

# Pflege im Alter

**Pilotstudie**

Studie im Auftrag von Spitex Bern, Domicil Bern und Diakonissenhaus Bern

**Schlussbericht**

**6. September 2007**

---

**ECOPLAN**

Forschung und Beratung  
in Wirtschaft und Politik

CH - 3005 Bern, Thunstrasse 22  
CH - 6460 Altdorf, Postfach

[www.ecoplan.ch](http://www.ecoplan.ch)  
[info@ecoplan.ch](mailto:info@ecoplan.ch)

**n | w**

Fachhochschule  
Nordwestschweiz

CH- 4601 Olten,  
Riggenbachstrasse 16

[www.fhnw.ch](http://www.fhnw.ch)

## Impressum

Autor: Ecoplan / FHNW  
Titel: Pflege im Alter  
Ort: Bern  
Jahr: 2007

### Steuergruppe

Maya Andrey, Diakonissenhaus Bern  
Rahel Gmür, Spitex Bern  
Heinz Hänni, Domicil Bern  
Marcel Rüfenacht, Spitex Bern

### Projektteam Ecoplan

Heini Sommer  
Michael Marti

### Projektteam FHNW Nordwestschweiz

Christoph Minnig  
Beat Uebelhart

Der Bericht gibt die Auffassung der Autoren wieder, die nicht notwendigerweise mit derjenigen der Auftraggeber oder der Steuergruppe übereinstimmen muss.

#### Ecoplan

Forschung und Beratung  
in Wirtschaft und Politik

[www.ecoplan.ch](http://www.ecoplan.ch)

Thunstrasse 22  
CH - 3005 Bern  
Tel +41 31 356 61 61  
Fax +41 31 356 61 60  
[bern@ecoplan.ch](mailto:bern@ecoplan.ch)

Postfach  
CH - 6460 Altdorf  
Tel +41 41 870 90 60  
Fax +41 41 872 10 63  
[altdorf@ecoplan.ch](mailto:altdorf@ecoplan.ch)

#### Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW)

Institut Personalmanagement und Organisation  
Institut Beratung, Coaching und Sozialmanagement

[www.fhnw.ch](http://www.fhnw.ch)

Riggenbachstrasse 16  
CH-4600 Olten  
Tel +41 848 821 011  
Fax +41 62 286 00 90  
[ccc@fhnw.ch](mailto:ccc@fhnw.ch)

## Inhaltsübersicht

	<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>2</b>
	<b>Kurzfassung.....</b>	<b>4</b>
<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>Die Pflegesituation im Alter .....</b>	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>Systeme zur Bedarfsabklärung und zur Einstufung .....</b>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>Vergleichskonzept für unterschiedliche Leistungen und Kosten.....</b>	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>Auswertung der Fallbeispiele und Ergebnisse .....</b>	<b>24</b>
<b>6</b>	<b>Kostenvergleich zwischen Spitex und Heimorganisationen.....</b>	<b>33</b>
<b>7</b>	<b>Inhaltliche und methodische Schlussfolgerungen.....</b>	<b>48</b>
<b>8</b>	<b>Anhang A: Am Projekt beteiligte Organisationen.....</b>	<b>51</b>
<b>9</b>	<b>Anhang B: Pflegeordnung für Pflegeheime im Kanton Bern .....</b>	<b>53</b>
<b>10</b>	<b>Anhang C: Das RAI-System im Detail .....</b>	<b>54</b>
<b>11</b>	<b>Anhang D: Tätigkeiten im BESA-System.....</b>	<b>58</b>
<b>12</b>	<b>Anhang E: Fallbeschreibungen .....</b>	<b>59</b>
	<b>Literatur.....</b>	<b>60</b>

# Inhaltsverzeichnis

	<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>2</b>
	<b>Kurzfassung.....</b>	<b>4</b>
<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>8</b>
1.1	Ausgangslage und Zielsetzung der Studie .....	8
1.1.1	Ausgangslage .....	8
1.1.2	Ziele.....	8
1.2	Kurzpräsentation des Untersuchungsdesigns .....	9
1.3	Beteiligte Akteure .....	10
1.4	Grenzen der Studie .....	10
1.5	Aufbau der Studie .....	11
<b>2</b>	<b>Die Pflegesituation im Alter .....</b>	<b>12</b>
2.1	Ausgangslage .....	12
2.2	Teilmärkte in der Alterspflege .....	13
2.3	Pflegeheime und Spitex: Partner bei alternativen Pflegeformen .....	15
<b>3</b>	<b>Systeme zur Bedarfsabklärung und zur Einstufung .....</b>	<b>16</b>
3.1	BESA.....	16
3.2	RAI-System .....	18
3.3	Spitex Stadt Bern .....	18
<b>4</b>	<b>Vergleichskonzept für unterschiedliche Leistungen und Kosten.....</b>	<b>20</b>
4.1	Analyse der Vergleichbarkeit .....	20
4.2	Methodisches Vorgehen zum Vergleich über Fallbeschreibungen.....	21
<b>5</b>	<b>Auswertung der Fallbeispiele und Ergebnisse .....</b>	<b>24</b>
5.1	Grundlegendes zu den Daten der Fallbeispiele.....	24
5.2	Auswertung der untersuchten Pflegefälle .....	24
5.2.1	Gesamtvergleich über alle drei Organisationen.....	24
5.2.2	Detaillierte Betrachtung der effektiven Pflegezeitunterschiede .....	25
5.2.3	Vergleich zwischen effektiven und verrechenbaren Pflegezeiten bei den Heimorganisationen .....	28
5.2.4	Berechnung eines durchschnittlichen Pflegezeitbedarfs pro Fall über alle Organisationen.....	29
5.3	Von der Spitex als „schwierig“ beurteilte Fälle.....	30

<b>6</b>	<b>Kostenvergleich zwischen Spitex und Heimorganisationen.....</b>	<b>33</b>
6.1	Vergleichskonzept.....	33
6.1.1	Grundsatz.....	33
6.1.2	Datenanforderungen und Datenverfügbarkeit.....	34
6.1.3	Kostenvergleich im Rahmen des Pilotprojektes.....	35
6.2	Vergleich Pflegekosten .....	35
6.3	Vergleich Gesamtkosten .....	39
6.3.1	Verwendete Eckwerte .....	39
6.3.2	Ergebnisse .....	41
6.4	Finanzierung der Kosten bzw. Kostenträger.....	44
<b>7</b>	<b>Inhaltliche und methodische Schlussfolgerungen.....</b>	<b>48</b>
7.1	Inhaltliche Schlussfolgerungen .....	48
7.2	Methodische Schlussfolgerungen .....	49
<b>8</b>	<b>Anhang A: Am Projekt beteiligte Organisationen.....</b>	<b>51</b>
8.1	Spitex Stadt Bern .....	51
8.2	Domicil Bern.....	51
8.3	Diakonissenhaus Bern .....	52
<b>9</b>	<b>Anhang B: Pflegeordnung für Pflegeheime im Kanton Bern .....</b>	<b>53</b>
<b>10</b>	<b>Anhang C: Das RAI-System im Detail .....</b>	<b>54</b>
<b>11</b>	<b>Anhang D: Tätigkeiten im BESA-System.....</b>	<b>58</b>
<b>12</b>	<b>Anhang E: Fallbeschreibungen .....</b>	<b>59</b>
	<b>Literatur.....</b>	<b>60</b>

## Kurzfassung

### Fragestellung und Zielsetzung

Gegenwärtig wird in der Schweiz eine Revision der Finanzierung in der Alterslangzeitpflege diskutiert. Die wichtigsten Anbieter in diesem Segment sind Spitex-Organisationen, Alters- und Pflegeheime sowie Spitäler mit einer geriatrischen Abteilung. Diese Anbieter sowie nationale und kantonale Behörden sind interessiert, möglichst viele Informationen zu den Angeboten, Kosten und deren Finanzierung zu erhalten. Die Anbieter sind interessiert, weil sie damit ihre eigene Positionierung innerhalb der Alterspflege überprüfen können. Für die nationalen und kantonalen Behörden ist die Kenntnis von Angeboten, Kosten und Finanzierung wichtig, um mittels der laufenden Gesetzesrevision und finanziellen Anreizen eine optimale Betreuung bei gleichzeitig beschränkten Ressourcen sicherzustellen.

