der Erfüllung dieser Grundsätze ist dabei das betreute Wohnen, das in Höpflinger & Hugentobler (2005) wie folgt definiert wird:

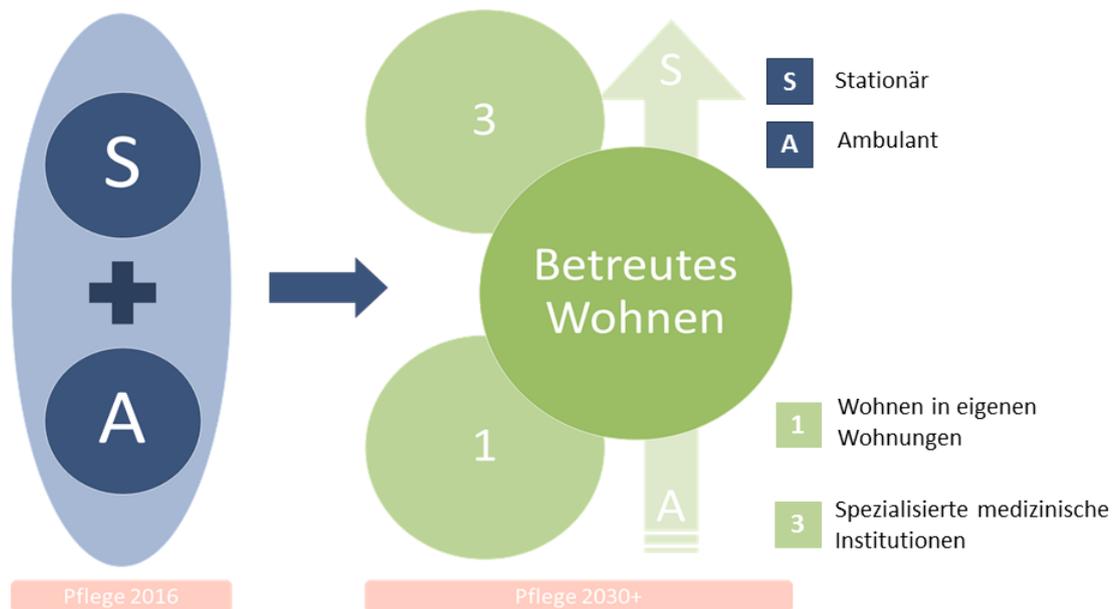
«Zum einen soll an Stelle einer»Rundum-Versorgung« jeweils nur so viel Hilfe und Pflege geleistet werden, wie im Einzelfall benötigt wird. Es sind die älteren Menschen selbst, die professionelle Hilfe anfordern, und es ist nicht eine Alters- und Pflegeeinrichtung, die ihnen Hilfe aufzwingt. Zum anderen soll ein privates und autonomes Leben auch dann garantiert bleiben, wenn ältere Menschen Hilfe und Pflege benötigen. Betreutes Wohnen soll älteren Menschen Privatsphäre und selbständige Lebensführung ermöglichen als auch im Bedarfsfall Sicherheit und Pflege bieten.» (Höpflinger & Hugentobler, 2005, S. 84)

Wie in Abbildung 2 dargestellt ist, wird die heute stark verbreitete Fokussierung auf die ambulante und stationäre Versorgung vermehrt durch das betreute Wohnen substituiert werden. Im betreuten Wohnen entscheidet der Kunde selber, welche Leistungen er in welchem Umfang beziehen möchte. Er muss nicht mehr pauschal eine Rundum-Versorgung nachfragen, wie dies heute in der stationären Versorgung der Fall ist. Dafür kann er rasch zusätzliche Aktivitäten und Hilfestellungen zukaufen sowie mit anderen Bewohnern interagieren, was heute mit der ambulanten Versorgung nicht möglich ist. Der Übergang von der heute ambulanten zur stationären Pflege wird dadurch fließend und definiert sich nicht mehr anhand der Wohnform.

Die heutigen Pflegeformen dürften im Curaviva-Modell zu Lasten des betreuten Wohnens an Bedeutung verlieren und sich auf einzelne Spezialbereiche reduzieren. Wir gehen daher in den nachfolgenden Modellierungen davon aus, dass wir die Massnahmen zur Erfüllung des obigen Versorgungskonzepts auf eine Dreiteilung der heutigen Wohnformen einerseits - mit Fokussierung auf das betreute Wohnen - sowie einer starken Koordination zwischen den Wohnformen andererseits, reduzieren können. Die drei Wohnformen definieren wir im weiteren Verlauf wie folgt:

1. *Angestammtes Wohnen*: Wohnen in eigenen (angestammten) Wohnungen. Pflegeleistungen werden in diesen Wohnungen nach Bedarf bezogen, analog zur heutigen Spitex.
2. *Betreutes Wohnen*: Wohnen in einem eigenem Appartement bzw. einer eigenen Wohnung in der Nähe des Gesundheitszentrums. Der Bezug von Leistungen erfolgt auch hier individuell nach den Bedürfnissen der Kunden und der Fokus liegt auf einer hohen Lebensqualität mit jederzeitiger Verfügbarkeit von umfangreichen Pflege- und Hotellerieangeboten. Die konkrete Ausgestaltung der Wohnform wird vom Modell nicht spezifiziert.

Abbildung 2 Wohnformen2030



Als zentrale Umsetzungsmassnahme, um einen fließenden Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu ermöglichen, setzt das Modell von Curaviva auf drei Wohnformen. Der fließende Übergang von ambulant zu stationär wird insbesondere durch das betreute Wohnen charakterisiert, in welchem die Bewohner individuell nach eigenen Bedürfnissen Leistungen nachfragen können und zugleich integraler Bestandteil des Pflegemodells sind.

Quelle: Eigene Darstellung Polynomics.

3. *Spezialisiertes Wohnen*: Wohnen in spezialisierten Häusern, welche auf den Pflegebedarf der Patienten spezialisiert sind. Hierunter fallen beispielsweise spezialisierte Häuser für Demenzerkrankungen, Palliativmedizin oder Gerontopsychiatrie. Auch diese Häuser sind zentral angesiedelt.

In Anbetracht des Kostenziels des Wohn- und Pflegemodells 2030 besteht die Herausforderung darin, das Modell so auszugestalten, dass nicht nur der fließende Übergang von ambulanter zu stationärer Pflegeversorgung sichergestellt ist, sondern zugleich auch dem Ziel der Kosteneffizienz Rechnung getragen wird. Dies könnte im Wohn- und Pflegemodell 2030 durch niedrige Wegkosten, eine Entbündelung der nachgefragten Leistungen, eine professionelle und ausgeprägte Betreuung und Koordination der Kunden («Case Management») sowie die Nutzung von Synergien erreicht werden. Im Zentrum des Curaviva-Modells steht der Netzwerkgedanke mit einer zentralen Koordinationsstelle, welche dazu beitragen kann, diese Möglichkeiten zur Kosteneffizienz zu nutzen.

4.3 Nationale und internationale Einordnung des Modells

Mit dem oben beschriebenen Wohn- und Pflegemodell 2030 schlägt Curaviva ein Versorgungskonzept vor, das sowohl national als auch international bereits ansatzweise Anwendung findet.

Die nachfolgend vorgestellten Modelle zeigen, dass weitreichende Teile des Wohn- und Pflege-modells 2030 in der Praxis bereits erfolgreich zu finden sind.

4.3.1 Der Lindenhof in Oftringen (Schweiz)

Im Schweizer Kontext bietet das Alterszentrum Lindenhof in Oftringen eine innovative Umsetzung des Curaviva-Konzeptes. Als Alterszentrum organisiert, bietet der Lindenhof alle drei der im Wohn- und Pflegemodell 2030 skizzierten Wohnformen aus einer Hand an. Der Lindenhof bietet in seinem Zentrum sowohl Einzelzimmer in einem zentralen Pflegeheim wie auch betreutes Wohnen an. Eine hauseigene Spitex versorgt zudem Kunden, die nicht im Zentrum selbst, sondern in angestammten Wohnungen zu Hause leben (nach individuellen Bedürfnissen). Die Mitarbeiter der Spitex werden dabei für die Pflege der externen und internen Kunden eingesetzt, was eine optimale Personalplanung und einen durchgehenden Pflegeprozess ermöglicht. Neben den Pflegeleistungen offeriert der Lindenhof eine Vielzahl an Gesundheitsleistungen (Podologie, Ergotherapie, Physiotherapie, ein modernes Fitnesscenter, eine Zahnarztpraxis oder auch psychiatrische Angebote) und umfangreiche Aktivitätsmöglichkeiten (z.B. Coiffeureleistungen, ein professioneller Restaurantbetrieb, Grossevents wie Konzerte oder einen Schildkrötenteich). Diese Dienstleistungen stehen dabei nicht ausschliesslich den Kunden, sondern allen Bewohnern der Umgebung zur Verfügung, was zu einer besseren Auslastung der Infrastruktur und einer guten Durchmischung der Besucher führt.

Weiterführende Informationen

- Website des Lindenhofs: <http://www.lindenhof-oftringen.ch/startseite/>
- Jahresbericht 2014: (Lindenhof, 2014)

4.3.2 Das Modell Ahlen (Deutschland)

Etwas weiter als der Lindenhof geht das in Deutschland existierende «Modell Ahlen», das sich nicht nur auf die drei Wohnformen konzentriert. Im Modell Ahlen wird den Kunden ein umfassendes Case Management (qualifizierte Pflege- und Wohnberatung) angeboten, das stark auf die Bedürfnisse der Kunden ausgerichtet ist.

Im Gegensatz zum Lindenhof, der alles aus einer Hand anbietet, basiert das Versorgungsmodell auf einer starken Vernetzung von eigenständigen Akteuren (Kooperationspartner), die durch eine zentrale Institution («KAA – Pflege und Wohnberatung») koordiniert werden. Im Curaviva-Modell entspricht dies gerade der Zentrumsfunktion, die alle Koordinationstätigkeiten für die Kunden übernimmt. Zu den Kooperationspartnern zählen Krankenhäuser, Vermieter, Essens- und Hauswariensdienste, medizinischen Angebote, vollstationäre Pflege, Pflegedienste, sozialpsychologische Dienste und viele weitere (für eine Übersicht über die Partner und die Funktionen siehe Alter und Soziales e.V., 2007a, S. 13, 2007b, S. 19 ff.).

Der Bezug zum Wohn- und Pflegemodell 2030 besteht in dem starken Fokus auf die Bedürfnisse der Kunden sowie der integralen Struktur des Modells. Letztere charakterisiert sich dadurch, dass unterschiedlichste Akteure zusammenfinden, um ein umfangreiches Leistungsangebot zu offerieren und fließende Übergänge zwischen den Schnittstellen zu ermöglichen. Eine wissenschaftliche Evaluation des Modells, die zwischen 2004 und 2007 durchgeführt wurde, zeigt Indizien dafür, dass durch eine bessere Koordination Kosten gesenkt und Mehrnutzen generiert werden kann. Insbesondere bestätigt die Evaluation niedrigere Arzneimittelkosten und längere Wohnzeiten in der eigenen Wohnung gegenüber dem Standardmodell in Deutschland (Alter und Soziales e.V., 2007c; Rothgang u. a., 2012).

Weiterführende Informationen

- Verein «Alter und Soziales»: <http://www.alter-und-soziales.de/>
- Evaluationsbericht des GKV: (Alter und Soziales e.V., 2007c)

4.3.3 Das Modell OnLok (USA)

Bei OnLok handelt sich um ein vertikal integriertes System der Langzeitpflege von Präventionsleistungen bis hin zur akutstationären Versorgung (Li u. a., 2009). OnLok will Menschen mit Pflegebedarf weiterhin an der Gesellschaft teilhaben lassen. Ein besonderer Fokus wird dazu auf die individuelle Betreuung (Stichwort individueller Pflegeplan) und den fließenden Übergang zwischen den Pflegestationen gelegt. Kombiniert werden im Modell medizinische, soziale und psychologische Angebote und es existiert ein Gesundheitsteam mit Ärzten, Krankenschwestern, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und weiteren Fachpersonen. Zudem gehört ein eigenes Aktivitäts- und Gesundheitszentrum (Seniorenzentrum) mit Freizeit- und Erholungsangeboten zum Modell. OnLok wurde 1971 in San Francisco gegründet und ist seit Einführung stark gewachsen. Das Konzept umfasst 2009 31 Bundesstaaten und versorgt über 18'000 Senioren.

Die Philosophie des OnLok-Modells wird heute in den USA unter dem Begriff «Program of Allinclusive Care for the Elderly (PACE)» zusammengefasst (Li u. a., 2009). PACE deckt sich unserer Einschätzung nach sehr stark mit der Vision des Wohn- und Pflegemodells 2030. So wurde OnLok auf Basis des Bedürfnisses nach Individualität und dem Wunsch möglichst lange zu Hause zu leben gegründet (Li u. a., 2009). Das starke Wachstum des Modells deutet darauf hin, dass eine grosse Nachfrage nach den von OnLok angebotenen Dienstleistungen besteht.

Weiterführende Informationen

- OnLok Webseite: Grundlegende Informationen zum Modell, den Angeboten sowie zur Geschichte und Motivation: <https://www.onlok.org/>
- OnLok Lifeways: Informationen für die Pflegebedürftige: <https://onloklifeways.org/>
- 30th Street Senior Center: Informationen zum oben bereits angesprochenen Seniorenzentrum: <https://30thstreetseniorcenter.org/about/>

4.4 Fazit zum Wohn- und Pflegemodell 2030

Die oben beschriebenen nationalen und internationalen Modelle zeigen beispielhaft, dass viele Komponenten des von Curaviva vorgeschlagenen Wohn- und Pflegemodells 2030 bereits heute in der Praxis erfolgreich genutzt werden. Zu den Erfolgsfaktoren zählen alle drei präsentierten Modelle den durchgehenden Pflegeprozess sowie eine enge Koordination und Betreuung der Kunden (Case Management). Diese Elemente nehmen auch im Curaviva-Modell eine zentrale Rolle ein. Mit einer besseren Abstimmung der Pflegeprozesse und einer besseren Koordination der Kunden lässt sich nicht nur der Nutzen für die Kunden steigern. Es können auch Effizienzsteigerungen erzielt werden, wodurch auch Ressourcen eingespart werden. Die Bedeutung dieser Komponenten wird auch im «Themenreport Pflege 2030», welcher für Deutschland die Pflege 2030 in einem umfangreichen Report untersucht, festgehalten (Rothgang u. a., 2012).

Die folgenden Analysen zielen darauf ab, die Kostenwirkung eines Übergangs zum Wohn- und Pflegemodell 2030 systematisch zu erfassen. Dazu identifizieren wir die Kernelemente, welche eine Kostenwirkung entfalten können, monetarisieren diese und berechnen die aggregierte Auswirkung auf Systemebene. Damit kann die eher unumstrittene positive Nutzenwirkung für die Kunden mit der weniger offensichtlichen Kostenwirkung ergänzt werden, so dass ein vollständigeres Bild des Wohn- und Pflegemodells 2030 entsteht.

5 Grundstruktur des Kostenmodells

Im vorliegenden Kapitel diskutieren wir die Grundstruktur des Kostenmodells, welche die zentralen Elemente der heute existierenden ambulanten und stationären Versorgung enthält. Dazu beschreiben wir zuerst unser Vorgehen, konkretisieren unsere Annahmen und beschreiben die sich daraus ergebenden Kernelemente des Modells.

5.1 Vorgehen

Wie in der Ausgangslage der Studie beschrieben, wird die Pflege heute (2017) je nach Pflegeform unterschiedlich finanziert. Diese unterschiedlichen Finanzierungsformen führen zu unterschiedlichen finanziellen Anreizen, die sich auf die Kosten der entsprechenden Leistungserbringer auswirken können. Als Konsequenz sind empirisch festzustellende Kostenunterschiede zwischen ambulanter und stationärer Pflegeversorgung nicht nur auf die Pflegeform, sondern auch auf die mit der Pflegeform einhergehende Finanzierungsform zurückzuführen.

Dieselbe Person mit demselben Pflegebedarf kann abhängig davon, ob sie ambulant oder stationär gepflegt wird, markant unterschiedliche Vergütungen verursachen. In Anhang 10.2 zeigen wir anhand zweier konkreter Fallbeispiele auf, dass diese Unterschiede vier- bis fünfstelligen Frankenbeträge pro Jahr ausmachen können. Da jedoch die Person in beiden Fällen dieselbe Pflege erhält, verursacht sie auch dieselben Pflegekosten. Die tatsächlichen Pflegekosten können daher nicht an den durch das Finanzierungssystem induzierten Vergütungen gemessen werden.

In unserer Studie gehen wir deshalb bewusst nicht auf die Finanzierungsthematik ein. Wir entwerfen ein «Bottom-up»-Kostenmodell, das ausgehend von den Kosten pro Kunde die Gesamtkosten abschätzt. Mit einem solchen Kostenmodell können wir die Kostenwirkungen verschiedener Pflegeformen unabhängig von deren Finanzierungsformen abschätzen.

Um einen Kostenvergleich zu erstellen, erarbeiten wir zuerst, basierend auf der heutigen Versorgungsstruktur ein Referenzszenario, das die Kostenunterschiede zwischen ambulanter und stationärer Versorgung losgelöst vom Finanzierungssystem beurteilt. Dazu spezifizieren wir in einem ersten Schritt die Modellparameter auf Kundenebene (Kosten pro Kunde und Tag in Abhängigkeit des Pflegebedarfs), welche es erlauben, die Kosten des heutigen Modells abzubilden. Unter Berücksichtigung der gesamtschweizerischen Nachfrage nach ambulanter und stationärer Pflege berechnen wir damit die gesamten Kosten des Referenzszenarios.

Das Wohn- und Pflegemodell 2030 bilden wir in unserem Modellrahmen durch eine Veränderung der Modellparameter ab. Es verändern sich die Pflege- und Wegkosten, das Mengengerüst sowie die Nachfrage nach Pensions- und Pflegeleistungen. Aus diesen veränderten Parameterwerten folgen die Gesamtkosten des Wohn- und Pflegemodells 2030, die wir zur Bestimmung der Kostenwirkung den Kosten des Referenzszenarios gegenüberstellen.

5.2 Annahmen

Damit wir das Kostenmodell losgelöst von den heutigen Finanzierungsformen erstellen können, müssen wir gewisse Annahmen zur Leistungserbringung treffen:

1. Im Modell gehen wir davon aus, dass die ambulanten und stationären Leistungserbringer heute gleich effizient arbeiten. Unsere Studie soll nicht beurteilen, ob die Leistungen selbst effizient erbracht werden, oder ob innerbetriebliches Optimierungspotenzial besteht. Unser Modell soll Kostendifferenzen aufzeigen, die durch unterschiedliche Produktionsprozesse entstehen.
2. Wir gehen davon aus, dass die Kundenstruktur optimal zur Kostenstruktur der jeweiligen Pflege- und Altersheime passt. Spiegelbildlich gehen wir davon aus, dass die ambulante Pflege bei gegebener Kundenstruktur eine optimale Kostenstruktur aufweist. Damit nimmt unsere Studie bewusst eine langfristige Perspektive ein: Wir vergleichen die Kosten zwischen dem Referenzszenario und dem Szenario Wohn- und Pflegemodell 2030, vernachlässigen jedoch die Kosten, die allenfalls aufgrund der Anpassung der Infrastruktur beim Übergang vom einen zum anderen Szenario anfallen.
3. Im Modell gehen wir davon aus, dass alle Kunden, sowohl ambulant als auch stationär, in der gleichen Qualität und in gleichem Umfang Pflege- und Pensionsleistungen nachfragen können. Es gibt per se keine Kunden, die aufgrund von technischen Beschränkungen ausschliesslich stationär oder ambulant versorgt werden können.
4. Im Modell nehmen wir an, dass Kunden derselben Pflegestufe ambulant und stationär im Durchschnitt die gleiche Anzahl Pflegeminuten und die gleichen Pflegeleistungen nachfragen.¹ Unterschiede in den durchschnittlichen Pflegekosten pro Pflegestufe zwischen ambulantem und stationärem Bereich kommen ausschliesslich aufgrund unterschiedlicher Kosten pro Pflegeminute zustande.

5.3 Konsequenzen für die Pflegekosten

Aus den Annahmen folgt, dass unabhängig von den Finanzierungseinflüssen kaum Spielräume für Kostenunterschiede zwischen stationärer und ambulanter Pflege existieren. Würde die ambulante Pflege markant geringere Kosten aufweisen, dann könnte ein Heim die Pflegeleistungen einer ambulanten Pflege einkaufen und damit seine Kosten senken. Wäre die stationäre Pflege günstiger, dann könnte umgekehrt die ambulante Pflege Leistungen der stationären Pflege einkaufen, damit ihre Kosten senken und sich einen kompetitiven Kostenvorteil verschaffen.

Trotz den grundsätzlich identischen Voraussetzungen zur Bereitstellung von Pflegeleistungen sehen wir *drei Gründe*, weshalb zwischen der ambulanten und stationären Versorgung dennoch Unterschiede in den Pflegekosten existieren können. Der erste Grund ist der Distanz zwischen Leistungserbringer und Kunde geschuldet, die im ambulanten Sektor zu höheren *Wegkosten* führt.

¹Die Pflegebedürftigkeit kann jedoch zwischen Kunden der gleichen Pflegestufe variieren, da die informelle Pflege nicht mitberücksichtigt wird.

Heute unterscheiden sich ambulante und stationäre Pflege insbesondere darin, wo die Pflegeleistungen erbracht werden. Bei der ambulanten Pflege gehen die pflegenden Personen zu den Kunden, in der stationären Pflege gehen die Kunden zu den pflegenden Personen. Je weiter die Kunden der ambulanten Versorgung auseinanderliegen, desto höher fallen die Wegkosten gegenüber dem stationären Sektor aus.

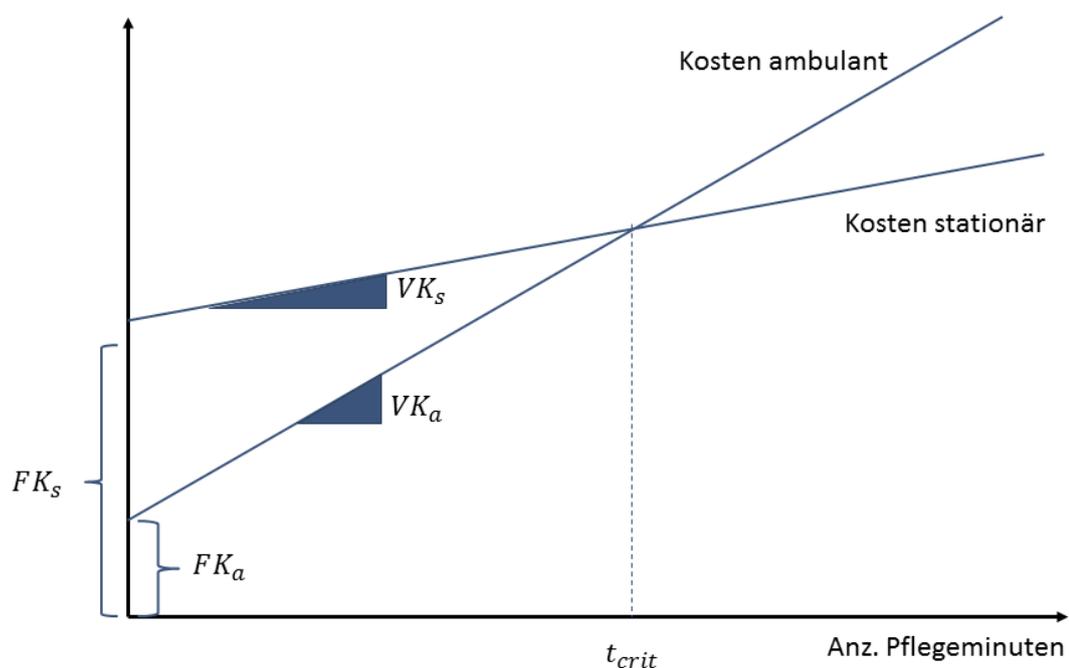
Neben den direkten Wegkosten führt die Distanz zu einem zweiten Kosteneffekt, der bei der ambulanten Versorgung zu höheren *variablen Pflegekosten* führt. Der Kosteneffekt liegt darin begründet, dass die Pflegebedürfnisse der Kunden in vielen Fällen eine Kombination verschiedener Pflegeleistungen erfordern. Ein stationäres Pflegeheim kann aufgrund der geringen Distanz jede Pflegeleistung mit dem dafür entsprechend qualifizierten Personal erbringen. Für die Grundpflege kann weniger qualifiziertes Personal, für Behandlungspflege hingegen medizinisch oder psychologisch höher qualifizierteres Personal eingesetzt werden. In der ambulanten Pflege ist aufgrund der Distanz zwischen Leistungserbringer und Kunde eine solche, massgeschneiderte Dienstleistungserbringung nur eingeschränkt möglich. Entweder geht die höchstqualifizierte Person zum Kunden und erbringt sämtliche Pflegeleistungen oder der Kunde wird mehrmals besucht und jede Leistung von der jeweils optimal qualifizierten Person erbracht. In beiden Fällen resultieren höhere Personalkosten als im stationären Bereich. Zu diesem Schluss kommen auch Wächter & Künzi (2011, S. 22 f.) und geben als einen Grund für die höheren Pflegekosten im ambulanten Bereich ebenfalls den geringeren Spielraum für die Personaleinsatzoptimierung an: « ... im Rahmen eines Einsatzes vor Ort können bei der Pflege zu Hause leichtere Arbeiten nicht an eine weniger qualifizierte Person delegiert werden, sondern werden von der gleichen Person erbracht, die auch Untersuchung- und Behandlungspflege oder Grundpflege erbringt. Diese Unterschiede steigen mit steigendem Pflegebedarf erheblich an.»

Der dritte Grund ist schliesslich der unterschiedlichen Infrastruktur geschuldet, die im stationären Bereich höhere *Fixkosten* verursacht. Dies hat damit zu tun, dass die stationäre Pflege heute Zusatzleistungen anbietet, welche die ambulante Pflege nicht direkt anbieten kann. Dies betrifft Bereiche wie das soziale Zusammenleben, Interaktion zwischen den Bewohnern oder unterschiedliche Aktivitäten, die mit Fixkosten für die dazu bereitgestellte Infrastruktur verbunden sind. So verfügt ein Pflegeheim beispielsweise über Gemeinschaftsräume, in welchen die Bewohner in einem gewissen Umfang betreut werden. Die damit verbundenen Kosten für die Infrastruktur und das Personal fallen bei der ambulanten Pflege nicht an. Diese Unterschiede implizieren, dass die Fixkosten in der stationären Pflege aufgrund von Zusatzleistungen höher sind als in der ambulanten Pflege.

Zusammenfassend folgt zu den Pflegekosten:

1. Bei den Pflegekosten unterscheiden wir drei Kostenkomponenten: Variable Pflegekosten, fixe Pflegekosten und Wegkosten. Bei den variablen Pflegekosten unterstellen wir konstante variable Stückkosten.
2. Die variablen Pflegekosten sind in der ambulanten Pflege höher als die variablen Pflegekosten im stationären Bereich.
3. Die Fixkosten pro Kunde sind in der stationären Pflege höher als in der ambulanten Pflege.
4. Die Leistungserbringung im ambulanten Bereich ist immer mit Wegkosten verbunden, welche proportional mit der Anzahl Einsätze pro Kunde steigen.

Abbildung 3 Schematische Darstellung der variablen und fixen Pflegekosten in der ambulanten und stationären Pflege



Aufgrund der höheren Fixkosten ($FK_s > FK_a$) und der niedrigeren variablen Kosten ($VK_s < VK_a$) verläuft die Gerade der stationären Pflegekosten flacher und anfangs oberhalb der Geraden mit den ambulanten Pflegekosten. Dies führt dazu, dass eine kritische Anzahl Pflegeminuten t_{crit} existiert, bei welcher die Kosten für beide Pflegeformen identisch ausfallen. Bei einer geringeren Anzahl Pflegeminuten ist die ambulante Pflege günstiger, bei einer höheren Anzahl Pflegeminuten hingegen die stationäre Pflege.

Quelle: Eigene Darstellung Polynomics.

Die Punkte 2 und 3 sind in Abbildung 3 illustriert.² Die ambulante Pflege hat niedrigere Fixkosten (FK_a), dafür aber höhere variable Kosten (VK_a) pro Pflegeminute als die stationäre Pflege. Damit ergibt sich eine kritische Anzahl Pflegeminuten t_{crit} . Personen, die mehr als diese kritische Anzahl Pflegeminuten nachfragen, können stationär günstiger versorgt werden. Personen mit geringerem Pflegebedarf können ambulant günstiger versorgt werden.

5.4 Konsequenzen für die Pensionskosten

Die Pensionskosten umfassen Kosten, die durch die Erbringung von sogenannten Pensionsleistungen entstehen. Darunter fallen Mieten, Mahlzeiten, Wäsche und Reinigung. Pensionskosten fallen grundsätzlich in beiden Pflegeformen an. Ein Kunde der ambulanten Pflege lebt genauso in einer Wohnung, wie ein Kunde der stationären Pflege. Personen, welche ambulant gepflegt und betreut werden, beziehen teilweise Mahlzeiten von der Spitex oder von einem Drittanbieter. Die Reinigung der Wohnung können manche Kunden noch selbst übernehmen, bei anderen übernehmen dies Angehörige oder Reinigungsunternehmen. Ähnlich verhält es sich mit der Reinigung der Wäsche.

Wir nehmen an, dass die Kosten der einzelnen Pensionsleistungen unabhängig von der Pflegeform sind. Würde beispielsweise ein externer Anbieter die Reinigung oder die Verpflegung günstiger anbieten als ein Heim, dann könnte das Heim die Kosten senken, indem es diese Leistungen einkauft, anstatt sie selbst zu erbringen. Gleichermassen können Kunden, die zu Hause leben und ambulante Pflegeleistungen nachfragen, Pensionsleistungen beim günstigsten Anbieter einkaufen.