Bedeutsam ist dabei, dass die Alterspflege sehr unterschiedliche Bedürfnisse umfassen kann. Je nach betreuter Person und betreuender Organisation werden unterschiedliche Dienstleistungen erbracht, von der Pflege über die Betreuung und Unterhaltung bis hin zu Pensionsleistungen wie Wohnen und Essen. Soll ein Kostenvergleich zu aussagekräftigen Ergebnissen kommen, sind diese Unterschiede in den erbrachten Dienstleistungen zu berücksichtigen.

Die vorliegende Pilotstudie ist auf diesen Kostenvergleich fokussiert mit dem Wissen, dass die Wahl eines geeigneten Anbieters auch durch andere Komponenten wie z.B. Nutzen einer Pflege zu Hause, soziales Umfeld, altersgerechte Wohnung usw. stark beeinflusst wird.

Ziel der Pilotstudie ist es aufzuzeigen, mit welchem methodischen Ansatz sich ein fairer Kostenvergleich auf der Basis „vergleichbarer“ Dienstleistungen der Heim- bzw. der Spitex-Organisationen durchführen lässt. Nebst dem Vergleich der Pflegekosten soll auch ein Vergleich auf der Ebene der gesamten volkswirtschaftlichen Kosten vorgenommen werden, indem auch die Betreuungskosten und die Pensionskosten (inkl. der hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex) mit einander verglichen werden. Mit den gewonnenen methodischen und inhaltlichen Erkenntnissen soll die Grundlage für eine breite angelegte nationale Studie geschaffen werden.

### Vorgehen und Datenverfügbarkeit

Die drei teilnehmenden Institutionen, Spitex Stadt Bern, Domicil Bern und Diakonissenhaus Bern, verfügen über verschiedene Systeme zur Bedarfsabklärung und Einstufung. Die Analyse dieser verschiedenen Systeme (BESA, RAI, Bedarfsabklärung Spitex) hat gezeigt, dass die Vergleichbarkeit der Kosten und insbesondere der Leistungen sehr anspruchsvoll ist. Aus diesem Grund kann ein zuverlässiger Kostenvergleich nur über detaillierte Fallbeschreibungen erfolgen, die Auskunft geben über die beanspruchten bzw. zu erbringenden Leistungen.

Dementsprechend musste im Rahmen eines Workshops mit Mitarbeitenden der drei beteiligten Institutionen ein ausführliches Fallbeschreibungssystem entwickelt werden, welches für alle drei Systeme genutzt werden kann. Mit Hilfe dieses gemeinsam entwickelten Rasters war es anschliessend möglich, insgesamt 20 Fälle – welche das gesamte Spektrum der Pflegebedürftigkeit abdecken – durch die drei Institutionen mit ihren jeweiligen Bedarfsabklärungssystemen beurteilen zu lassen und die entsprechenden Angaben zum Pflegeaufwand, zu den Kosten und zur Finanzierung zu erhalten. Diese Beurteilungen und Datengrundlagen bilden die Basis für die Vergleiche beim zeitlichen Pflegeaufwand, den Pflegekosten sowie den Gesamtkosten.

Bei der Datenerhebung hat sich gezeigt, dass die vorhandenen Grundlagen nur teilweise ausreichen, um einen umfassenden Kostenvergleich vorzunehmen. Die Zusammenstellung in Abbildung 1 zeigt, welche Daten uns von den drei Institutionen zur Verfügung gestellt werden konnten und in welchen Bereichen die fehlenden Daten mit eigenen Abschätzungen ergänzt werden mussten.

**Abbildung 1: Verfügbare Kostendaten im Überblick**

Kostenarten	Spitex	Heimorganisationen
Pflegekosten	Kostensätze je direkt-produktive Stunde durch Spitex Gesamtkosten je direkt-produktive Stunde Pflege (inkl. Overhead) durch Spitex	Kostensätze je direkt-produktive Stunde durch Heimorganisationen* keine Gesamtkosten je direkt-produktive Stunde Pflege ermittelbar (Unterteilung Overheadkosten nicht möglich)
Wegkosten	In Gesamtkosten von Spitex berücksichtigt	Fallen keine an
Betreuungskosten	keine Angaben durch Spitex (bei der Spitex selber fallen diese nicht an), Annahmen des Projektteams	Betreuungskosten werden anteilmässig aus Pflege von Heimorganisationen berechnet => Tagessätze Betreuung
Pensionskosten:		
– Lebenshaltungskosten	– keine Angaben durch Spitex, Schätzung des Projektteams (Alters- und Versicherungsamt)	– Tagessätze der Heimorganisationen vorhanden
– Infrastrukturkosten	– keine Angaben durch Spitex, Schätzung des Projektteams	– Teilweise vorhanden (private Heime), teilweise vorhanden oder Annahmen (öffentliche Heime)
Total	Gesamtkosten	Gesamtkosten

Bemerkung: \* Die Zahl der produktiven Stunden ist nur für die Heimorganisation A erhältlich. Wir verwenden die Information auch für die Heimorganisation B.

**Gelb** eingefärbte Zellen weisen daraufhin, dass die Kostenarten von der Organisation selber zur Verfügung gestellt werden konnten. In den **blau** eingefärbten Zellen wurden von Seiten des Projektteams Annahmen getroffen.

## Inhaltliche Ergebnisse

Inhaltliche Schlussfolgerungen sind aufgrund der äusserst kleinen Stichprobe (eine einzige Spitexorganisation und zwei Heime) nur mit Vorsicht zu ziehen. In jedem Fall nicht zulässig ist eine generelle Übertragung der Ergebnisse auf die Situation in der gesamten Schweiz, insbesondere im ländlichen Raum sind ganz andere Rahmenbedingungen vorzufinden. Im Bewusstsein dieser Einschränkungen können aber doch einige interessante Hinweise zur Kosten- und Wettbewerbssituation von Spitex- und Heimorganisationen gezogen werden:

- Nicht überraschend: Es gibt eine gewisse Segmentierung des Marktes bezüglich der Kostenvorteile: Bei der Spitex sind es die Pflegefälle mit tiefer und mittlerer Komplexität; der Heimbereich empfiehlt sich vor allem für Pflegefälle mit mittlerer bzw. hoher Komplexität. Im Bereich der mittleren Komplexität sind nicht die Kosten als solches entscheidend, sondern die Bereitschaft des sozialen Umfelds, eine Spitex-Lösung im Form von eigener Betreuungsleistung mitzutragen.
- Die faktische „Machbarkeit“ gewisser Pflegefälle durch die Spitex kann eine grössere Einschränkung bedeuten als die effektiven Kosten. Hier stellt sich insbesondere die Frage, inwiefern eine Hausbetreuung von Kunden möglich ist, welche an (zunehmender) Demenz leiden. Für die Zukunft stehen hier verstärkt Mischlösungen im Vordergrund. Dieser Aspekt wird mit der demografischen Entwicklung an Bedeutung gewinnen. Mischlösungen bieten Chancen sowohl für Heime wie für die Spitex.
- Mit der Frage der „Machbarkeit“ stellt sich auch die Frage, wie mit den Betreuungskosten umzugehen ist. Wird auch in Zukunft Freiwilligenarbeit (inkl. der Betreuung durch Angehörige) geleistet, steigt die Attraktivität von Spitex-Lösungen (obwohl auch im Heimbereich Freiwilligenarbeit geleistet wird). Eine „Entsolidarisierung“ würde in der Tendenz stationäre Angebote attraktiver machen.
- Interessant ist auch der Vergleich der anfallenden Kosten, welche von der Krankenkasse getragen werden. Hierbei wird es sich in der Zukunft zeigen müssen, ob und inwiefern bestimmte Kostenvorteile der Spitex überhaupt realisiert werden können oder aber, ob durch die Finanzierungspolitik der Krankenkassen die Allokation der Klienten zwischen den beiden Pflegesets durch die Vorgaben eines Finanzierungspartners vorbestimmt wird.
- Was sich auch erkennen lässt, ist die Tatsache, dass sich die beiden Pflegekonzepte (Spitex bzw. Heim) zum Teil ergänzen, zum Teil aber auch überlappen. Dies könnte nun sowohl dazu führen, dass die einzelnen Organisationen versuchen, im jeweils anderen Bereich Dienstleistungen anzubieten („Konkurrenzverhalten“) oder aber es könnte zu einer geplanten Zusammenarbeit kommen („Kooperation“). Hier erscheint die Situation der Spitex etwas schlechter zu sein, da der Einstieg in den Spitexmarkt für einen Heimbetreiber einfacher ausfallen wird, als der umgekehrte Weg. Auch hier ist aber letztendlich die öffentliche Hand gefordert, ihre Zukunftsstrategien als einer der wichtigsten Finanzierer – zumindest im öffentlichen Bereich – zu formulieren und die Rahmen zur Umsetzung dieser Strategie sicherzustellen.



## Methodische Ergebnisse

Aus methodischer Sicht können die wesentlichen Erkenntnisse wie folgt zusammengefasst werden:

- Der Ansatz zum Kostenvergleich in der Altersbetreuung auf der Ebene von Einzelfällen hat sich grundsätzlich bewährt. Das ausgearbeitete Vorgehenskonzept mit der Differenzierung der volkswirtschaftlichen Kosten nach verschiedenen Kostenkomponenten sorgt für die notwendige Transparenz und ermöglicht es, kritische Annahmen und Einflussgrößen zu identifizieren.
- Die Beschreibung von spezifischen Einzelfällen zur Erhebung der dafür erforderlichen Fallkosten ist machbar. Der Detaillierungsgrad der Fallbeschreibungen muss zwar relativ gross sein, stellt aber kein unüberwindbares Hindernis dar. Für eine nationale Studie müsste aber das Spektrum der Fälle zwischen leichter, mittlerer und grosser Pflegeintensität noch verfeinert werden.
- Die Zuverlässigkeit und Validität der Ergebnisse kann und muss durch eine massive Vergrößerung der Stichprobe (Anzahl einbezogener Organisationen) verbessert werden. Mit der Vergrößerung der Stichprobe ist zu erwarten, dass Unterschiede im geschätzten Pflegeaufwand in der Tendenz abnehmen.
- Die Datenverfügbarkeit stellt insbesondere bei den Heimen ein relativ grosses Problem dar. Schwierigkeiten bereitet der Umstand, dass zwischen der effektiv notwendigen Pflegezeit und der verrechenbaren Pflegezeit je nach Fall eine Lücke klafft, welche letztlich über Quersubventionierungen aufgefangen werden muss. Die Heime haben teilweise auch Mühe den Anteil der direkt produktiven Pflegestunden zu ermitteln. Diesen Schwierigkeiten muss bei einer nationalen Studie mit einer entsprechenden Anleitung der Heime zur Datenerhebung Rechnung getragen werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der hier entwickelte Ansatz einen transparenten Kostenvergleich der beiden Pflegesets zulässt. Unter der Berücksichtigung der Verbesserungsvorschläge ist dieser Ansatz für die Verwendung in einer nationalen Studie zu empfehlen.

# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage und Zielsetzung der Studie

### 1.1.1 Ausgangslage

Gegenwärtig wird in der Schweiz die Revision des Krankenversicherungsgesetzes diskutiert. Dabei ist auch der Langzeitpflegebereich im Alter betroffen. Die wichtigsten Anbieter in diesem Segment sind Spitex-Organisationen, Alters- und Pflegeheime sowie Spitäler mit einer geriatrischen Abteilung. Diese Anbieter sowie nationale und kantonale Behörden sind interessiert, möglichst viele Informationen zu den Angeboten und Kosten der einzelnen Varianten zu erhalten. Die Anbieter sind interessiert, weil sie damit ihre eigene Positionierung innerhalb der Alterspflege überprüfen können. Für die nationalen und kantonalen Behörden ist die Kenntnis von Kosten und Angeboten wichtig, um mittels der laufenden Gesetzesrevision und finanziellen Anreizen eine optimale Betreuung bei gleichzeitig beschränkten Ressourcen sicherzustellen.

Bedeutsam ist dabei, dass die Alterspflege sehr unterschiedliche Bedürfnisse umfassen kann. Je nach betreuter Person und betreuender Organisation werden unterschiedliche Dienstleistungen erbracht, von der Pflege über die Betreuung und Unterhaltung bis hin zu Pensionsleistungen wie Wohnen und Essen. Soll ein Kostenvergleich zu aussagekräftigen Ergebnissen kommen, sind diese Unterschiede in den erbrachten Dienstleistungen zu berücksichtigen.

### 1.1.2 Ziele

Im Rahmen dieser Pilotstudie ist zwischen inhaltlichen und methodischen Zielen zu unterscheiden.

#### a) Inhaltliche Ziele

Das inhaltliche Ziel ist primär ein fairer Kostenvergleich auf der Basis „vergleichbarer“ Dienstleistungen der Heim- bzw. der Spitex-Organisationen. Nebst dem Vergleich der Pflegekosten soll auch ein Vergleich auf der Ebene der gesamten volkswirtschaftlichen Kosten vorgenommen werden, indem auch die die Betreuungskosten und die Pensionskosten (inkl. der hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex) mit einander verglichen werden.

Mit der vorliegenden Untersuchung sollen weitere Aspekte (sekundäre Ziele) beleuchtet bzw. qualitative Aussagen gemacht werden können, insbesondere zur:

- Allokation: Hier stellt sich die Frage, ob es klar definierte Teilmärkte in der Alterspflege gibt, oder ob die neuen Möglichkeiten beider Anbieter diese Linien auflösen.
- Strategie der beteiligten Institutionen: Wo sollen sich Heim- und Spitex-Organisationen positionieren? Wo sind Heim- und Spitex-Organisationen Konkurrenten und wo Partner?

- Finanzierung: Obwohl nicht im Hauptfokus dieser Untersuchung, kann die Finanzierungsfrage nicht vollständig ausgeblendet werden. Es ist zu vermuten, dass die (unterschiedliche) Finanzierung der Pflegeleistungen Auswirkungen auf die beteiligten Institutionen haben.

#### b) Methodische Ziele

Diese Pilotstudie hat als zentrales methodisches Ziel zu prüfen, ob ein transparenter und nachvollziehbarer Kostenvergleich zwischen Spitex-Leistungen und Heim-Leistungen machbar ist. Es soll explizit aufgezeigt werden, welche Leistungs- und Qualitätsunterschiede im Kostenvergleich berücksichtigt werden bzw. wegen Datenmangels oder methodischen Schwierigkeiten allenfalls nicht berücksichtigt werden können.

Schliesslich sollen mögliche Lösungen diskutiert werden, welche bei der Durchführung einer breit angelegten nationalen Studie anzuwenden sind.

## 1.2 Kurzpräsentation des Untersuchungsdesigns

Grundsätzlich bietet sich für einen Kostenvergleich in der Alterspflege sowohl ein Ansatz auf der Meta-Ebene als auch auf der Einzelfallbetrachtung an.

- Auf der **Meta-Ebene** kann versucht werden, mit Hilfe von gesamtschweizerischen Statistiken über die Aufwände im Spitex- und Heimbereich sowie einer Klassifizierung der betreuten Fälle (leichte, mittlere oder pflegeintensive Fälle) entsprechende Kennzahlen zu den Kosten pro Fall abzuleiten.
- Auf der Ebene der **Einzelfallbetrachtung** werden erbrachte oder zu erbringende Leistungen und die damit verbundenen Kosten miteinander verglichen.

Im Rahmen der Vorarbeiten zu diesem Projekt hat sich gezeigt, dass auf der Meta-Ebene nicht überwindbare Vergleichsprobleme bestehen. Insbesondere ist es nicht möglich, aus den vorhandenen nationalen Statistiken die Pflegebedürftigkeit der betreuten Fälle zuverlässig zu ermitteln. Damit entfällt eine entscheidende Grundlage für einen fairen Kostenvergleich.

Die Autoren haben sich daher mit den Auftraggebern entschieden, den **Kostenvergleich auf der Ebene von Einzelfallbetrachtungen** und auf der Basis von klar definierten „Pflegesets“ (d.h. vergleichbare Leistungen, welche in unterschiedlicher Art erbracht werden) durchzuführen.

Dazu wird für ein ausgewähltes Sample von Pflegefällen die zu erbringende Pflegeleistung im Detail festgelegt. Die Auswahl der Pflegefälle sowie die Erarbeitung der Fallbeschreibungen erfolgt gemeinsam mit den beteiligten Organisationen. Die entsprechenden Fallbeschreibungen pflegebedürftiger Kunden werden anschliessend den Spitex- und Heimorganisationen zur Abschätzung des damit verbundenen Pflegeaufwands (Zeit und Kosten) zu Verfügung

gung gestellt. Basierend auf diesen Zeit und Kostenangaben wird dann der Kostenvergleich (mit entsprechenden Umrechnungen und Ergänzungen) vorgenommen.

### 1.3 Beteiligte Akteure

An der vorliegenden Untersuchung haben sich drei Organisationen der Stadt Bern beteiligt, welche zugleich als Auftraggeberinnen fungieren.