Unterschiede in den aggregierten Pensionskosten zwischen den beiden Pflegeformen sind somit lediglich auf Unterschiede im Umfang zurückzuführen, in welchem Pensionsleistungen nachgefragt werden.

5.5 Die vier Kernelemente des Kostenmodells

Zusammenfassend enthält unser Kostenmodell somit vier Kernelemente: variable Pflegekosten, fixe Pflegekosten, Wegkosten und Pensionskosten. Diese bilden die Grundbausteine unseres Modells. Wir bestimmen in einem ersten Schritt (Kapitel 6) für diese Kernelemente die durchschnittlichen Kosten pro Person und Pflegeform (ambulant und stationär). In einem zweiten Schritt (Kapitel 7) kombinieren wir diese mit dem Mengengerüst, um daraus die Gesamtkosten pro Pflegeform zu bestimmen. Die Summe der Gesamtkosten der ambulanten und stationären Pflege ergibt schliesslich die Kosten des Referenzszenarios. Das Wohn- und Pflegemodell 2030 unterscheidet sich vom Referenzszenario in den Kosten für die vier Kernelemente und dem Mengengerüst. Damit können wir systematisch und transparent die Kostenwirkung ermitteln.

²Die schematische Abbildung illustriert lediglich die Wirkung unserer Annahmen zu den variablen und fixen Pflegekosten. Nicht berücksichtigt sind die direkten Wegkosten sowie Kosten für Pensionsleistungen.

6 Spezifikation der Modellparameter

Nachdem wir die Kernelemente des Kostenmodells (Pflegekosten, Wegkosten und Pensionskosten) identifiziert haben, müssen die einzelnen Parameter quantifiziert werden. Dazu beschreiben wir nachfolgend zuerst die Datengrundlage. Anschliessend ermitteln wir separat für die Pflege-, Weg- und Pensionskosten die Leistungs- und Kostenparameter.

6.1 Datengrundlage

Für die Spezifikation der Modellparameter verwenden wir verschiedene Datenquellen aus dem ambulanten und stationären Bereich. Hauptdatenquelle bilden die mittels «Curatime» erfassten Einzelleistungsdaten von 66 Schweizer Pflegeheimen, mit denen wir den zeitlichen Aufwand für die Erbringung von Pflege- und Betreuungsleistungen sehr detailliert erfassen können.³

Diese Daten ergänzen wir mit Kostendaten eines repräsentativen Beispielheims, das uns weiterführende Informationen zum Wertegerüst der Pflege- und Pensionsleistungen liefert. Es handelt sich dabei um einen Betrieb mit 85 Betten und gesunder Kostenstruktur. Bei der Wahl des Betriebes wurde darauf geachtet, dass er eine stabile und gut geführte Personalstruktur aufweist. Der Betrieb weist eine geringe Personalfuktuation auf, erfüllt die Vorgaben zum Mindeststellenplan sowie die Vorgaben zur Kostenrechnung von Curaviva und führt eine fundierte und laufend aktualisierte Anlagenbuchhaltung. Der Betrieb erreicht eine hohe Auslastung.

Für das Wertegerüst der ambulanten Versorgung und für die Bestimmung der Wegzeiten stützen wir uns zusätzlich auf Informationen einer Spitex-Organisation ab, die uns im Rahmen des Projekts Zugang zu ausgewählten Kennzahlen ermöglichte.

6.2 Bestimmung der Kosten der Pflegeleistungen

6.2.1 Definition von vier Pflegeleistungen und vier Pflegestufen

Der Curatime-Datensatz enthält eine Vielzahl erfasster Pflegeleistungen. Für unsere Analyse ist dieser Detaillierungsgrad jedoch zu hoch. Zudem unterscheidet der Datensatz zwischen Leistungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) und Nicht-KLV-Leistungen. Da wir an den Pflegekosten und nicht deren Finanzierung interessiert sind, differenzieren wir in unserem Modell nicht zwischen KLV und Nicht-KLV-Leistungen. Wir aggregieren daher sämtliche Pflegeleistungen in vier Gruppen, welche sich nach ausführlichen Expertengesprächen (vgl. Anhang 10.1) als zweckmässig herausgestellt haben. Tabelle 1 stellt diese vier Gruppen, zusammen mit den durchschnittlichen Minuten und Einsätzen pro Tag dar. Die in der Tabelle aufgeführten Minutenwerte umfassen ausschliesslich Leistungen, welche in Curatime direkt auf einzelne Kunden der Pflegeheime gebucht wurden. Über alle Leistungen hinweg werden durchschnittlich 117 Minuten Pflegeleistungen pro Tag und Bewohner erbracht.

³Bei Curatime handelt es sich um ein Tool der Firma MicroMED zur Tätigkeitsanalyse in Alterseinrichtungen. Für weitere Informationen siehe <http://www.micromed.ch/>.

Tabelle 1 Durchschnittliche Anzahl Pflegeminuten pro Bewohner und Tag sowie Anzahl Einsätze pro Tag

Tätigkeit	Anzahl Minuten pro Tag	Anzahl Einsätze pro Tag
Abklärung, Beratung, Case Management	17.0	9.6
Betreuung und Pflege	89.5	18.5
Hotellerie	8.6	2.9
Strukturzeit	1.7	0.2

Pro aggregierter Pflege Tätigkeit: Durchschnittliche Anzahl Pflegeminuten pro Bewohner und Tag und Anzahl Einsätze pro Tag. Betreuung und Pflege umfasst die Curatime-Tätigkeiten «Untersuchung und Behandlung», «Essen und Trinken», «Körperpflege», «Mobilität», «Psychogerontologische Massnahmen», «Verpflegung und Restaurant», «Betreuung und Arztdienst». Hotellerie umfasst die Curatime-Tätigkeiten «Pension», «Hausdienst», «Wäscheversorgung und technischer Dienst».

Quelle: Curatime. Eigene Auswertung Polynomics.

Die Tätigkeit «Betreuung und Pflege» umfasst die Curatime-Tätigkeiten «Untersuchung und Behandlung», «Essen und Trinken», «Körperpflege», «Mobilität», «Psychogerontologische Massnahmen», «Verpflegung und Restaurant», «Betreuung und Arztdienst». Dies umfasst sowohl KLV-Leistungen als auch Betreuungsleistungen, welche nicht als KLV-Leistungen erfasst werden. Die Tätigkeitskategorie «Betreuung und Pflege» umfasst somit sämtliche Tätigkeiten, die für Pflege und Betreuung des Kunden aufgewendet werden, unabhängig davon wie diese Leistungen finanziert werden.

6.2.2 Gruppierung der Pflegestufen in vier Gruppen

Im Curatime-Datensatz sind die einzelnen Bewohner einer von zwölf Pflegestufen zugeordnet, wobei Stufe 1 dem niedrigsten Pflegebedarf und Stufe 12 dem höchsten Pflegebedarf entspricht. Mit Ausnahme der Stufe 12 umfasst jede der zwölf Pflegestufen 20 Minuten Pflegezeit. Dieser Detaillierungsgrad ist für unsere Analyse zu hoch. Deshalb fassen wir die Pflegestufen zusammen und bilden die vier Pflegestufen leicht (Pflegestufen 0 bis 2, also 0 bis 40 Minuten), mittel (Pflegestufen 3 bis 5, 41 bis 100 Minuten), hoch (Pflegestufen 6 bis 9, 101 bis 180 Minuten) und sehr hoch (Pflegestufen 10 bis 12, mehr als 180 Minuten).

Die genaue Einteilung in vier Pflegestufen ist bis zu einem gewissen Grad arbiträr. Es ist jedoch sinnvoll, eine Gruppe mit leichter Pflegebedürftigkeit zu definieren, da Personen dieser Stufe vermutlich am mobilsten sind und am flexibelsten zwischen verschiedenen Pflegemodellen wählen können. In Anlehnung an Cosandey & Kienast (2016, S. 28 ff.) definieren wir unsere leichte Pflegestufe als Aggregat der offiziellen Pflegestufen 0 bis 2. Analog haben wir unsere sehr hohe Pflegestufe als Aggregat der drei offiziell höchsten Pflegestufen 10 bis 12 gebildet. Die restlichen sieben offiziellen Pflegestufen wurden annähernd je hälftig auf unsere beiden Pflegestufen mittel und hoch aufgeteilt.

Tabelle 2 Anzahl Pflegeminuten pro Bewohner und Tag

Tätigkeiten	PS leicht	PS mittel	PS hoch	PS sehr hoch
Abklärung, Beratung, Case Mngmt	8.5	16.6	21.2	26.4
Betreuung und Pflege	26.2	69.1	130.7	182.6
Hotellerie	6.3	8.6	9.9	9.5
Strukturzeit	0.8	1.8	2.1	2.2

Anzahl Minuten pro Bewohner und Tag, aggregiert auf vier Tätigkeiten und differenziert nach vier Pflegestufen (PS).

Quelle: Curatime. Eigene Auswertung Polynomics.

Für das Modell von Interesse ist vor allem, wie sich die Nachfrage nach Pflegeleistungen auf diese vier Pflegestufen (PS) verteilt. Wie aus Tabelle 2 hervorgeht, gewinnt vor allem die Leistungsgruppe «Betreuung und Pflege» mit steigender Pflegestufe gegenüber den anderen Leistungen deutlich an Bedeutung. Auch das Case Management gewinnt an Bedeutung, jedoch weniger stark. Die ausgeprägteste Zunahme im Case Management findet beim Übergang von der Pflegestufe «leicht» zu «mittel» statt.

Die beiden Tätigkeiten «Hotellerie» und «Strukturzeit» weisen vergleichsweise geringe Minutenbeträge auf. Diese unterscheiden sich zudem nur geringfügig über die verschiedenen Pflegestufen. Aufgrund dieser Erkenntnis betrachten wir Kosten, welche mit Hotellerie oder Strukturzeit einhergehen, als fixe Pflegekosten pro Kunde («Kundenfixkosten»).

Nebst den direkt auf die Bewohner verbuchten Tätigkeiten enthält der Curatime-Datensatz auch Leistungen, welche als Leistungsempfänger die «Abteilung» gebucht haben. Diese auf Stationen verbuchten Leistungen betrachten wir ebenfalls als Teil der Kundenfixkosten. Die Zahlen in Tabelle 3 geben an, wie viele Minuten pro Tag und Bewohner durchschnittlich in einem Heim für die entsprechenden Tätigkeiten mit Leistungsempfänger «Abteilung» aufgewendet wurden. Von diesen Tätigkeiten sind insbesondere die Hotellerieleistungen und die Strukturzeit von Bedeutung.

Tabelle 3 Auf die Abteilung gebuchte Minuten

Tätigkeit	Minuten pro Tag und Bewohner
Abklärung, Beratung, Case Management	1
Betreuung und Pflege	7
Hotellerie	17
Strukturzeit	36

Die Daten zeigen die über alle 66 Heime pro Tag und Bewohner durchschnittlich aufgebrauchten Leistungen, welchen nicht den Bewohnern, sondern direkt den Abteilungen zugeteilt wurden.

Quelle: Curatime. Eigene Auswertung Polynomics.

Neben Einträgen zur Hotellerie und Strukturzeit, finden wir auch eine geringe Anzahl Minuten in den Leistungsbereichen «Abklärung, Beratung und Case Management» sowie «Betreuung und Pflege». Hierbei handelt es sich offenbar um Zeit innerhalb dieser Leistungsbereiche, die nicht auf einzelne Bewohner gebucht werden konnten. Eine andere Möglichkeit besteht in Datenfehlern. Aufgrund der geringen Relevanz dieser Komponenten vernachlässigen wir sie nachfolgend.

6.2.3 Monetarisierung der Pflegeleistungen

Die bis hierhin lediglich in Minuten ausgedrückten Aufwendungen monetarisieren wir unter Zuhilfenahme der Kostenrechnung des erwähnten Pflegeheims. Die Kostenrechnung weist unter anderem die Personalkosten pro Qualifikationsstufe aus. Aus Curatime wissen wir, welche Leistungen mit welchem Personalmix erbracht werden. Mit Hilfe dieser Informationen berechnen wir die Kosten für jede der Leistungsgruppen (in Franken pro Minute und Bewohner für die variablen Pflegekosten und als Franken pro Bewohner und Tag für die fixen Pflegeleistungen). Die resultierenden Werte sind in Tabelle 4 zusammengefasst.

Tabelle 4 Übersicht Pflegekosten in Franken

Leistungen	stationär	ambulant
Variable Pflegekosten (CHF pro Minute):		
Case Management	0.77	0.77
Betreuung und Pflege	0.65	0.71
Fixe Pflegekosten (CHF pro Tag):		
Hotellerie	14	-
Strukturzeit	28	28
Admin und Infrastruktur	20	18

Übersicht über die im Modell verwendeten Pflegekosten in Franken.

Quelle: Curatime und Kostenrechnung Beispielheim. Eigene Auswertung Polynomics.

Die Werte in Tabelle 4 beruhen auf Daten aus der stationären Pflege gemäss obigen Ausführungen. Die fixen Pflegekosten für Administration und Infrastruktur entstammen direkt der Kostenrechnung des Pflegeheims. Zudem sind für die ambulante Pflege folgende Annahmen eingeflossen:

- Die Minutenkosten für «Betreuung und Pflege» sind in der ambulanten Pflege um 10 Prozent höher als in der stationären Pflege. Grund dafür ist der höhere Koordinationsaufwand (optimaler Personaleinsatz) in der ambulanten Pflege (vgl. Abschnitt 5.2).
- Hotellerie-Fixkosten fallen nur stationär an.
- Die Fixkosten für Strukturzeit fallen stationär und ambulant an. Sie unterscheiden sich nicht zwischen diesen beiden Pflegeformen.
- Die ambulante Pflege hat geringere Infrastrukturkosten als die stationäre Pflege. Deshalb verwenden wir für «Admin und Infrastruktur» in der ambulante Pflege lediglich 90 Prozent der Kosten der stationären Pflege (18 statt 20 Franken).

Mit den Kosten aus Tabelle 4 können wir den in Abbildung 3 schematisch dargestellten Zusammenhang zwischen variablen und fixen Pflegekosten quantifizieren. Die Fixkosten pro Tag und Kunde betragen im stationären Bereich 62 Franken und im ambulanten Bereich 46 Franken. Demgegenüber sind die variablen Kosten im ambulanten Bereich für Betreuung und Pflege höher als im stationären Bereich (0.71 Franken pro Kunde und Minute gegenüber 0.65 Franken).

Mit den Kosten pro Minute aus Tabelle 4 und der pro Pflegestufe aufgewendeten Anzahl Pflegeminuten (Tabelle 2) berechnen wir die variablen Pflegekosten pro Kunde und Tag für jede der vier Pflegestufen (Tabelle 5).

Tabelle 5 Übersicht variable Pflegekosten nach Pflegestufen

Leistungen	leicht	mittel	hoch	sehr hoch
stationär:				
Case Management	6	13	16	20
Betreuung und Pflege	17	45	85	119
ambulant:				
Case Management	6	13	16	20
Betreuung und Pflege	19	49	94	131

Übersicht über die variablen Pflegekosten nach Pflegestufen pro Kunde und Tag. Jeder Pflegestufe ist die Anzahl nachgefragter Pflegeminuten pro Tag hinterlegt (siehe Tabelle 2). Mit den Minutensätzen in Tabelle 4 ergeben sich die Werte in der Tabelle.