- Spitex der Stadt Bern: In der Stadt Bern ist eine öffentliche Spitex-Organisation tätig, welche einen Leistungsvertrag mit der Stadt besitzt.
- Diakonissenhaus: Die Organisation Diakonissenhaus ist eine Akteurin im Bereich Alters- und Pflegeheime in der Stadt Bern. Sie führt heute zwei private Alters- und Pflegeheime, ein öffentliches Pflegeheim und eine Seniorenresidenz.
- Domicil: Domicil ist ebenfalls ein Akteur im Bereich Alters- und Pflegeheime in der Stadt Bern. Domicil führt heute 15 Alters- und Pflegeheime.

### 1.4 Grenzen der Studie

Die vorliegende Studie konzentriert sich auf einen möglichst aussagekräftigen Kostenvergleich in der Alterspflege zwischen verschiedenen Anbietern. Dieser Themenaspekt wird denn auch ins Zentrum der Arbeit stehen. Die Autoren der Studie sind sich dabei bewusst, dass die Kosten zwar eine wichtige volkswirtschaftliche Komponente darstellen, sie sind jedoch nicht allein ausschlaggebend bei der Wahl eines geeigneten Anbieters. Beispielsweise müssten folgende Faktoren für eine umfassendere Beurteilung zusätzlich in Betracht gezogen werden:

- **Bedeutung der Pflege zu Hause und im Heim:** Im Rahmen dieser Studie ist es nicht möglich, Fragen des Nutzens einer Pflege zu Hause (im gewohnten Umfeld) oder einer Pflege im Heim (Gefahr der Vereinsamung geringer) gegen einander abzuwägen.  
Die Nutzen der beiden Varianten hängen stark vom persönlichen Umfeld der pflegebedürftigen Person ab. Es ist auch denkbar, dass die Vorstellungen der pflegebedürftigen Person und der Angehörigen von einander abweichen. Eine Studie, welche die Aspekte repräsentativ abzubilden versucht, müsste eine grosse Zahl von Interviews nicht nur mit den Betroffenen, sondern auch mit den Angehörigen und dem Pflegepersonal führen.
- **Bedeutung der Freiwilligenarbeit:** Ebenso schwierig ist es, die Bedeutung der Freiwilligenarbeit – nicht nur der Angehörigen, sondern auch von Freunden, Nachbarn und „Fremden“ – einzuschätzen. Gemäss unseren Gesprächen mit den Pflegeinstitutionen in der Stadt Bern gibt es Freiwilligenarbeit sowohl im Spitex-Bereich wie in den Heimen. Eine detailliertere Angabe wäre erneut nur mit einer grossen Zahl von Interviews zu erreichen.

Auf den Einbezug dieser Faktoren muss im Rahmen dieses Pilotprojektes und in Absprache mit den Auftraggebern verzichtet werden. Der **Pilotcharakter** der Studie bringt es mit sich, dass nicht sämtliche Aspekte eines Angebotsvergleichs berücksichtigt werden können. Die Studie konzentriert sich viel mehr auf den Kostenaspekt, und die Lösung der methodischen

Schwierigkeiten bei diesem Kostenvergleich anhand konkreter Fallbeispiele. Sie will damit die Basis schaffen für eine allenfalls später durchzuführende nationale Studie. Dementsprechend **dürfen die inhaltlichen Ergebnisse zum eigentlichen Kostenvergleich keinesfalls überinterpretiert werden**. Sie unterliegen immer der Beschränkung, dass sie ausschliesslich für die drei Fallbeispiele aus der Stadt Bern gültig sind. Die **inhaltlichen Ergebnisse sind weder repräsentativ für die gesamte Schweiz noch decken sie die gesamte Spannweite möglicher Kostenverläufe ab**. Eine Übertragung der Ergebnisse auf die Situation in der Schweiz ist daher weder von den Autoren beabsichtigt noch zulässig.

## 1.5 Aufbau der Studie

Die vorliegende Studie ist im Weiteren wie folgt aufgebaut:

- Kapitel 2 gibt einen summarischen Überblick über die Pflegesituation im Alter und zeigt die schematisierte Marktsituation der zwischen Spitex- und Heim-Organisationen.
- Im Kapitel 3 stellen wir kurz die verschiedenen Bedarfsabklärungs- bzw. Einstufungsinstrumente vor. Damit zeigen wir auch auf, wo die Unterschiede und allfälligen Gemeinsamkeiten der Einstufungsinstrumente liegen.
- Im Kapitel 4 stellen wir das Konzept sowie das konkrete Vorgehen zum Kostenvergleich vor. Basierend auf den verfügbaren bzw. ermittelten Daten entwickeln wir ein aus unserer Sicht praktikables Vorgehen zur Vergleichbarkeit.
- Im Kapitel 5 werden die Pflegezeiten der verschiedenen Organisationen ausgewertet und dargestellt.
- Kapitel 6 ist der Auswertung der Pflegekosten sowie der gesamten Kosten je Fall und Organisation gewidmet. Ebenfalls werden die Kosten – soweit möglich – nach Kostenträger aufgeteilt.
- Im Kapitel 7 werden die inhaltlichen und methodischen Schlussfolgerungen gezogen.

## 2 Die Pflegesituation im Alter

### 2.1 Ausgangslage

Zur Abgrenzung der Fragestellung und Zielsetzung der Untersuchung ist es erforderlich, vorerst einen kurzen Überblick über das Pflegeangebot und die verschiedenen involvierten Personenkreise und Institutionen zu geben. Wir gehen davon aus, dass in dem von uns betrachteten Bereich 6 Angebotstypen auszumachen sind.

- Angebot im eigenen sozialen Umfeld, wobei die Freiwilligenarbeit eine wichtige Rolle spielt
- Angebot der Spitex
- Angebot alternativer Alterswohnformen (betreutes Wohnen, Wohngruppen, u.ä.)
- Angebot der Alters- und Pflegeheime
- Angebote im Bereiche der Rehabilitation respektive im Übergangsbereich (z. B. Haus für Pflege in Bern)
- Angebot der Intensivpflegeheime oder Spitäler

Diese Angebote sind heute in vielen Regionen vorhanden und werden entweder in der Reinform oder in unterschiedlichen Kombinationen nachgefragt. Aus einer gesellschaftspolitischen Sichtweise scheinen alle Angebote relevant und sinnvoll, die erkennbaren Überschneidungen gewünscht und auch notwendig. Die zentrale Frage besteht somit nicht darin, welche Angebote (Angebotskombinationen) sinnvoll und notwendig sind, sondern es geht vielmehr darum, welche Personengruppen / Typen sinnvollerweise welches Angebot nachfragen, beziehungsweise welches Angebot nutzen sollten.

Die im **Spital** erbrachte Pflege von Senioren und Seniorinnen zeichnet sich im Wesentlichen dadurch aus, dass es sich um eine Akutversorgung handelt (z.B. vor und nach einer Operation oder in der Phase der Sterbebegleitung), die im Grundsatz nicht auf eine langfristige, permanente Alterspflege ausgerichtet ist. Demgegenüber ist bei den Spitex-Organisationen sowohl ein Akuteinsatz als auch die langfristige Pflege von Seniorinnen und Senioren möglich. Die Alters- und Pflegeheime sind (nebst dem Angebot von zeitlich beschränkten „Ferienplätzen“) in erster Linie auf eine langfristige Betreuung bzw. Pflege ihrer Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichtet. Um „Gleiches“ mit „Gleichem“ zu vergleichen erachten wir es als sinnvoll, die Akutpflege im Spital oder durch Spitex-Organisationen aus dem Vergleich auszuklammern und uns auf den Langzeitpflegebereich im Alter zu konzentrieren.

Ebenso verzichten wir auf einen Einbezug eines **Angebotes im eigenen sozialen Umfeld**, da uns hier jegliche Datengrundlagen fehlen. Auf die Wichtigkeit von freiwilligen Diensten werden wir jedoch auch im Spitex-Bereich – und teilweise auch im Heimbereich – zu sprechen kommen. Ebenfalls nicht berücksichtigt werden in der Analysephase (Datenauswertung) die **Angebote alternativer Alterswohnformen**. Wir werden jedoch deren Wichtigkeit im Rahmen der Interpretation der Ergebnisse selbstverständlich aufgreifen.

In unserem Projekt werden wir uns also auf die beiden Anbieter Spitex und Alters- und Pflegeheime konzentrieren.

## 2.2 Teilmärkte in der Alterspflege

Obwohl die vorliegende Studie sich auf einen Vergleich von Dienstleistungen und deren Kosten konzentriert, werden wir nicht umhin kommen, gewisse weitere Aspekte zumindest in der qualitativen Diskussion zu berücksichtigen.

Die nachfolgende Grafik 2-1 zeigt die „modellhafte“ **Aufteilung der Pflegetätigkeiten** zwischen Heim- und Spitex-Organisationen. Dabei spielt die Pflegeintensität eine hohe Rolle. Kunden mit einer hohen Pflegeintensität werden modellhaft in Pflegeheimen vermutet, während die Kombination „niedrige Pflegeintensität – hohe soziale Eingebundenheit“ für Spitex modellhaft prädestiniert ist. Der Teilmarkt „niedrige Pflegeintensität – niedrige soziale Eingebundenheit“ ist am umstrittensten. Vom pflegerischen Bedarf her gesehen, ist eine Versorgung mit Spitex-Dienstleistungen sicherlich ausreichend. Fehlt jedoch die soziale Eingebundenheit des Kunden, stellt sich die Frage, ob eine Heim-Organisation nicht eher geeignet ist, die fehlende respektive die zusätzlich notwendige Betreuung zu gewährleisten.

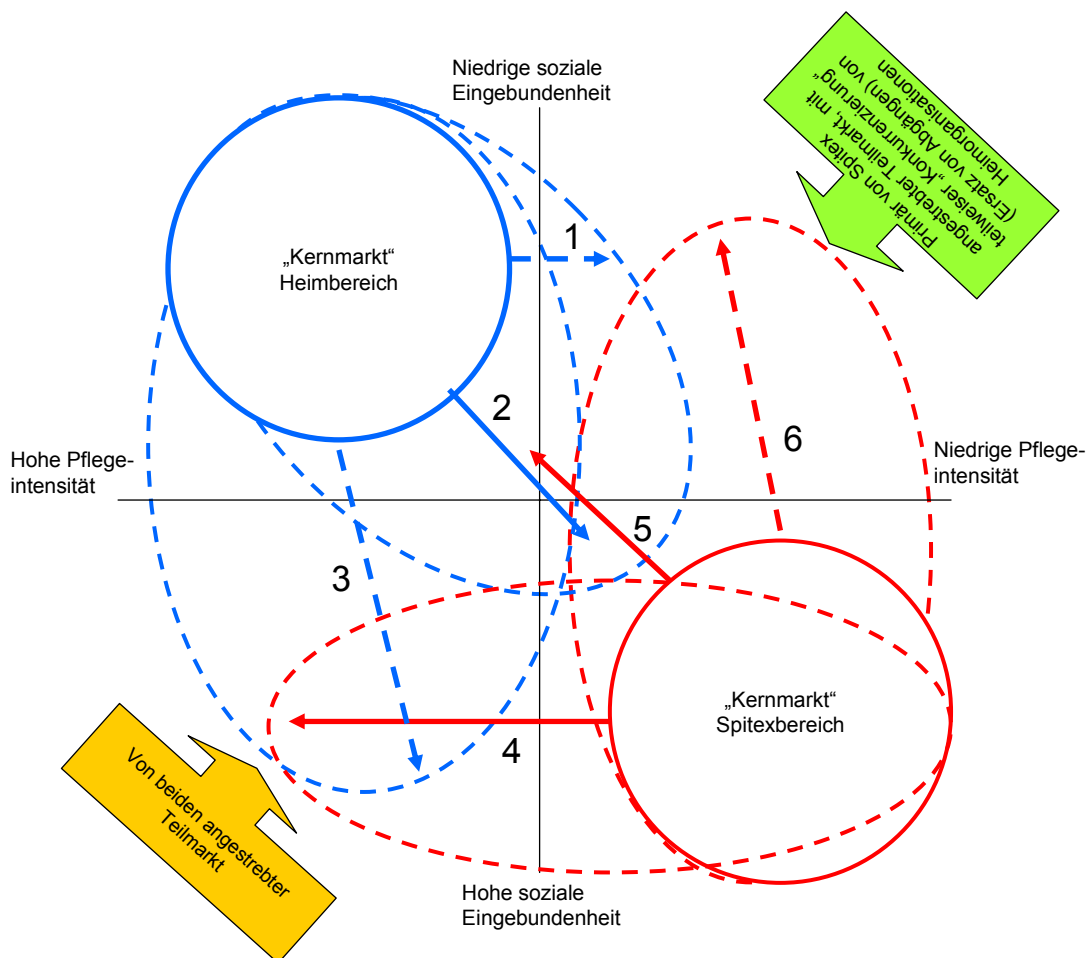
Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die modellhaften Einsatzfähigkeiten der beiden Organisationen primär entlang der Pflegeintensität und sekundär nach der sozialen Eingebundenheit der Kunden verlaufen.

Etwas detaillierter betrachtet zeigt sich, dass die Heim-Organisationen bis zu einem gewissen Grad auch Kunden mit einem niedrigen bis mittleren Pflegebedarf betreuen (Nummern 1 und 2 in der Grafik 2-1). Grundsätzlich sind die Heime aus Gründen der Personaleinsatzplanung daran interessiert, Abgänge von Kunden mit Kunden derselben Pflegestufe zu ersetzen. Stirbt ein Kunde aus einer hohen Pflegestufe, wird es für das Heim aber schwierig, einen Kunden in der selben Pflegestufe zu finden, da diese in der Regel bereits einen Pflegeplatz haben. Daher wird das Heim oftmals Kunden tieferer Pflegestufe aufnehmen (müssen), und daher zwangsläufig einen Mix an Pflegestufen aufweisen. Gleichzeitig sind die Heime gefordert, die Pflege und Betreuungsressourcen den neuen Gegebenheiten anzupassen. Weiter ist anzunehmen, dass die Bereitschaft der Kunden mit einer vergleichsweise niedrigen sozialen Eingebundenheit grösser ist, in ein Heim einzutreten, als derjenigen Kunden, die eine hohe soziale Eingebundenheit geniessen.

Im Gegenzug haben die Spitex-Organisationen aus zwei Gründen ein gewisses Interesse an Kunden mit einem höheren Pflegebedarf (Nummern 4 und 5 in der Grafik 2-1). Einerseits ermöglichen mehr Pflegeleistungen pro Kunde eine bessere betriebswirtschaftliche Verrechnung der Wegkosten, andererseits bekommen Spitex-Organisationen ein breiteres und komplexeres Tätigkeitsfeld in der Pflege und werden so attraktiver auf dem Stellenmarkt. Die Spitex-Organisationen werden primär ein Interesse haben, vermehrt auch Kunden mit einer hohen Pflegeintensität zu betreuen, sofern diese sozial gut eingebunden sind. Ist dies nicht der Fall, stellt sich die Frage, ob eine Spitex-Betreuung überhaupt möglich ist. Dieser möglichen „Expansionsstrategie“ der Spitex-Organisationen läuft jedoch heute teilweise die gel-

tende Regelung in der Finanzierung der Spitex-Pflegedienstleistungen zuwider: Ein hoher Aufwand (über 90 Std. pro Quartal)<sup>1</sup> an Spitex-Pflegedienstleistungen wird von den Krankenkassen teilweise nicht (oder nicht mehr problemlos) bewilligt.

**Grafik 2-1: „Aktuelle“ Einsatzfähigkeiten der Heim- bzw. Spitex-Organisationen**



Diese Überlegungen führen dazu, dass heute insbesondere der Teilmarkt „Hohe Pflegeintensität/hohe soziale Eingebundenheit“ sowohl von den Heim- wie den Spitex-Organisationen angestrebt wird.

Nicht berücksichtigt haben wir die Wünsche der Kunden bzw. deren Nutzen. Die Darstellung in der Grafik 2-1 basiert nur auf den Dimensionen Pflegeintensität und soziale Eingebundenheit. Der Kunde hat – in einem gewissen Mass – die Möglichkeit zwischen zwei Pflegesets zu entscheiden, der Pflege zu Hause im bekannten Umfeld und der Pflege im Heim mit der (potenziellen) 24-Stunden-Betreuung.

<sup>1</sup> Spitex-Pflegedienstleistungen von über 60 Stunden pro Quartal benötigen im Kanton Bern ein Einverständnis der Krankenkassen. Pflegedienstleistungen über 90 Stunden pro Quartal werden heute von einzelnen Krankenkassen nicht mehr bewilligt.