Quelle: Curatime und Kostenrechnung Beispielheim. Eigene Auswertung Polynomics.

6.3 Bestimmung der Wegkosten

Bei der Berechnung der Wegkosten gilt es zu beachten, dass eine bestimmte Anzahl an Pflegeminuten auf einen oder mehrere Einsätze aufgeteilt werden kann. Pro Einsatz entstehen dabei Kosten für den Weg vom Stützpunkt bis zum Kunden bzw. vom Zentrum zum Zimmer des Kunden. Die Wegkosten pro Kunde und Tag ergeben sich aus der Anzahl Einsätze pro Tag multipliziert mit den Kosten pro Weg.

Für den stationären Bereich haben wir Daten zu den Anzahl Einsätzen aus Curatime. Auf Basis dieser Daten können wir die Anzahl Einsätze pro Pflegestufe berechnen. Tabelle 6 zeigt die so ermittelte Anzahl Einsätze pro Pflegestufe für die stationäre Pflege. Leider verfügen wir über keine vergleichbare Datengrundlage zur Ermittlung der Anzahl Einsätze je Pflegestufe in der ambulanten Pflege. Gemäss unserer Erfahrung aus früheren Studien ist jedoch die in Curatime für die stationäre Pflege ausgewiesene Anzahl Einsätze rund zehnmal höher als die Anzahl Einsätze im ambulanten Bereich.

Für die ambulante Pflege schätzen wir die durchschnittliche Wegzeit pro Einsatz auf 12 bis 13 Minuten. Gemäss unseren Erfahrungen betragen die Wegkosten exkl. Arbeitszeit rund 20 Rappen

Tabelle 6 Vergleich der Anzahl Einsätze ambulant und stationär für aggregierte Pflegestufen

Pflegestufe	Anzahl Einsätze stationär	Anzahl Einsätze ambulant
leicht	16.0	keine Daten
mittel	29.1	keine Daten
hoch	40.3	keine Daten
sehr hoch	45.1	keine Daten

Anzahl Einsätze pro Tag und Kunde aggregiert auf die vier Pflegestufen. Für den ambulanten Bereich verfügen wir über keine vergleichbaren Daten. Gemäss unserer Erfahrung ist die für den stationären Bereich ausgewiesene Anzahl Einsätze ca. zehnmal so hoch wie die Anzahl Einsätze im ambulanten Bereich.

Quelle: Curatime und eigene Berechnungen Polynomics.

pro Minute. Die durchschnittlichen Kosten pro Einsatz belaufen sich somit auf ca. 11 Franken. Diese setzen sich aus CHF 2.50 für die reinen Wegkosten (ca. 12 Minuten mal 20 Rappen) und CHF 8.50 für die Personalkosten (ca. 12 Minuten mal 71 Rappen) zusammen. Im stationären Bereich fallen aufgrund der kurzen Wege kaum Wegkosten an. Wir gehen von Wegkosten von 0.50 CHF pro Einsatz aus.

Tabelle 7 Durchschnittliche Pflegekosten inkl. Wegkosten in Franken pro Kunde und Tag

Pflegestufe	stationär	ambulant
leicht	93.48	86.50
mittel	133.95	135.20
hoch	183.59	199.20
sehr hoch	223.96	334.77

Für Personen der mittleren Pflegestufe sind die Kosten der ambulanten und der stationären Pflege ähnlich hoch. Für höhere Pflegestufen ist die stationäre Pflege und für niedrigere Pflegestufen ist die ambulante Pflege günstiger.

Quelle: Curatime und eigene Berechnungen Polynomics.

Addieren wir zu den Pflegekosten (Tabelle 5) die Wegkosten, so resultieren pro Kunde und Tag durchschnittliche Kosten gemäss Tabelle 7.

6.4 Bestimmung der Kosten für Pensionsleistungen

Die bisherigen Berechnungen und Herleitungen bezogen sich auf Pflegeleistungen und Wegkosten. Die Pflegeinstitutionen bieten jedoch auch Pensionsleistungen an. Die wichtigsten Pensionsleistungen bestehen aus Wohnung, Verpflegung, Reinigung und Wäsche. Kunden, welche Pensionsleistungen nicht einkaufen, erbringen diese selber. Dadurch sinken die direkten Kosten.

Pensionsleistungen können sowohl ambulant als auch stationär bezogen werden. Damit stellen Pensionsleistungen nicht grundsätzlich einen Kostenvor- oder -nachteil zwischen stationärer und ambulanter Pflege dar. Ein Kostennachteil für die stationäre Pflege entsteht erst dann, wenn die Kunden in der stationären Pflege zum Bezug sämtlicher Pensionsleistungen «gezwungen» werden bzw. keine Endbündelung der Leistungen stattfindet.

6.4.1 Pensionsleistungen in der stationären Pflege

Im stationären Bereich wohnen Kunden im Heim, beziehen Gastronomieleistungen und lassen sich Wohnung und Wäsche reinigen. Kunden beziehen also typischerweise sämtliche Pensionsleistungen. Werden die Pensionsleistungen in der stationären Pflege hingegen entbündelt (separat angeboten), dann verflüchtigt sich die klassische Vorstellung der stationären Pflege. Leicht pflegebedürftige Kunden wohnen beispielsweise lediglich im Heim, beziehen aber keine weiteren Pensionsleistungen, da sie diese noch selbst erbringen können. In unserem Modell unterstellen wir für das Referenzszenario, dass die Kunden der stationären Pflege unabhängig von der Pflegestufe sämtliche Pensionsleistungen beziehen (keine Wahlmöglichkeit).

6.4.2 Pensionsleistungen in der ambulanten Pflege

Bei der ambulanten Pflege können Teile der Pensionsleistungen oder auch sämtliche Pensionsleistungen durch die Kunden oder ihre Angehörigen selbst erbracht werden, was zu einer Reduktion der direkten Pflegekosten führt. Zu beachten gilt es, dass in der ambulanten Pflege Kunden Pensionsleistungen auch von Dritten einkaufen können. So können beispielsweise Menus mittags in einer Gemeindegaststätte bestellt werden. Ebenso zählt der Bezug einer Mietwohnung über eine private Verwaltung als Bezug der Pensionsleistung «wohnen».

Kunden in der ambulanten Pflege beziehen die einzelnen Pensionsleistungen also in unterschiedlichem Ausmass. Eine exakte Quantifizierung der Nachfrage erweist sich als äusserst schwierig, weshalb wir hier Annahmen treffen müssen. Dabei unterstellen wir, dass die Nachfrage nach Pensionsleistungen in der Pflegebedürftigkeit grundsätzlich ansteigt, so dass Kunden in der höchsten Pflegestufe ebenfalls die vollen Pensionsleistungen beziehen, während Kunden der niedrigsten Pflegeleistungen nur vereinzelt Pensionsleistungen beziehen. Dies ist in Tabelle 8 zusammengefasst.

6.4.3 Kosten der Pensionsleistungen

Tabelle 9 fasst die Kosten für die vier Pensionsleistungen Wohnen, Reinigung, Verpflegung und Wäsche pro Tag und Person zusammen. Die Quellen, welche den Daten zu Grunde liegen, finden sich im Anhang der Studie.

Für einen Kunden der stationären Pflege fallen bei allen vier Pensionsleistungen die Kosten für den Bezug von Dritten an. Die Kunden der ambulanten Pflege beziehen jedoch nicht notwendigerweise

Tabelle 8 Nachfrage nach Pensionsleistungen im Referenzszenario von Kunden der ambulanten Pflege

Pflegestufe	Wohnen	Essen (Material)	Essen (Dienstleistung)	Reinigung	Wäsche
leicht	100	100	5	5	5
mittel	100	100	33	33	33
hoch	100	100	66	66	66
sehr hoch	100	100	100	100	100

Die Tabelle gibt pro Pflegestufe in der ambulanten Pflege an, welcher prozentuale Anteil der Kunden die einzelnen Pensionsleistungen nachfragt. Aufgrund mangelnder Daten basieren diese Annahmen auf unseren eigenen Schätzungen. Grundsätzlich gilt, dass die Nachfrage nach Pensionsleistungen in der Pflegebedürftigkeit ansteigt.

Quelle: Polynomics.

Tabelle 9 Pensionskosten in Franken pro Person und Tag

Pensionsleistung	Kosten bei Bezug von Dritten	Kosten Selbstbereitstellung
Wohnen	35	35
Reinigung	9	0
Verpflegung	35	15
Wäsche	3	0

Wir unterscheiden die vier Pensionsleistungen «Wohnen», «Reinigung», «Verpflegung» und «Wäsche». Diese Leistungen können von Personen in der stationären als auch in der ambulanten Pflege eingekauft werden. Falls Pensionsleistungen nicht eingekauft werden, entstehen teilweise dennoch Kosten. Bei der Verpflegung entstehen auch bei Selbstbereitstellung Materialkosten. Bei Reinigung und Pflege vernachlässigen wir die Materialkosten. Die Pensionsleistung «Wohnen» kann im Grunde nicht selbst bereitgestellt werden, sondern muss immer eingekauft werden.

Quelle: Kostenrechnung Pflegeheim und eigene Berechnungen Polynomics.

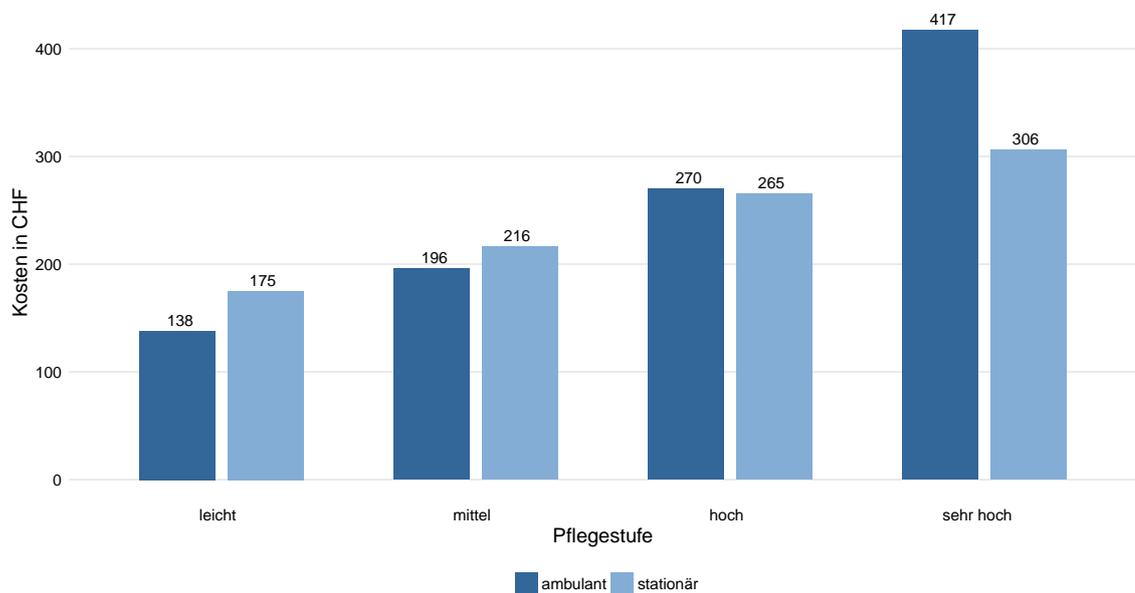
alle Pensionsleistungen von Dritten, sondern erbringen gewisse Leistungen selbst. Die Pensionskosten aus Tabelle 9 verrechnen wir deshalb anteilmässig gemäss Tabelle 8 auf die Kunden der einzelnen Pflegestufen. Beispielsweise fragt ein Drittel aller Kunden mit mittlerer Pflegestufe in der ambulanten Pflege die Pensionsleistung «Essen (Dienstleistung)» nach. Somit verrechnen wir einem Drittel dieser Kundenkategorie die Pensionskosten bei Bezug der Verpflegung von Dritten (35 Franken), während bei zwei Dritteln nur die Kosten für die Selbstbereitstellung der Verpflegung (15 Franken) anfallen.

6.5 Berechnung der Gesamtkosten pro Kunde, Tag, Pflegestufe und Pflegeform

Die Gesamtkosten auf Kundenebene ergeben sich durch Addition der drei Kostenkomponenten Pflege, Weg und Pension. Abbildung 4 stellt die durchschnittlichen Gesamtkosten pro Tag und Kunde nach Pflegestufe und Sektor dar. Aus den Ergebnissen folgt, dass Kunden der Pflegestufen niedrig und mittel deutlich günstiger ambulant, Kunden der Pflegestufen hoch und sehr hoch günstiger stationär behandelt werden können. Die Intuition für dieses Resultat basiert auf drei Komponenten:

1. Es kommt der in Abbildung 3 hervorgehobene Trade-off zum Tragen: Je höhere die Pflegestufe, desto eher überwiegen die niedrigen variablen Pflegekosten im stationären Bereich die höheren Fixkosten, welche definitionsgemäss mit der Anzahl Pflegeminuten nicht ansteigen.
2. Dazu kommen die Wegkosten, die für den stationären Bereich grundsätzlich einen Kostenvorteil implizieren.
3. Als dritte Komponente spielen die Pensionsleistungen eine Rolle: Da stationäre Kunden das volle Paket an Pensionsleistungen beziehen, fallen Ihre Kosten entsprechend höher aus. Dies impliziert einen Kostenvorteil für den ambulanten Bereich.

Abbildung 4 Durchschnittliche Kosten pro Kunde und Tag



Die Kosten steigen erwartungsgemäss mit der Pflegestufe. Da die stationäre Pflege geringere Wegkosten und geringere variable Kosten als die ambulante Pflege aufweist, sind die Pflegekosten des stationären Bereichs für höheren Pflegestufen geringer als im ambulanten Bereich. Bei den niedrigen Pflegestufen wirken die höheren Fixkosten der stationären Pflege zu deren Ungunsten.

Quelle: Polynomics.

7 Kosten im Referenzszenario

Nachdem wir im vorangegangenen Kapitel die zentralen Parameter des Kostenmodells auf Kundenebene spezifiziert haben, sind wir nun in der Lage, die Kosten des Referenzszenarios zu bestimmen und damit die Kosten der heutigen Pflege abzubilden. Dazu müssen wir die Kosten pro Kunde mit der Anzahl Kunden auf die Schweiz hochrechnen. Dies erreichen wir, indem wir festlegen, wie viele Kunden in welcher Pflegestufe und in welcher Pflegeform (ambulant, stationär) vorhanden sind. Wir müssen also das Mengengerüst definieren.

7.1 Mengengerüst

Die Erstellung des Mengengerüsts vollziehen wir in zwei Teilschritten:

1. Quantifizierung der Gesamtanzahl Kunden je Pflegeform (ambulant, stationär)
2. Bestimmung der Verteilung der Kunden auf die definierten Pflegestufen (Abschnitt 6.2.2)

Die im Modell erforderlichen Informationen zur durchschnittlichen Anzahl Kunden pro Tag lassen sich sowohl für die ambulante als auch die stationäre Pflege über amtliche Statistiken herleiten. Jedoch sind einige Umrechnungen erforderlich bis die Zahlen im Modell verwendet werden können. Die entsprechenden Berechnungen haben wir im Anhang der Studie (siehe Abschnitt 10.4) zusammengetragen. In der ambulanten Pflege beläuft sich die durchschnittliche Anzahl Kunden an einem Tag auf 23'171, in der stationären Pflege auf 88'052 (Zahlen aus dem Jahr 2014).