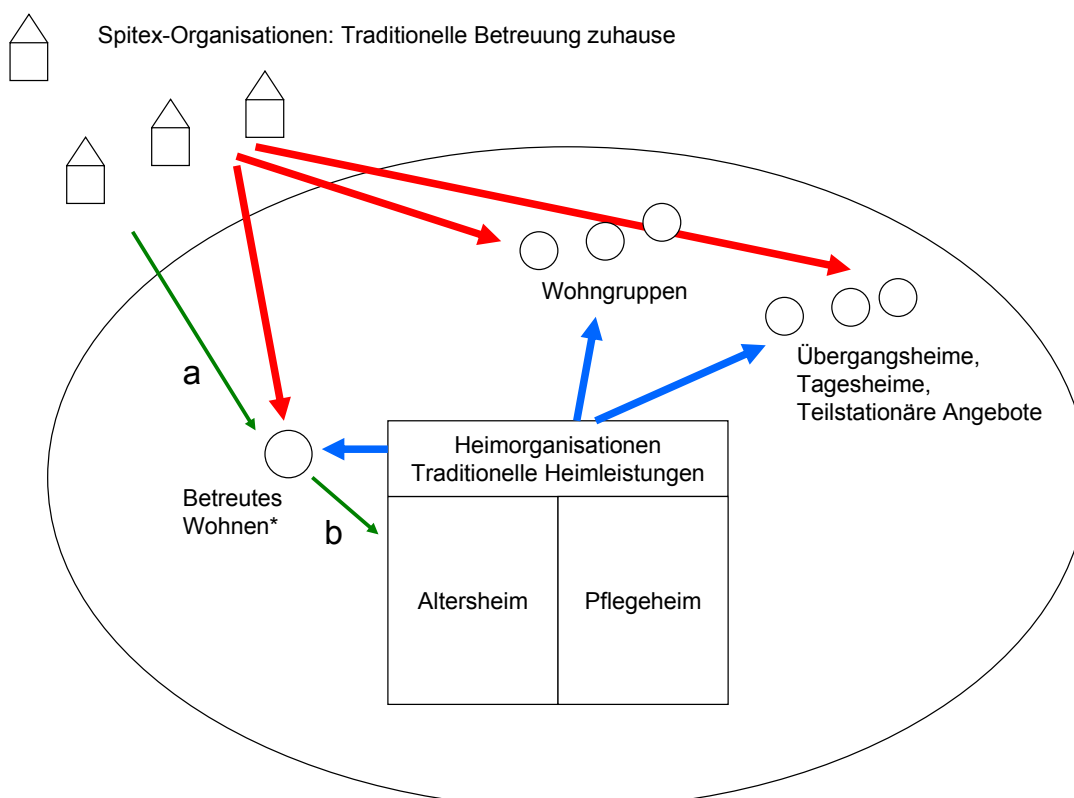


### 2.3 Pflegeheime und Spitex: Partner bei alternativen Pflegeformen

Wie bereits angesprochen, haben sich die Tätigkeitsfelder der Heim- und Spitex-Organisationen verändert.

Neben dem aufgezeigten „Konkurrenzmarkt“ sind jedoch auch partnerschaftliche Formen zu beobachten (vgl. Grafik 2-2). Insbesondere bei alternativen Wohnformen wie dem betreuten Wohnen ergibt sich eine denkbare Zusammenarbeit, in dem beispielsweise die Spitex gewisse Routine-Dienstleistungen übernimmt, während für Notfälle oder der nächtlichen Betreuung das angegliederte Heim zuständig ist (Klingelangebot). In gewissen Fällen ist auch eine Spitex-Betreuung in einem Heim denkbar (Modell Haus Sarepta im Diakonissenhaus). In diesem Zusammenhang sind auch Entwicklungen zu erkennen, in denen Heime – mit Heimex-Angeboten – bewusst in den Spitexmarkt expandieren und sich somit nicht nur ein neues Klientenpotential erschliessen, aber auch neue und alternative Organisationsformen entwickeln und umsetzen können. Ideen der Kooperation und Interaktion werden an dieser Stelle nicht weiter ausgeleuchtet und wir stellen weiter die beiden Pflegesets (Spitex und Heime) in ihrer reinen Form einander gegenüber.

**Grafik 2-2: Erweiterung des Pflegeangebots: Alternative Wohnformen**



\* Unter dem Begriff „Betreutes Wohnen“ verstehen wir selbständiges Wohnen mit der Möglichkeit – je nach Bedarf – Unterstützung auf Abruf von einem institutionellen Anbieter zu bekommen. Diese bedarfsgerechte Hilfe auf Abruf kann sowohl durch Spitex- wie durch Heimorganisation erfolgen.

### 3 Systeme zur Bedarfsabklärung und zur Einstufung

Um die Vergleichbarkeit der Pflegekosten bzw. der -leistungen gewährleisten zu können, müssen in einem ersten Schritt die verschiedenen Einstufungssysteme zur Messung bzw. Beschreibung der erbrachten Pflege- und Betreuungsleistungen genauer betrachtet werden. In der Schweiz sind im Wesentlichen drei Einstufungssysteme bekannt, nämlich:

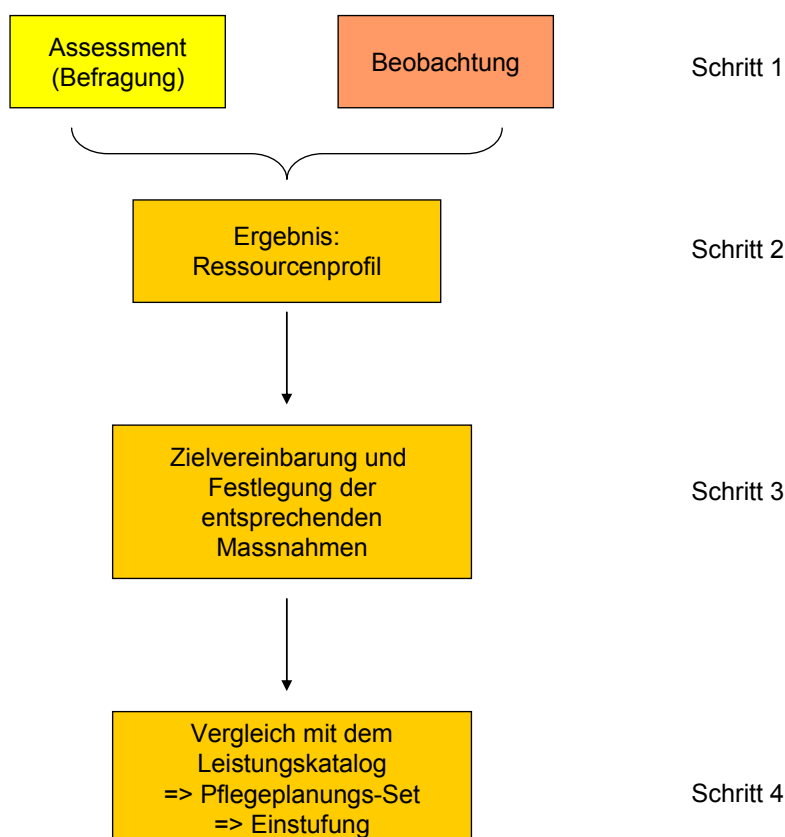
- das BESA (Bewohner-Einstufungs- und Abrechnungssystem)
- das RAI (Bewohner-Beurteilungsinstrument)
- und die Bedarfsabklärung der Spitex.

Nachfolgend werden die drei Systeme kurz vorgestellt, ohne allerdings im Rahmen dieser Studie einen Vergleich oder gar eine Beurteilung der drei Systeme vornehmen zu wollen. Die Erläuterung der Systeme dient als Grundlage zur möglichst korrekten Erfassung unterschiedlicher Pflegeleistungen, losgelöst von den einzelnen Einstufungssystemen.

#### 3.1 BESA

Das System BESA (Bewohner-Einstufungs- und Abrechnungssystem) ist ein Arbeitsmittel, mit dem die Pflege- und Betreuungsleistungen in Alters- und Betagtenheimen definiert, gemeinsam vereinbart und abgerechnet werden können. Es ist transparent für alle Beteiligten und stellt die Autonomie der Bewohnerinnen und Bewohner in den Mittelpunkt. Vor dem Hintergrund einer immer professionelleren Pflege macht es eine systematische und strukturierte Bestimmung und Abrechnung der benötigten Pflege- und Betreuungsleistungen möglich. Als einziges System arbeitet BESA mit einer gemeinsamen Zielvereinbarung zwischen betreuer Person und den Pflegedienstleistenden.

Grafik 3-1: System BESA: Von der Bedarfsabklärung zur Einstufung



In **Schritt 1** findet ein Eintrittsgespräch (Assessment) mit der Kundin/dem Kunden statt. Zugleich werden die Beobachtungen des Pflegepersonals ebenfalls erfasst und festgehalten. Diese beiden Analysen werden in **Schritt 2** mit einander verknüpft und es wird daraus ein Ressourcenprofil erstellt (mit Hilfe so genannter Dimensions- und Themenblätter). Im Ressourcenprofil wird festgehalten, über welche Ressourcen die Kunden verfügen und über welche sie nicht mehr verfügen. Beispielsweise wird festgehalten, in wieweit der Kunde über Ressourcen hinsichtlich der Kommunikation verfügt.

**Schritt 3** besteht darin, dass die geeigneten Ziele formuliert (Beispiel: Erhaltung der intakten Haut) und die entsprechenden Massnahmen festgelegt werden (Beispiel: Kontrolle der Haut, Verwendung von Crème). Diese Massnahmen werden in **Schritt 4** mit Hilfe des Leistungskatalogs zu einem Pflegeplanungs-Set zusammengestellt. Aus diesem Set erfolgt dann die Einstufung anhand der BESA-Punktzahl. Im Kanton Bern werden die BESA-Punkte auf ein elfstufiges „Zentrales System“ umgerechnet (Stufen 0 bis 10; siehe Anhang A, Kapitel 6.1). Der Kanton legt für das elfstufige System die jeweiligen Höchstarife fest (siehe Anhang A, Kapitel 6.2) und handelt die Tarife mit den Krankenkassen aus. In anderen Kantonen werden die BESA-Punkte auf andere Skalen umgerechnet (z.B. kennen die Kantone Basel und Uri nur 4 Pflegestufen).

### 3.2 RAI-System

Das Kürzel **RAI** steht für ein Bewohner-Beurteilungsinstrument (**R**esident **A**ssessment **I**nstrument). Mit Hilfe einer Eintrittsbefragung wird die benötigte Information (Minimum Data Set) erhoben.<sup>2</sup> Die Informationsbroschüre zum RAI-System umschreibt das System als ein Mittel zur strukturierten Bewohner/-innenbeurteilung und –dokumentation mit dem Ziel, für den Bewohner ein Höchstmass an Lebensqualität und Wohlbefinden zu erreichen.

Mit Hilfe des Minimum Data Set und den Abklärungshilfen (im System RAI aufgelistete Hauptthemen der Langzeitpflege) wird jede/r Kunde/in in eine der sieben Pflegeaufwandgruppe eingeteilt (**R**essource **U**tization **G**roups, Kürzel **RUG**). Die Pflegeaufwandgruppen sind Pauschalen, die sich an Bewohner- und Leistungsmerkmalen orientieren und für ein Individuum im Durchschnitt zutreffen. Die RUG III-Pflegeaufwandhauptgruppen sind:

- R: Rehabilitation
- SE: Extensive Leistungen
- SS: Spezielle Pflege
- C: Klinisch Komplex
- I: Kognitive Beeinträchtigung
- B: Verhaltensprobleme
- P: Reduzierte physische Funktion

Diese sieben Aufwandgruppen werden nun mit der so genannten ADL-Leistungsfähigkeit „gewichtet“ (ADL = Activity of daily living). Die ADL-Leistungsfähigkeit misst die effektive Selbstversorgungsfähigkeit eines Kunden. Je nach Ausmass der fehlenden Selbstversorgungsfähigkeit bekommt der Kunde eine höhere Punktzahl. Diese Punktzahl wird mit den Pflegeaufwandgruppen kombiniert: Eine Kundin in der Rehabilitation mit einer hohen Selbstversorgungsfähigkeit wird in einer anderen Pflegeaufwandgruppe eingeteilt werden als eine Kundin mit vergleichbarer Rehabilitationsintensität und einer tiefen Selbstversorgungsintensität. Eine Übersicht findet sich im Anhang B, Kapitel 7.

### 3.3 Spitex Stadt Bern

Bei der Spitex findet eine Bedarfsabklärung statt. Die Bedarfsabklärung wird im Pflegebereich durch eine diplomierte Krankenschwester durchgeführt. Die Bedarfsabklärung wird dem Hausarzt der Kundin zur Begutachtung und Unterschrift vorgelegt und schliesslich der Krankenkasse weitergeleitet.

Mit der Kundin / dem Kunden oder allenfalls der gesetzlichen Vertretung (Angehörige, Vormund) wird zudem eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen, die detailliert Pflegemassnahmen und Pflegeaufwand festlegt. Der vorgesehene Pflegeaufwand kann dabei variieren,

---

<sup>2</sup> Q-Sys (1996), RAI-Handbuch, Gesamtausgabe Version 2.0.

z.B. benötigt man – je nach Gesundheitszustand des Kunden – mehr oder weniger Zeit fürs Duschen. Dieser auf die individuellen Bedürfnisse aufgerichtete Pflegeaufwand erleichtert eine Vergleichbarkeit selbstverständlich nicht.

Die Abrechnung erfolgt jedoch über die effektiv geleistete Zeit, nicht über den in der Leistungsvereinbarung festgelegten Pflegeaufwand. Wenn also der Aufwand für das Duschen einer Kundin nur 23 Minuten statt der vereinbarten 30 Minuten beträgt, werden in der Stadt Bern 25 Minuten (Aufrundung auf nächste 5-Minuten-Einheit) in Rechnung gestellt. Werden ausschliesslich Leistungen der Pflege erbracht, können die Wegzeiten nicht in Rechnung gestellt werden, da diese von den Krankenkassen nicht abgegolten werden.<sup>3</sup>

Im Gegensatz zu den Heimen verrechnet Spitex die direkt pro Kunde anfallenden Kosten und benützt kein Einstufungssystem, sondern nur eine formalisierte und standardisierte Bedarfsabklärung.

---

<sup>3</sup> Im Kanton Basel-Stadt werden die Wegkosten angerechnet.

## 4 Vergleichskonzept für unterschiedliche Leistungen und Kosten

### 4.1 Analyse der Vergleichbarkeit

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass die Vergleichbarkeit der Kosten und insbesondere der Leistungen sehr anspruchsvoll ist. Jeder einzelne Kunde hat eine andere Geschichte und benötigt unterschiedliche Betreuung. Zudem – und dies ist für die vorliegende Studie noch entscheidender – hat jedes der im Kapitel 2 vorgestellten Systeme eine sehr unterschiedliche „Philosophie“, wie die Zusammenstellung in der folgenden Tabelle zeigt:

- Im Fall der Spitex erfolgt die Abgeltung (via Leistungsvereinbarung) direkt über die erbrachten Massnahmen bzw. den dazu aufgewendeten Zeitbedarf.
- Im RAI-System führt die Bedarfsabklärung zu einer Festlegung der Pflegeaufwandgruppe. Alle Pflegeaufwandgruppen sind einer Pflegestufe des zentralen Systems (Kanton Bern) zugeordnet. Die Pflegemassnahmen ergeben sich aus der Pflegeaufwandgruppe. Mit der Pflegeaufwandgruppe ist implizit auch ein durchschnittlicher Zeitaufwand pro Kunde/Kundin verbunden, der über die Pflegeaufwandpauschale verrechnet wird.  
Selbstverständlich ist es so, dass die Pflegemassnahmen auch in diesem System den Bedürfnissen der Kunden entsprechen (deren Befragung ist ja die Grundlage der Einstufung). Trotzdem handelt es sich hier um einen eigentlichen Top-down-Ansatz, da über die Beobachtungen zunächst die Pflegeaufwandgruppe (welche die Abgeltung für Pflegeleistungen bestimmt) und damit die Einstufung bestimmt werden und daraus abgeleitet die eigentlichen Pflegemassnahmen.
- Das BESA-System führt als erstes ebenfalls eine Bedarfsabklärung durch. Im Gegensatz zum RAI-System führt die Bedarfsabklärung zu einem Massnahmenpaket, dessen Inhalt die Einstufung bestimmt. Mit der Einstufung ist ähnlich wie im RAI-System implizit ein durchschnittlicher Zeitaufwand pro Kunde/Kundin verknüpft, der die Abgeltung im kantonalen System bestimmt.