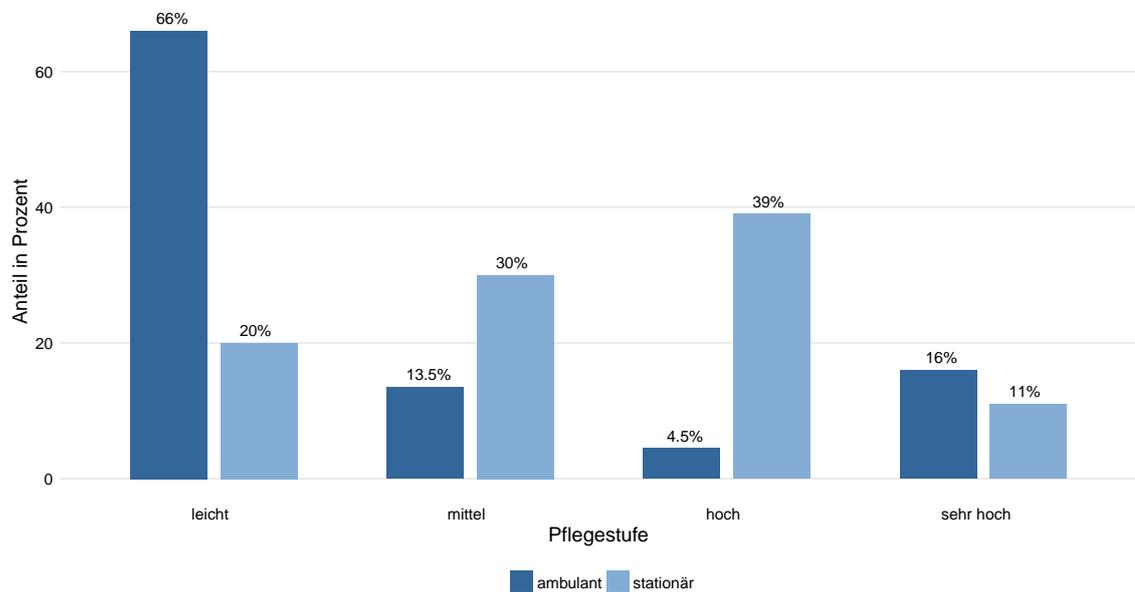
Unter Zuhilfenahme weiterer Datenquellen können wir diese Gesamtzahlen auf die einzelnen Pflegestufen (leicht, mittel, hoch, sehr hoch) verteilen. Die Berechnungen und Datenquellen sind wiederum im Anhang 10.4 zu finden. Das Resultat unserer Berechnungen ist grafisch in Abbildung 5 dargestellt. Während im ambulanten Bereich die meisten Kunden in der niedrigsten Pflegestufe zu finden sind, finden wir in der stationären Pflege die Hälfte der Kunden in den Pflegestufen hoch und sehr hoch.

7.2 Aggregierte Kosten des Referenzszenarios

Mit Hilfe des Mengengerüsts sowie der in Abschnitt 6 spezifizierten Modellparameter, sind wir nun in der Position, eine Hochrechnung der Kosten vorzunehmen. Es sind dazu die durchschnittlichen Gesamtkosten pro Kunde, Pflegestufe und Pflegeform mit den Anteilen in den Pflegestufen gemäss Abbildung 5 zu gewichten und über die Gesamtanzahl Kunden je Pflegeform (ambulant, stationär) auf ein Jahr hochzurechnen.

Über die durchschnittlichen Gesamtkosten je Kunde, Pflegeform und Pflegestufe gemäss vorangegangenem Abschnitt sowie unter Einbezug der Verteilung auf die Pflegestufen und der Gesamtanzahl Kunden je Pflegeform (siehe Abschnitt 7.1) können wir die Gesamtkosten je Pflegeform

Abbildung 5 Verteilung der Kunden auf die vier Pflegestufen



Quelle: Datenquellen: Siehe Anhang 10.4, eigene Darstellung Polynomics.

berechnen. Die Kosten für die ambulante Pflege betragen CHF 1'661 Mio. pro Jahr und die Kosten für die stationäre Pflege CHF 7'617 Mio. pro Jahr. Die Gesamtkosten im Referenzszenario betragen damit 9'278 Mio. CHF pro Jahr.

Bei dieser Hochrechnung gilt es zu beachten, dass unsere Modellkosten nicht deckungsgleich mit den amtlichen Statistiken ausfallen müssen. Gemäss Bundesamt für Statistik (BFS) (2016a) betragen die tatsächlichen Kosten 2014 für die stationäre Pflege CHF 9'412 Mio., für die ambulante Pflege CHF 2'021 Mio. Anders als beim Referenzmodell sind in diesen Zahlen bei der ambulanten Pflege die Wohnkosten nicht mitgerechnet. Diese betragen 35 Franken pro Person und Tag (siehe Tabelle 9), was bei einer durchschnittlichen jährlichen Kundenzahl von 23'171 Personen Kosten in der Höhe von rund CHF 30 Mio. entspricht.⁴ Die Gesamtkosten der Pflege betragen somit CHF 11'465 Mio. und liegen rund CHF 2 Mrd. über den Modellkosten im Referenzszenario.

Die Kostenunterschiede können aufgrund der von uns berechneten Pflegekosten oder den ökonomischen Annahmen entstehen, die bewusst von der heutigen Finanzierungsform abstrahieren sollen. Wahrscheinlich ist eine Verzerrung bei den Pflegekosten. Obwohl wir das Mengengerüst mit Informationen zu 66 Heimen aus dem Curatime-Datensatz ermittelt haben, stützen wir uns beim Wertegerüst lediglich auf ein Heim ab. Dieses Heim muss nicht zwingend eine schweizweit durchschnittliche Kostenstruktur aufweisen.

Um die Modellkosten den tatsächlichen Kosten anzunähern können wir die im Modell unterstellten variablen und fixen Pflegekosten erhöhen. Wenn wir die variablen und fixen Pflegekosten um

⁴ $23'171 \cdot 35 \cdot 365 = 29'6009'525$.

Tabelle 10 Angepasste Pflegekosten pro Kunde

Leistungen	stationär	ambulant
Case Management (CHF pro Minute)	1.08	1.08
Betreuung und Pflege (CHF pro Minute)	0.91	1.00
Fixe Pflegekosten (CHF pro Tag)	87	64

Die in Tabelle 4 ausgewiesenen Kosten pro Kunde und Tag führen zu aggregierten Modellkosten, die rd. CHF 2 Mrd. unter den tatsächlichen Kosten liegen. Durch Erhöhen dieser Kostensätze können wir die Modellkosten an die tatsächlichen Kosten heranführen. Wenn wir die variablen und fixen Pflegekosten um 40% erhöhen, führt dies zu den Kostensätzen gemäss den Werten in der Tabelle. Unter diesen Annahmen entsprechen die Modellkosten in etwa den tatsächlichen Kosten gemäss amtlichen Statistiken.

Quelle: Eigene Berechnungen Polynomics.

40% anheben, dann entsprechen die Modellkosten annähernd den tatsächlichen Kosten. Mit diesen neuen Modellparametern (vgl. Tabelle 10) betragen die Modellkosten für die ambulante Pflege knapp CHF 2 Mrd. und die Modellkosten für die stationäre Pflege CHF 9.4 Mrd., was zu Gesamtmodellkosten von CHF 11.4 Mrd. für das Referenzszenario führt (vgl. Abbildung 6).

Die skalierten Kostensätze erachten wir als plausibel. Sie liegen in derselben Grössenordnung, wie die in Wächter & Künzi (2011) verwendeten Kostensätze. Wächter & Künzi (2011, S. 23) unterstellen für 130 Minuten ambulante Pflege Kosten in der Höhe von 214 Franken für Zürich und 226 Franken für Bern. Mit unseren Kostensätzen in Tabelle 10 erhalten wir leicht geringere Kosten von 199 Franken.⁵ Für die stationäre Pflege betragen die Kosten gemäss unseren Kostensätzen 216 Franken⁶, während in Wächter & Künzi (2011) Kosten von 164 Franken für Zürich und 134 Franken für Bern verwendet werden. In diesen Zahlen sind jedoch nicht sämtliche Kosten berücksichtigt, da Wächter & Künzi (2011) die Kosten für Betreuung und Pension gesondert ausweisen. Zumindest die Kosten für die Betreuung müssten noch zu den 164 bzw. 134 Franken addiert werden. Damit werden auch diese Kostensätze eine mit unseren Kostensätzen vergleichbare Grössenordnung annehmen.

Unsere Kostensätze sind auch vergleichbar mit den Zahlen von Vettori u. a. (2007, S. 36 ff.). Dort werden durchschnittliche Kosten pro Minute für die KVG-Pflege zwischen CHF 0.74 und CHF 1.05 ausgewiesen.

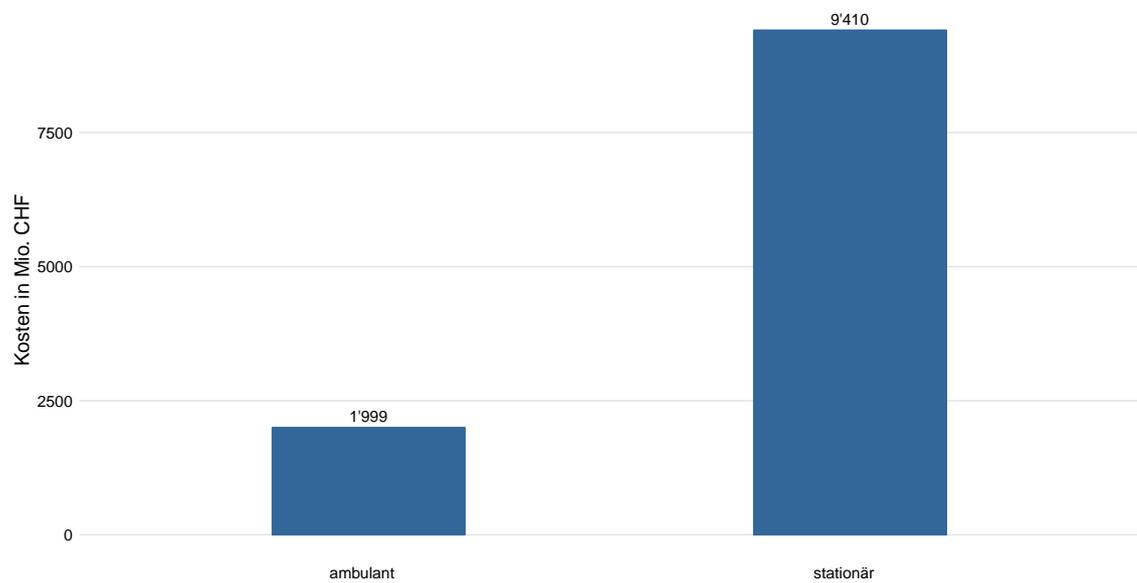
Aus den Daten einer Spitexorganisation haben wir folgende Informationen zu den Kosten der ambulanten Pflege: die durchschnittliche Interventionsdauer beträgt ca. 35 Minuten; die Kosten einer Intervention betragen rund 85 Franken.⁷ Gemäss unseren Daten beträgt die durchschnittliche Anzahl Einsätze pro Tag für die Pflegestufe 2 (20-40 Minuten) 1.6. Die von uns ausgewiesenen Fixkosten pro Tag müssen somit durch 1.6 dividiert werden. Damit resultiert für die Pflegestufe 2 ein Kostensatz von 76 Franken⁸ pro Intervention. Dieser Wert ist zwar geringer als die knapp 85

⁵ $199 = 130 \cdot (1.08 + 1.00)/2 + 64.$

⁶ $216 = 130 \cdot (1.08 + 0.91)/2 + 89.$

⁷die direkten Kosten einer Intervention betragen knapp 50 Franken und die indirekten Kosten ca. 35 Franken.

⁸ $35 \cdot 1.04 + 64/1.6 = 76.4.$

Abbildung 6 Gesamtkosten im Referenzszenario nach Anpassung

Die Gesamtkosten im Referenzszenario mit angepassten Kostensätzen (vgl. Tabelle 10) betragen CHF 11'408 Mio. pro Jahr. Die Modellkosten des Referenzszenarios entsprechen damit annähernd den Kosten gemäss amtlicher Statistik.

Quelle: Polynomics.

Franken basierend auf den Daten der Spitexorganisation, er liegt jedoch in einer vergleichbaren Grössenordnung.

8 Kosten im Wohn- und Pflegemodell 2030

Das Wohn- und Pflegemodell 2030 mit seinen drei Wohnformen (siehe Kapitel 4) führt an mehreren Stellen zu Veränderungen in den Modellparametern gegenüber dem Referenzszenario. Es verändert die Pflege- und Wegkosten, das Mengengerüst, die Nachfrage nach Pensionsleistungen und das Ausmass der informellen Pflege. Wie genau sich diese Modellparameter durch den Übergang vom Referenzszenario zum Wohn- und Pflegemodell 2030 verändern, ist mit Unsicherheiten behaftet. Wir haben auf der Grundlage mehrerer Expertengespräche (vgl. Anhang 10.1) ein mögliches Szenario für die Veränderung der Modellparameter festgelegt. Dieses Szenario fasst die parametrischen Anpassungen unseres Modells beim Übergang zum Wohn- und Pflegemodell 2030 zusammen, so dass wir anschliessend die Kosten für das Wohn- und Pflegemodell 2030 bestimmen und diese mit den Kosten des Referenzszenarios vergleichen können. In Abschnitt 8.6 untersuchen wir die Sensitivität dieser angenommenen Veränderungen auf die Kostenwirkung.

8.1 Veränderungen der Pflege-, Weg- und Pensionskosten

Gegenüber dem Referenzszenario mit seinen zwei Pflegeformen ambulant und stationär, weist das Wohn- und Pflegemodell 2030 die drei Pflegeformen angestammtes Wohnen, spezialisiertes Wohnen und betreutes Wohnen auf. Wir treffen folgende Annahmen für die Pflege- und Wegkosten im Szenario 2030:

- Die Pflege- und Wegkosten für das *angestammte Wohnen* entsprechen den Pflege- und Wegkosten der ambulanten Pflege im Referenzszenario.
- Pflege- und Wegkosten für das *spezialisierte Wohnen* entsprechen den Pflege- und Wegkosten der stationären Pflege im Referenzszenario.
- Die Pflegekosten für das *betreute Wohnen* entsprechen dem Durchschnitt der Pflegekosten der ambulanten und stationären Pflege im Referenzszenario (siehe Tabelle 4).
- Für die Wegkosten im *betreuten Wohnen* nehmen wir CHF 1 pro Einsatz an. Dies entspricht einer Zunahme um 100% gegenüber den Wegkosten im stationären Bereich im Referenzszenario.

Bei den Pensionsleistungen gehen wir von einem unveränderten Wertegerüst aus. Die Preise für Wohnung, Reinigung und Verpflegung halten wir konstant. Der Umfang der Leistungen kann sich jedoch ändern (vgl. Abschnitt 8.3).

8.2 Veränderungen der Anzahl Kunden

Die Gesamtzahl an Kunden bleibt im Szenario Wohn- und Pflegemodell 2030 gegenüber dem Referenzszenario unverändert. Damit schliessen wir Kostenveränderungen aus, die sich lediglich

aus einer Veränderung der Gesamtzahl an Kunden ergeben würde. Wir gehen somit weiterhin von durchschnittlich 115'223 Kunden pro Tag aus.⁹

Diese Gesamtkundenzahl muss nun jedoch auf die drei Wohnformen angestammte Wohnung, betreutes Wohnen und spezialisiertes Wohnen aufgeteilt werden. Für die Modellrechnungen haben wir die Gesamtkundenzahl entsprechend der Zuordnungsmatrix in Tabelle 11 den drei Wohnformen zugeordnet. Diese Matrix gibt an, mit welcher Wahrscheinlichkeit Kunden aus den Pflegeformen im Referenzszenario den Wohnformen im Wohn- und Pflegemodell 2030 zugeordnet werden.

Tabelle 11 Zuordnungsmatrix im Wohn- und Pflegemodell 2030

Pflegestufe Referenzszenario	angestammte Wohnungen	betreutes Wohnen	spezialisiertes Wohnen
ambulant, leicht	100	0	0
ambulant, mittel	80	20	0
ambulant, hoch	60	40	0
ambulant, sehr hoch	5	90	5
stationär, leicht	0	95	5
stationär, mittel	0	80	20
stationär, hoch	0	30	70
stationär, sehr hoch	0	0	100

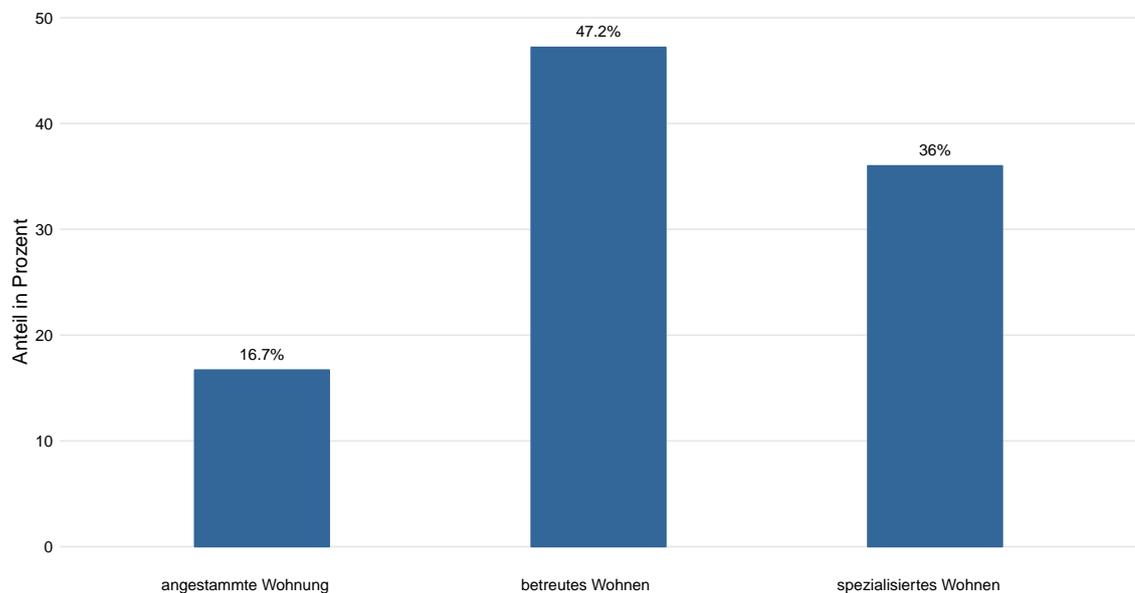
Die Tabelle gibt die Kundenallokation im Wohn- und Pflegemodell 2030 an. Die Werte geben an, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Kunde einer bestimmten Pflegeform im Referenzszenario (erste Spalte) einer der drei Wohnformen im Wohn- und Pflegemodell 2030 zugeordnet wird (Spalten zwei bis vier). Grundsätzlich gilt: je höher die Pflegestufe, desto zentrumsnaher die Wohnform. Von sämtlichen Personen, welche im Referenzszenario eine mittlere Pflegestufe haben und sich im Referenzszenario ambulant hätten pflegen lassen, wählen im neuen Modell beispielsweise 80% ihre angestammte Wohnungen und 20% das betreute Wohnen.

Quelle: Polynomics.

Wir gehen davon aus, dass Kunden mit sehr hohem Pflegebedarf, welche im Referenzszenario stationär gepflegt würden, im Szenario 2030 im spezialisierten Wohnen zu Hause sein werden. Ebenso gehen wir im Szenario 2030 davon aus, dass Kunden, welche im Referenzszenario ambulant gepflegt würden und eine leichte Pflegebedürftigkeit haben, auch in Zukunft in ihren angestammten Wohnungen verbleiben werden. Zwischen diesen beiden Extremen gilt: je höher die Pflegestufe, desto zentrumsnaher die gewählte Wohnform. Dabei unterstellen wir einen Status-quo-Bias: wer im Referenzszenario stationär gepflegt würde, wird auch im Wohn- und Pflegemodell 2030 eher zentrumsnah versorgt. Wer hingegen im Referenzszenario ambulant gepflegt würde, wird im Wohn- und Pflegemodell 2030 eher zentrumsfern versorgt. Diese Zuordnungsmatrix (Tabelle 11) führt zusammen mit der in Kapitel 7 präsentierten Verteilung der Kunden im Referenzszenario zum Mengengerüst des Szenarios Wohn- und Pflegemodell 2030 (vgl. Abbildung 7).

⁹Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass der Übergang zum Wohn- und Pflegemodell 2030 eine Mengenzunahme zur Folge haben wird. Ein Beispiel dafür liefert die Schnittstelle zur Akutsomatik: Hier konnte bereits gezeigt werden, dass eine bessere Koordination Mehrleistungen in der Pflege verursacht (Widmer u. a., 2017).

Abbildung 7 Verteilung der Kunden im Modell 2030 auf die Wohnformen (erwartetes Szenario)



Im Szenario Wohn- und Pflegemodell 2030 wird sich eine Mehrheit der Kunden für das betreute Wohnen entscheiden. In spezialisierten Institutionen finden sich Kunden mit sehr hohem Pflegebedarf der heutigen stationären Pflege und in den angestammten Wohnungen finden sich die Mehrheit der Kunden, welche im Referenzszenario ambulant betreut würde.

Quelle: Eigene Darstellung Polynomics.

8.3 Veränderung der nachgefragten Pensionsleistungen

Ein wesentliches Element des Wohn- und Pflegemodells 2030 ist die Entbündelung der Pensionsleistungen. Im Referenzszenario mussten die Kunden der stationären Pflege sämtliche Pensionsleistungen nachfragen. Dieser Zwangskonsum wird nun gelockert.

Der Bezug von Pensionsleistungen verändert sich bei denjenigen Personen, die im Szenarien 2030 in betreuten Wohnungen leben. Für Personen, welche im Szenario 2030 in der Pflegeform spezialisiertes Wohnen leben, nehmen wir an, dass sie analog zur stationären Pflege im Referenzszenario sämtliche Pensionsleistungen einkaufen. Für Personen, welche in ihrer angestammten Wohnung leben, nehmen wir dieselbe Nachfrage wie bei der ambulanten Pflege im Referenzszenario an (welche entsprechend von der Pflegestufe abhängt, siehe Tabelle 8).

Beim betreuten Wohnen hängt die Veränderung der Nachfrage nach Pensionsleistungen von der Pflegeform ab, welcher dieser Kunde im Referenzszenario zugeordnet war (vgl. Tabelle 12):

1. Entbündelung: War die Person im Referenzszenario in der stationären Pflege, dann sinkt die Nachfrage nach Pensionsleistungen: Im betreuten Wohnraum erbringen die Kunden gewisse Pensionsleistungen selbst.
2. Angebotsinduzierte Nachfrage: War die Person im Referenzszenario hingegen Kunde der ambulanten Pflege, so steigt die Nachfrage nach Pensionsleistungen beim Wechsel ins betreute Wohnen: Die unmittelbare Verfügbarkeit von Pensionsleistungen führt dazu, dass Kunden, welche in der ambulanten Pflege Pensionsleistungen selbst erbracht haben, diese im betreuten Wohnen nicht mehr selber erbringen, sondern einkaufen.

8.4 Veränderung der nachgefragten Pflegeleistungen

Die informelle Pflege durch Angehörige und Bekannte ist ein wichtiger Bestandteil der Pflege. Insbesondere in der ambulanten Pflege findet ein wesentlicher Teil der Betreuung und Pflege informell statt (Höpflinger & Hugentobler, 2005). Angehörige und Bekannte übernehmen in der ambulanten Pflege vor allem auch Betreuungsleistungen. Gemäss Schön-Bühlmann (2005, S. 280, Tabelle 7) leisten Verwandte und Bekannte Pflege- und Betreuungsdienste im Umfang von 28 Mio. Stunden pro Jahr. Demgegenüber verrechnete die Spitex im Jahr 2004 rund 11 Mio. Stunden.¹⁰ Gemäss diesen Zahlen entfallen somit ca. 70 Prozent der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste auf informelle Leistungen.

In unserer Analyse berücksichtigen wir zwar nicht die Kosten der informellen Pflege, wir berücksichtigen aber deren Auswirkung auf die nachgefragten Pflegeleistung. In unserem Modell gehen wir davon aus, dass Kunden, die von der stationären Pflege ins betreute Wohnen wechseln, einen

¹⁰Gemäss der Spitex-Statistik des Bundesamts für Statistik wurden 2004 6.3 Mio KLV-Stunden verrechnet. Die Pflegeleistungen machen gemäss Bundesamt für Statistik (BFS) (2015, S. 2) etwa 58% aller Arbeitsstunden von Spitex aus, so dass 2004 insgesamt ca. 11 Mio. Spitex-Stunden erbracht wurden.

Tabelle 12 Nachfrage nach Pensionsleistungen für das betreute Wohnen im Wohn- und Pflegemodell 2030 in Prozent

Pflegestufe	Referenzszenario	Essen	Reinigung	Wäsche
leicht	ambulant	66	66	66
	stationär	70	70	70
mittel	ambulant	66	66	66
	stationär	70	70	70
hoch	ambulant	66	66	66
	stationär	100	100	100
sehr hoch	ambulant	100	100	100
	stationär	100	100	100

Die Tabelle zeigt die prozentuale Nachfrage nach Pensionsleistungen für Personen, welche im Wohn- und Pflegemodell 2030 die Pflegeform betreutes Wohnen wählen. Die Nachfrage unterscheidet sich je nach Pflegestufe und Pflegeform, welche die Person im Referenzszenario gewählt hat (erste und zweite Spalte). Personen, welche im Wohn- und Pflegemodell 2030 das spezialisierte Wohnen wählen, fragen sämtliche Pensionsleistungen zu 100 Prozent nach. Personen, welche im Wohn- und Pflegemodell 2030 den angestammten Wohnraum wählen, fragen dieselbe Menge an Pensionsleistungen nach, wie Personen welche im Referenzszenario die ambulante Pflege wählen.

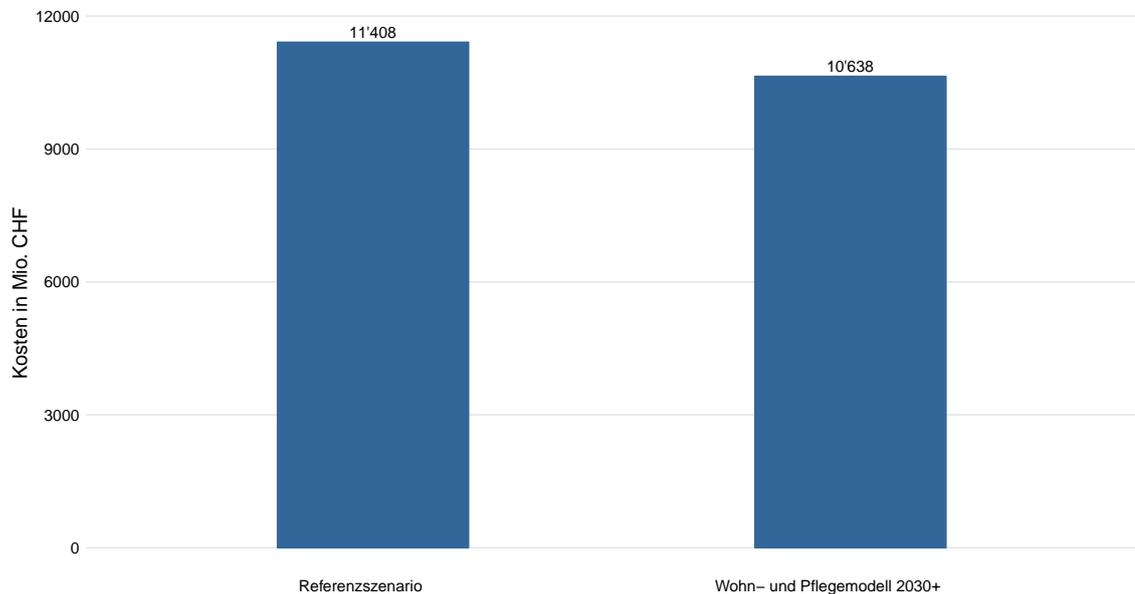
Quelle: Polynomics.

höheren Anteil informeller Pflege aufweisen werden. Dies reduziert ihre Nachfrage nach Pflegeleistungen gegenüber einer stationären Versorgung, bei der wir eine vernachlässigbar geringe Bedeutung der informellen Pflege annehmen. Wie hoch der Effekt ausfällt, können wir nicht direkt quantifizieren. Wir nehmen daher an, dass bei diesen Personen 30% der Pflege vom formellen in den informellen Bereich verlagert wird. Bei Kunden, die von der ambulanten Versorgung zum betreuten Wohnen wechseln, gehen wir von einem unveränderten Anteil informeller Pflege aus. Diese Kunden des betreuten Wohnens werden in gleichem Umfang von ihren Angehörigen und Bekannten betreut bzw. unterstützt wie im Referenzmodell.

8.5 Kostenwirkung des Wohn- und Pflegemodells 2030

Die oben durch den Übergang vom Referenzszenario zum Szenario 2030 erläuterten Veränderungen der Pflegekosten, der Wegkosten, des Mengengerüsts, der Nachfrage nach Pensionsleistungen und des Ausmasses informeller Pflege, führen zu einer Kostenabschätzung für das Wohn- und Pflegemodell 2030. Diese Kosten können den Kosten des Referenzmodells gegenübergestellt werden, um damit die Kostenwirkung des Modells 2030 beurteilen zu können. Das Ergebnis dieser Schätzung ist in Abbildung 8 zusammengefasst.

Das Wohn- und Pflegemodell 2030 weist mit CHF 10'638 Mio. geringere Kosten auf als das Referenzszenario. Im Vergleich zum Referenzszenario (CHF 11'408 Mio.) sind dies 6.8 Prozent oder

Abbildung 8 Vergleich der Gesamtkosten in den beiden Szenarien in Mio. CHF pro Jahr

Die Gesamtkosten des Wohn- und Pflegemodells 2030 betragen CHF 10'638 Mio. und liegen damit 6.8% unter den Kosten des Referenzszenarios.

Quelle: Polynomics.

rund CHF 771 Mio. Mit dem Übergang zu einem durchlässigen Pflegeprozess kann somit nicht nur der Nutzen der Kunden gesteigert werden. Es können vermutlich auch Kosten eingespart werden. Die Kostenwirkung des Wohn- und Pflegemodells 2030 sind dabei im Wesentlichen auf drei Faktoren zurückzuführen:

1. Verlagerung von stationär und ambulant in die neue Wohnform «betreutes Wohnen»
2. Entbündelung von Pensionsleistungen
3. Informelle Pflege

Das betreute Wohnen ist eine Mischform zwischen ambulanter und stationärer Pflege. Deshalb sind auch die Pflegekosten des betreuten Wohnens eine Mischung aus den Pflegekosten der ambulanten und stationären Pflege: Die variablen und fixen Kosten des betreuten Wohnens liegen zwischen den variablen und fixen Kosten der heute ambulanten und stationären Pflege. Das betreute Wohnen benötigt weniger Infrastruktur als die stationäre Pflege, jedoch mehr Infrastruktur als die ambulante Pflege. Auf der anderen Seite sind die variablen Pflegekosten im betreuten Wohnen höher als im stationären Bereich, weil der Koordinationsaufwand tendenziell steigt, ähnliches gilt für die Wegkosten.

Die Pensionskosten werden entbündelt und von den Kunden nach Bedarf nachgefragt. Im Wohn- und Pflegemodell 2030 müssen lediglich die Kunden des spezialisierten Wohnens sämtliche Pensionsleistungen beziehen. Die übrigen Kunden können individualisierte «Pensionsleistungsbündel» nachfragen. Dies senkt die Gesamtkosten relativ zum Referenzszenario.

Schliesslich fördert das betreute Wohnen relativ zum stationären Heimaufenthalt die informelle Pflege: Da die Bewohner weiterhin in einer voll ausgestatteten eigenen Wohnung leben, werden sie vermehrt von Angehörigen betreut oder gepflegt. Dies senkt die direkten Kosten.

8.6 Sensitivitätsanalyse

Die in Abschnitt 8.5 ausgewiesene Kostenwirkung zum Wohn- und Pflegemodell 2030 basiert auf mehreren Annahmen. Um abzuschätzen, wie sich alternative Annahmen auf das Ergebnis auswirken, haben wir zu den wichtigsten Modellannahmen Sensitivitätsrechnungen durchgeführt.

Die Ergebnisse zu den Sensitivitätsanalysen sind in Tabelle 13 dargestellt. Sie zeigen für verschiedene Modellanpassungen im Werte- und Mengengerüst die Kostenwirkungen des Wohn- und Pflegemodells 2030 gegenüber dem Referenzszenario. In der ersten Zeile ist dabei die Kostenwirkung des in Abschnitt 8.5 präsentierten Szenarios für das Modell 2030 dargestellt. Dieses dienen als Vergleichsgrösse für die nachfolgend aufgeführten Sensitivitätsanalysen zu den Pflegekosten, den Pensionskosten, den Wegkosten, den Pflegeleistungen und der Anzahl Kunden.

Die Sensitivitätsanalysen zeigen, dass das Szenario 2030 auch bei veränderten Parameterwerten eine kostensenkende Wirkung entfaltet. Das in Abschnitt 8.5 präsentierte Modell beruht, gemessen an den Kostenwirkungen, weder auf einem Minimal- noch auf einem Maximalszenario. Die relative (prozentuale) Kostenänderung zwischen Referenzszenario und Szenario 2030 wird nur unwesentlich durch die Skalierung der Pflege- und Wegkosten beeinflusst. Ebenfalls unwesentlich ist der Einfluss der Pensionskosten. Falls wir für die Mahlzeiten beispielsweise 45 statt 35 Franken pro Tag annehmen, steigt die Kosteneinsparung nur geringfügig. Die meisten Sensitivitätsanalysen zeigen Kostenwirkungen zwischen 6 und 7.5 Prozent.

Eine grosse Kostenwirkung entfaltet hingegen die Bedeutung der informellen Pflege. Falls bei Personen im betreuten Wohnen ein bedeutender Teil der Betreuung und Pflege durch Bekannte und Verwandte wahrgenommen wird, dann führt dies zu wesentlichen Einsparungen bei den direkten Kosten. Falls 60% statt 30% der Betreuung und Pflege in den informellen Bereich abwandern, dann Erhöhen sich die Kosteneinsparungen des Wohn- und Pflegemodells 2030 von 6.8% auf knapp 12%. Falls hingegen keine Verlagerung in den informellen Bereich stattfindet, dann sinken die Kosteneinsparungen auf knapp 2%.

Ein weitere zentraler Parameter des Modells sind die Mengenveränderungen. Die Kostenwirkung hängt wesentlich von der unterstellten Verlagerung von der bisherigen ambulanten und stationären Pflege hin zum betreuten Wohnen ab. Falls es zu keiner Mengenveränderung kommt, dann führt das Wohn- und Pflegemodell modellbedingt zu keinen Kosteneinsparungen. Falls es nur bei den stationären Kunden zu einer Verlagerung ins betreute Wohnen kommt, dann beträgt die Kosteneinsparung noch 5.3%. Falls es hingegen nur bei den ambulanten Kunden zu einer Verlagerung ins betreute Wohnen kommt, dann reduziert sich die Kosteneinsparung auf 1.4%.

Das Wohn- und Pflegemodell 2030 führt in allen Sensitivitätsanalysen zu Kosteneinsparungen. Dies hat auch damit zu tun, dass wir ein statisches Modell entwickelt haben, das die heutige Situa-

Tabelle 13 Sensitivitätsanalysen

Parameter	unterstellte Parameteränderung	Kostenwirkung	Differenz
Status quo	keine	-6.8%	0
variable Pflegekosten	Reduktion um 20%	-6.6%	0.2
variable Pflegekosten	Erhöhung um 20%	-6.9%	-0.1
variable Pflegekosten	ambulant gleich wie stationär	-7.0%	-0.2
fixe Pflegekosten	Reduktion um 20%	-6.0%	+0.8
fixe Pflegekosten	Erhöhung um 20%	-6.6%	+0.2
Pensionskosten Verpflegung	45 statt 35 Franken	-6.9%	-0.1
informelle Pflege	0% statt 30%	-1.8%	+5.0
informelle Pflege	60% statt 30%	-11.7%	-4.9
Wegkosten betreutes Wohnen	Erhöhung um 20%	-6.1%	+0.7
Wegkosten betreutes Wohnen	Reduktion um 20%	-7.4%	-0.6
Mengenveränderung	keine Veränderung bei ambulanten Kunden	-5.3%	+1.5
Mengenveränderung	keine Veränderung bei stationären Kunden	-1.4%	+5.4

Die in Abschnitt 8.5 ausgewiesene Kostenwirkung hängt von den getroffenen Annahmen ab. Die Sensitivitätsanalysen in der Tabelle zeigen wie die Kostenwirkung ausfallen würde (3. Spalte), falls wir für einzelne Modellparameter andere Werte angenommen hätten. Den grössten Einfluss haben die Parameter zur informellen Pflege sowie die angenommene Mengenwirkung hin zum betreuten Wohnen.

Quelle: Polynomics.

tion mit alternativen Versorgungsstrukturen modelliert. In einem dynamischen Modell, das weiterführende Änderungen in der Mengenstruktur zulassen würde, könnten folgenden Komponenten dazukommen, welche auch gewisse Mehrkosten mit sich führen könnten:

- *Anpassungskosten:* Wir führen komparativ statische Modellbetrachtung durch und vernachlässigen Kosten, die durch den Übergang von der heutigen Pflege zum Wohn- und Pflegemodell 2030 anfallen. Da das neue Pflegemodell eine angepasste Infrastruktur, mit einem um ein Gesundheitszentrum organisierten Ökosystem bedingt, werden nicht unwesentliche Anpassungskosten anfallen. Diese sind einmalig und haben keinen wiederkehrenden Charakter.
- *Zunahme neuer Leistungen (z. B. Case Management):* Bei den internationalen Referenzmodellen in Abschnitt 4.3 konnte aufgezeigt werden, dass das Case Management ein zentraler Erfolgsfaktor darstellt. Wir haben in unserem Modell das Case Management basierend auf den heutigen Strukturen modelliert und keine dynamischen Anpassungen vorgenommen. Falls das Case Management wichtiger wird, dann führt dies zu Mehrleistungen, die im Modell noch nicht mitberücksichtigt sind.
- *Angebotsinduzierte Nachfrage:* In unserem Modell haben wir die Kostensituation ohne Einfluss des Finanzierungskonzepts modelliert. Dabei haben wir unterstellt, dass der Anteil der informellen Pflege im betreuten Wohnen gleich bleibt wie bei der ambulanten Pflege. Sobald

jedoch äussere Umstände (z.B. aufgrund von finanziellen Anreizen) dazu führen, dass im betreuten Wohnen mehr Leistungen angeboten werden, dann kann dies entgegen der obigen Darstellungen zu Mehrkosten führen.¹¹

¹¹Die hier beschriebene angebotsinduzierte Nachfrage ist von der in Abschnitt 8.3 beschriebenen zu differenzieren. Wir beziehen uns hier nicht auf die angebotsinduzierte Nachfrage bei Pensionsleistungen, sondern bei Pflegeleistungen.

9 Schlussfolgerungen

Ausgangspunkt bei der Entwicklung des Wohn- und Pflegemodell 2030 ist der Nutzegedanke. Das künftige Pflegesystem soll sich stärker an den Bedürfnissen der Kunden ausrichten und die Veränderung in der Bevölkerungsstruktur berücksichtigen. Gemäss Curaviva wird der Betreuungsbedarf relativ zum Pflegebedarf zunehmen. Ein wesentlicher Grund dafür ist die Alterung der Gesellschaft und die damit einhergehende Zunahme von Demenzerkrankungen. Aufgrund der gesellschaftlichen Entwicklung wird zudem der Anteil alleinstehender Personen zunehmen. Dadurch steigt die Nachfrage nach Betreuung und der Bedarf nach einer Einbettung in soziale Strukturen.

Die im Wohn- und Pflegemodell 2030 skizzierte Neugestaltung der Pflege wird heute bereits national und international zumindest teilweise umgesetzt. Zu den Erfolgsfaktoren zählen ein durchgehender Pflegeprozess und eine enge Koordination und Betreuung der Kunden (Case Management). Die Durchlässigkeit des Pflegeprozesses wird insbesondere durch das betreute Wohnen erreicht.

Obwohl eine Quantifizierung des Nutzens des Wohn- und Pflegemodells 2030 nicht vorliegt, scheint ein Nutzegewinn unbestritten zu sein. Um zu bestimmen mit welchem Vorzeichen bezüglich Kostenwirkung zu rechnen ist, haben wir ein Kostenmodell entwickelt. Unser Modell beruht auf vier Kernelementen: variable Pflegekosten, fixe Pflegekosten, Wegkosten und Pensionskosten. Die Kostenwirkung entsteht durch eine Veränderung der Pflege- und Wegkosten, durch eine Entbündelung der Pensionskosten und durch eine Mengenveränderung. Letztere entsteht durch die Einführung des betreuten Wohnens, welches Kunden aus der heutigen ambulanten und stationären Pflege aufnimmt.

Unsere Analyse zeigt auf, dass beim Übergang von der heutigen, in ambulant und stationär segmentierte Pflege zu einem einheitlichen System mit differenzierten Wohnformen, nicht mit höheren Kosten zu rechnen ist. Tendenziell sind eher Kosteneinsparungen zu erwarten. Die Analyse fokussiert dabei auf die direkten monetären Kosten und vernachlässigt allfällige Kosten, welche während einer Übergangsphase bei der Anpassung der Infrastruktur anfallen.

Unsere Analyse der Kostenwirkung wurde bewusst von der Finanzierungsfrage losgelöst. Es ist jedoch offensichtlich, dass der Übergang zu diesem neuen Pflegemodell eine Vereinheitlichung der Finanzierung bedingt. Im neuen Modell existiert keine klare Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Pflege mehr. Bereits heute bereiten die unterschiedlichen Finanzierungssysteme Schwierigkeiten. Bei Pflegeheimen, die bereits betreutes Wohnen oder ähnliche Dienstleistungen erbringen, erscheint eine Zuordnung des Kunden zur stationären oder ambulanten Pflege – und damit zu einer pauschalen Vergütung oder Einzelleistungsvergütung – arbiträr. Die Fallbeispiele in Anhang 10.2 veranschaulichen die Problematik des heutigen Finanzierungssystems.

Die Chancen, die sich aus einem Übergang zum Wohn- und Pflegemodell 2030 ergeben, lassen sich nur durch eine Reform des Finanzierungssystems realisieren. Das neue Finanzierungssystem muss die Durchlässigkeit der Pflege- und Betreuungsformen berücksichtigen und die Schnittstellen zu Leistungserbringern ausserhalb der Pflege möglichst friktionslos einbinden. Schliesslich sollte das Finanzierungssystem die Anreize der beteiligten Akteure zur Mengenausweitung (angebotsinduzierte Nachfrage) minimieren, da sonst die in unserer Analyse identifizierten Kosteneinsparungspotenziale ungenutzt bleiben oder sich sogar ins Gegenteil verkehren.

10 Anhang

10.1 Expertengruppe

Während der Projektarbeit wurde Polynomics von einer Expertengruppe begleitet. Wir danken den Mitgliedern herzlich für Ihre Engagement im Rahmen zweier Workshops, Unterstützung bei fachlichen Fragen und bei der Bereitstellung von Daten:

- Christina Affentranger, Geschäftsleitung, Curaviva Schweiz
- Marco Borsotti, Vorstand, Curaviva Schweiz
- Ralph Bürge, Geschäftsführer, Lindenhof Oftringen
- Daniel Domeisen, Gesundheitsökonomie, Curaviva Schweiz
- Alard du Bois-Reymond, Vorsitzender der Geschäftsleitung, Thurvita AG
- Noldi Hess, Heimleiter, Fläckematte

10.2 Kostenwirkungen des Finanzierungssystems

Eine pflegebedürftige Person kann im heutigen System entweder ambulant oder stationär versorgt werden. Je nachdem, mit welcher Pflegeform die Person versorgt wird, kommen unterschiedliche Finanzierungssysteme zum tragen. Wird die Person ambulant mit Spitexleistungen versorgt, dann werden die Pflegeleistungen gemäss tatsächlich anfallendem Aufwand vergütet. Wird dieselbe Person jedoch stationär versorgt, dann werden die Aufwendungen pauschal abgegolten. Die Person wird dazu gemäss ihrem Pflegebedarf einer Pflegestufe zugeordnet. Unabhängig von der tatsächlich erbrachten Pflegeleistung erhält das Pflegeheim eine Vergütung entsprechend der Pflegestufe.

Diese unterschiedlichen Systeme führen nicht nur zu systematisch anderen Anreizen für die Leistungserbringer, sie können bei demselben Kunden (mit exakt den gleichen Pflegebedürfnissen) auch zu markant unterschiedlichen Vergütungen führen, je nachdem ob die Leistungserbringung ambulant oder stationär erfolgt. Wir illustrieren dies anhand zweier konkreter Fallbeispiele des Lindenhofs in Oftringen (AG).

Der Lindenhof bietet stationäre und mit der privaten Spitex Lindenpark auch ambulante Pflege an. Die Kunden A und B werden vom Lindenpark ambulant versorgt. Anhand der individuellen Massnahmenplanung der Spitex können die beiden Kunden der entsprechenden RAI-NH-Stufe¹² der stationären Pflege zugeordnet werden. Kunde A ist gemäss seiner Massnahmenplanung der RAI-Stufe 2 zugeordnet und Kundin B gemäss ihrer Massnahmenplanung der RAI-Stufe 12. Damit kann einerseits für jeden Kunden die Vergütung berechnet werden, die sich aus dem ambulanten Finanzierungssystem ergibt und andererseits die Vergütung aus dem stationären Finanzierungssystem.

¹²RAI-NH = RAI nursing home. RAI = Resident Assessment Instrument.

Tabelle 14 Stundensätze in Franken

Art der Pflegeleistung	Versicherer	öffentliche Hand
Abklärung und Beratung	79.80	21.00
Untersuchung und Behandlung	65.40	26.10
Grundpflege	54.60	26.40

Stundentarife der Versicherer gemäss KLV 7a Abs. 1. Stundentarif der öffentlichen Hand gemäss der kantonalen Tarifordnung des Kantons Aargau.

Quelle: Lindenhof. Eigene Darstellung Polynomics.

Tabelle 15 Effektive Pflegeleistungen in Stunden pro Jahr

Art der Pflegeleistung	Kunde A	Kundin B
Abklärung und Beratung	6.68	32.34
Untersuchung und Behandlung	154.43	445.67
Grundpflege	18.09	0.83

Die Tabelle gibt die während dem Jahr 2016 erbrachten Pflegeleistungen der Spitex Lindenpark in Anzahl Stunden zu Gunsten von Kunde A und Kundin B an.

Quelle: Lindenhof. Eigene Darstellung Polynomics.

Tabelle 16 Durchschnittliche Vergütung pro Tag in Franken

Kostenträger	Kunde A: stationär	Kunde A: ambulant	Kundin B: stationär	Kundin B: ambulant
Versicherer	18.00	31.75	108.00	86.81
öffentliche Hand	0.00	12.71	167.90	33.70
Kunde	13.70	6.19	21.60	11.62
Total	31.70	50.65	297.5	132.13

Die Tabelle zeigt die anhand der Stundensätzen in Tabelle 14 und den erbrachten Pflegeleistungen gemäss Tabelle 15 berechnete durchschnittliche Vergütung für die beiden Kunden in Abhängigkeit der Pflegeform (ambulant oder stationär). Die durchschnittliche Vergütung, welche vom Kunden selbst getragen wird (Patientenbeteiligung) ergibt sich aus den einzelnen Pflegeeinsätzen welche gemäss KLV 7a Abs. 1 20% pro rata temporis (maximal CHF 15.95 pro Tag) beträgt. Die Vergütung fällt für Kunde A bei der stationären Pflege niedriger aus und für Kundin B bei der ambulanten Pflege. Bei Kundin B macht dies pro Jahr einen Unterschied von CHF 60'360 aus.

Quelle: Lindenhof. Eigene Darstellung Polynomics.

Tabelle 14 zeigt die Stundentarife der Versicherer und der öffentlichen Hand im Kanton Aargau pro Pflegeleistung, Tabelle 15 gibt die von der Spitex Lindenpark im Jahr 2016 erbrachten Pflegeleistungen zu Gunsten der beiden Kunden an. Damit kann die durchschnittliche Vergütung pro Tag in der ambulanten Pflege berechnet werden. Aufgrund der der Zuteilung der Kunden in die ent-

sprechenden RAI-NH-Stufen kann auch die Vergütung pro Tag in der stationären Pflege berechnet werden (vgl. Tabelle 16).

Misst man die Kosten der Pflege an der Vergütung durch das jeweilige Finanzierungssystem, dann werden diese wesentlich durch die Pflegeform beeinflusst. Tabelle 16 zeigt, dass Kunde A deutlich geringere Vergütungen verursacht, falls er stationär statt ambulant versorgt wird (CHF 18.95 pro Tag oder CHF 6'917 pro Jahr), obwohl er in beiden Fällen dieselbe Pflege erhält. Kundin B verursacht hingegen deutlich geringere Vergütungen, wenn sie ambulant statt stationär gepflegt wird (CHF 165.37 pro Tag oder CHF 60'360 pro Jahr). Auch sie erhält in beiden Fällen dieselbe Pflege und verursacht damit auch dieselben Kosten. Diese beiden Fallbeispiele verdeutlichen den Einfluss des Finanzierungssystems auf die Vergütungen. Die tatsächlichen Pflegekosten können daher nicht an diesen Vergütungen gemessen werden.

10.3 Datenquellen zu den Kosten der Pensionsleistungen

10.3.1 Wohnen

Ausgangslage bilden die folgenden beiden Kennzahlen:

- Miete (inkl. Nebenkosten) gemäss Kostenrechnung unseres Beispielheim: CHF 1'060
- Der durchschnittliche Mietpreis betrug 2014 in der Schweiz für eine Zweizimmerwohnung 1'051 Franken exklusive Nebenkosten¹³

Die Wohnkosten im Beispielheim sind somit vergleichbar mit den Mietkosten, die anfallen würden, falls ein Kunde ambulant statt stationär betreut wird. Wir gehen somit von einer Miete von CHF 1'060 pro Monat aus, was uns bei 30 Tagen pro Monat im Schnitt auf Kosten von rund CHF 35 pro Tag bringt.

Die effektiven Mietkosten der Kunden könnten zwar aufgrund langjähriger Mietdauer oder Besitzverhältnisse niedriger sein als die aktuellen Marktmieten. Wir vernachlässigen diese Tatsache jedoch, da die Kunden grundsätzlich ihre bestehende Wohnung zu Marktpreisen weitervermieten und sich selber eine zu 2.5 Zimmerwohnung mieten könnten.

10.3.2 Verpflegung

Ausgangslage bilden die folgenden beiden Kennzahlen:

- Gemäss Kostenrechnung des Beispielheimes betragen die Kosten für die Verpflegung 35 Franken pro Tag und Person. Darin enthalten sind sowohl Materialkosten wie auch Kosten für die Zubereitung der Speisen.

¹³Hauseigentümerverband Schweiz: <http://www.hev-schweiz.ch/vermieten/statistiken/mietpreise/durchschnittliche-mietpreise/>

- Gemäss [budgetberatung.ch](http://www.budgetberatung.ch)¹⁴ benötigt eine Einzelperson zwischen CHF 400 und 500 für Nahrungsmittel und Getränke pro Monat. Dies entspricht täglichen Kosten von ca. CHF 15 (Materialkosten).

Dadurch resultieren einerseits Materialkosten von CHF 15 pro Person und Tag und zusätzlich CHF 20 pro Person und Tag, falls die Dienstleistung der Essenszubereitung ebenfalls als Pensionsleistung bezogen wird.

10.3.3 Reinigung und Wäsche

Ausgangslage bilden die folgenden beiden Kennzahlen:

- Gemäss Kostenrechnung des Beispielheimes betragen die Kosten für Reinigung CHF 9 pro Tag und Person
- Gemäss Kostenrechnung des Beispielheimes betragen die Kosten für Wäsche CHF 3 pro Tag und Person.

Werden Reinigung und Wäsche selbst erbracht, dann verursacht dies im wesentlichen Opportunitätskosten und keine direkten Kosten. Die Infrastrukturkosten sind bereits in den Mietkosten enthalten und die Materialkosten sind für die vorliegende Studie vernachlässigbar.

10.4 Berechnung der Anzahl Kunden ambulant und stationär

10.4.1 Berechnungen zu den Kunden in Pflegeheimen

Aus der sozialmedizinischen Statistik 2014 können wir die Anzahl *Pflegetage* in einem Jahr differenziert nach RAI-Pflegestufe herauslesen (ein Kunde an einem Tag = ein *Pflegetag*). Dividieren wir diese Zahl durch 365, erhalten wir die durchschnittliche Anzahl Kunden pro Tag im Jahr 2014. 2014 resultieren so bei 32'138'961 *Pflegetagen* schweizweit auf total 88'052 Kunden (Bundesamt für Statistik (BFS), 2016b, Tabelle 4-A).

Mit Hilfe der sozialmedizinischen Statistik können wir zugleich (nach analogem Vorgehen) die Anzahl *Pflegetage* pro Pflegestufe (siehe Abschnitt 6.2.2) und daraus nach dem gleichen Vorgehen wie oben die durchschnittliche Anzahl Kunden je Pflegestufe (leicht, mittel, hoch, sehr hoch) bestimmen. Dies ergibt uns in Relation zur Gesamtanzahl der Kunden die in Abschnitt 7.1 dargestellte Verteilung für den stationären Bereich.

¹⁴Siehe <http://www.budgetberatung.ch/>.

10.4.2 Berechnungen zu den Kunden im ambulanten Bereich

Für den ambulanten Bereich sind keine zum stationären Bereich vergleichbaren Informationen verfügbar, die eine direkte Berechnung der durchschnittlichen Kunden ermöglichen würde. Zwar sind Informationen zur Anzahl Kunden und zu den total geleisteten Pflegestunden verfügbar (Bundesamt für Statistik (BFS), 2016c), diese Informationen alleine sind aber nicht ausreichend: Ein Kunde muss nicht jeden Tag Leistungen beziehen und kann Leistungen über einen unterschiedlich langen Zeitraum beziehen.

Die durchschnittliche Anzahl Kunden müssen wir also über einen Umweg herleiten, in dem wir zusätzlich die Anzahl Einsätze pro Kunde und die durchschnittliche Einsatzzeit pro Einsatz in die Berechnungen miteinbeziehen. Wir gehen dazu in drei Teilschritten vor:

1. Wir dividieren die total geleisteten Pflegestunden der Spitex im Jahr 2014 durch 365. Dadurch erhalten wir die durchschnittlich geleisteten Pflegestunden pro Tag. Als Datenquelle berücksichtigen wir hierfür Daten des Bundesamts für Statistik, die für 2014 18'115'097 Pflegestunden aufzeigen (Bundesamt für Statistik (BFS), 2016d).
2. Wir dividieren die durchschnittlich geleisteten Pflegestunden pro Tag durch die durchschnittliche Einsatzzeit pro Einsatz. Dadurch erhalten wir eine Annäherung zur durchschnittlichen Anzahl Einsätze pro Tag. Für diese Kennzahl stützen wir uns auf Informationen der Spitex Bern, die für 2014 durchschnittliche Einsatzzeiten pro Einsatz von 0.61 Stunden aufzeigen (Stadt Bern, 2017).
3. Wir dividieren die Kennzahl zur durchschnittlichen Anzahl Einsätze pro Tag durch die durchschnittliche Anzahl Einsätze pro Kunde. Dadurch erhalten wir die durchschnittliche Anzahl Kunden pro Tag. Auf Grund fehlender öffentlicher Statistiken beziehen wir diesen Wert aus früheren Studien von Polynomics (rund 3.5 Einsätze pro Tag und Kunde).

Aus diesen drei Komponenten lässt sich die durchschnittliche Anzahl Kunden an einem Tag berechnen. Sie beläuft sich auf rund 23'171. Auf Basis dieser Zahlen können wir abschliessend unter Einbezug von weiteren Erhebungen eine Verteilung auf die Pflegestufen vornehmen. Wir stützen uns dazu auf die Studie von Höpflinger aus dem Jahr 2011. Dort finden wir eine Schätzung zum prozentualen Anteil von Männern und Frauen «ohne», «mit leichter», «mit mittlerer» und «mit erhöhter» Pflegebedürftigkeit nach Altersstufe (siehe Höpflinger u. a., 2011, Tableau 7).

11 Literaturverzeichnis

Alter und Soziales e.V., 2007a. KAA - Pflege- und Wohnberatung. Alters- und Pflegeheim Schenkenbergertal, Ahlen.

Alter und Soziales e.V., 2007b. Anlage 2 zum Bericht der KAA - Pflege- und Wohnberatung Qualitätshandbuch Qualitätsstandards Arbeitsinstrumente Stand Juni 2007. Alters- und Pflegeheim Schenkenbergertal, Ahlen.

Alter und Soziales e.V., 2007c. Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen. Ahlen.

Bundesamt für Statistik (BFS), 2016a. Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Bundesamt für Statistik (BFS), 2016b. Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2014 - Standardtabellen Definitive Resultate. Bundesamt für Statistik BFS, Neuchâtel.

Bundesamt für Statistik (BFS), 2016c. Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause. Spitex: Synthese nach Kanton 2011 - 2015.

Bundesamt für Statistik (BFS), 2016d. Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause. Spitex: Stunden pro Klient/in 2000 - 2015.

Bundesamt für Statistik (BFS), 2015. Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause - Ergebnisse 2014: Zahlen und Trends. BFS Aktuell.

Cosandey, J., & Kienast, K., 2016. Neue Massstäbe für die Alterspflege. Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe.

Höpflinger, F., & Hugentobler, V., 2005. Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter: Perspektiven für die Schweiz, 1. Aufl. ed, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Huber, Bern.

Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., & Zumbrunn Kohler, A., 2011. La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée: scénarios actualisés pour la Suisse, 1. éd. ed, Cahiers de l'Observatoire de la Santé. Huber, Bern.

Li, G., Phillips, C., & Weber, K., 2009. On Lok: A Successful Approach to Aging at Home. *HealthcarePapers* 10, 44–51. doi:10.12927/hcpap.2009.21222

Lindenhof, S.A., 2014. Jahresbericht 2014. Stiftung Alterszentrum Lindenhof, Oftringen.

Rothgang, H., Müller, R., & Unger, R., 2012. Themenreport Pflege 2030. Was ist zu erwarten was ist zu tun? Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Schön-Bühlmann, J., 2005. Unbezahlte Pflegeleistungen von Privatpersonen und -haushalten. *Soziale Sicherheit* 274–280.

Stadt Bern, 2017. Spitex Bern: Klientinnen und Klienten, Einsätze und eingesetzte Stunden, Personal und Stellen 2013 und 2014.

Vettori, A., Trageser, J., & Iten, R., 2007. Pflegefinanzierung: Ermittlung der Pflegekosten. Infrac.

Wächter, M., & Künzi, K., 2011. Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive: Kurzstudie. BASS.

Widmer, P., Hochuli, P., Telser, H., Reich, O., & Früh, M., 2017. Erwünschte und unerwünschte Optimierungen von Leistungsmengen und -verlagerungen im stationären Spitalbereich: 2. Teilstudie zur Leistungsverlagerungen unter SwissDRG. Polynomics, Olten.