**Tabelle 4-1: Vergleich der drei beobachteten Bedarfsabklärungs- bzw. Einstufungssysteme**

	BESA	RAI	Spitex-Abklärung
Bedarfsabklärung / Einstufung => Ergebnis	Bedarfsabklärung führt zu Massnahmen, die mit einer Punktzahl bemessen werden	Bedarfsabklärung führt zu einer Einstufung in eine Pflegeaufwandgruppe	Bedarfsabklärung führt direkt zu einer Reihe von Pflegemassnahmen
Abgeltung	Punktzahl (multipliziert mit Zeitfaktor) bestimmt Einstufung und damit Abgeltung im kantonalen System (Kt. Be)	Einstufung in Pflegeaufwandgruppe bestimmt auch Einstufung und Abgeltung im kantonalen System (Kt. Be)	Leistungsvereinbarung zwischen Spitex und Kunde über einzelne Pflegemassnahmen bestimmt Abgeltung
„Philosophie“	Bedarfsabklärung => Festlegung Pflegemassnahmen => Einstufung und Abgeltung über Punktzahl	Bedarfsabklärung => Einstufung in RAI-Stufe=> direkte Verbindung zur kantonalen Abgeltung => Pflegemassnahmen ergeben sich aus RAI-Stufe und Bedarf	Bedarfsabklärung => Festlegung Pflegemassnahmen => Abgeltung mit Leistungsvereinbarung über Pflegemassnahmen
Vergleichbarkeit mit Spitex	Beschränkt möglich über den Leistungskatalog; zudem entsprechen die Aspekte bei der Spitex-Abklärung den Beobachtungen im BESA-System	Möglich über die „Gesamtbeurteilung“ und eine Typisierung (Fallbeschreibungen)	---

Betrachten wir die Vergleichbarkeit der beiden Heim-Systeme mit der Spitex erkennen wir, dass der Vergleich der Leistungen der Spitex und der BESA über den Leistungskatalog bzw. die Spitex-Dienstleistungen möglich ist. Schwieriger ist der Vergleich der Spitex-Dienstleistungen mit dem RAI-System. Somit waren wir gezwungen, einen anderen Weg zu beschreiten und haben eine Erfassungsmethode auf der Basis von Fallbeschreibungen erarbeitet (vgl. nächstes Kapitel 4.2).

## 4.2 Methodisches Vorgehen zum Vergleich über Fallbeschreibungen

Aufgrund der vorangehenden Analyse ist klar, dass ein zuverlässiger Kostenvergleich über detaillierte Fallbeschreibungen erfolgen muss, die Auskunft gibt über die beanspruchten bzw. zu erbringenden Leistungen. Da die drei beteiligten Institutionen mit unterschiedlichen Beurteilungssystemen arbeiten und die Fallbeschreibung einer Institution nicht ohne weiteres für die Beurteilung einer anderen Institution ausreichend ist, müssen die Fallbeschreibungen so ausgestaltet sein, dass sämtliche Institutionen eine Beurteilung der Pflegebedürftigkeit bzw. des Pflegeaufwandes anhand ihres Beurteilungssystems vornehmen können.

Das gewählte Vorgehen bietet zwar wie erwähnt den Hauptvorteil, dass die zu erbringenden Leistungen über die Fallbeispiele kontrollierbar sind und damit der Kostenvergleich nicht durch ein unterschiedliches Leistungsangebot verzerrt wird. Gleichzeitig sind mit diesem

Vorgehen aber verschiedene „Knacknüsse“ verbunden, die im Rahmen des Projektes zu lösen waren. Insbesondere folgende Punkte mussten geklärt werden:

- Auswahl der Fallbeispiele
- Ausreichend genaue Beschreibung der Fälle für eine Beurteilung des Pflegeaufwandes durch die beteiligten Institutionen
- Abschätzung und Erfassung des Pflegeaufwandes
- Erstellen einer ausreichenden Transparenz und Vergleichbarkeit.

Zur Lösung dieser schwierigen Aufgaben haben wir eng mit den beteiligten Organisationen zusammengearbeitet und folgendes Konzept entwickelt:

- **Schritt 1:** Als Vorbereitungsarbeiten zu einem Workshop wurden von Mitarbeiter/-innen der drei Organisationen jeweils 12 Fallbeschreibungen real existierender Fälle anonymisiert vorbereitet. Wesentlich waren dabei drei Dinge:
  - Die 12 Fälle mussten so ausgewählt sein, dass sie den gesamten Tätigkeitsbereich (leichte bis schwere Pflegefälle, verschiedene Umfeldsituation) abdecken.
  - Von den 12 Fällen mussten die Vertreterinnen der Institutionen 5 Fälle kennzeichnen, welche das Spektrum der Institution gut repräsentieren.
  - Die Fallbeschreibungen umfassen nicht nur die Situation der zu betreuenden Person, sondern müssen auch gewisse Informationen zum Umfeld beinhalten. Insbesondere muss berücksichtigt werden, wie die Betreuung im Umfeld des Kunden ist bzw. ob der Kunde über ein soziales Netz verfügt.

Mit diesen Vorbereitungsarbeiten haben die Vertreterinnen der Institutionen die zu bearbeitenden Fälle vorbestimmt. Mit diesem Vorgehen wurde sichergestellt, dass die beteiligten Institutionen mit ihren Fällen korrekt repräsentiert werden.

- **Schritt 2:** In einem Workshop wurden die Fallbeschreibungen mit Vertreterinnen der beteiligten Organisationen besprochen. Die Aufgaben der Vertreterinnen der beteiligten Institutionen waren die Folgenden:
  - Vorstellen der Fallbeschreibungen aus ihren eigenen Institutionen
  - Die notwendigen Fragen zu den Fallbeschreibungen aus den anderen Institutionen zu stellen, um die „fremden“ Fälle in der Folge im Bedarfsabklärungssystem der eigenen Institution auswerten zu können

Die Ergänzungen zu den ursprünglichen Fallbeschreibungen wurden vom Projektteam mit Hilfe des Rasters protokolliert und die Fälle mit den für die verschiedenen Bedarfsabklärungssysteme benötigten Informationen ergänzt. Insgesamt wurden während des Workshops 20 Fallbeschreibungen erarbeitet, wovon acht aus der Spitex und je sechs aus dem Domicil und aus dem Diakonissenhaus stammen.



- **Schritt 3:** Nach dem Workshop hat das Projektteam die einzelnen Fallbeschreibungen redaktionell aufgearbeitet und von einer Fachperson<sup>4</sup> auf die Plausibilität prüfen lassen. Die überarbeiteten Fallbeschreibungen wurden dann an den beteiligten Organisationen weitergereicht. Diese haben für die 20 Fälle in ihren Systemen (RAI, BESA, Spitex) eine Bedarfsabklärung durchgeführt:
  - Dabei wurde der geschätzte Stundenaufwand bzw. die Einstufung ermittelt (effektive Leistungen bei der Spitex, effektiver Zeitaufwand und Punkteinteilung beim BESA-System, effektiver Zeitaufwand und Einreihung in Pflegeaufwandgruppe beim RAI-System).
  - Im Weiteren wurden die Institutionen gebeten, Informationen darüber zu geben, wer die jeweilige Leistung erbringt (Fachpersonal, Hilfspersonal etc.).
  - Zusätzlich wurden die Institutionen gebeten, abzuschätzen, welche Fälle ungefähr wie häufig in ihrer Institution vorkommen.

Die Ergebnisse dieser Analysen wurden anschliessend vom Projektteam ausgewertet. Die Auswertung sind im nachfolgenden Kapitel 5 (Auswertung der Fallbeispiele und Ergebnisse) dargestellt und bilden die Grundlagen für die Kostenvergleiche und weiteren Analysen im Kapitel 6 (Kostenvergleich Pflege und gesamthafter Kostenvergleich; Finanzierung der Kosten bzw. Kostenträger).

---

<sup>4</sup> Frau D. Klossner, Haus für Pflege Bern, Bern.

## 5 Auswertung der Fallbeispiele und Ergebnisse

### 5.1 Grundlegendes zu den Daten der Fallbeispiele

Tabelle 5-1 gibt einen Überblick über die Daten der Fallbeispiele, die uns im Rahmen der Erhebung von den Institutionen zur Verfügung gestellt wurden. Sämtliche Institutionen haben auf Grund der Fallbeschreibungen effektive Pflegezeiten<sup>5</sup> sowie Angaben zu den verrechenbaren Pflegezeiten<sup>6</sup> abgeliefert. Zudem haben wir von sämtlichen drei Institutionen Angaben zur geschätzten Häufigkeit der Fälle erhalten.

**Tabelle 5-1: Datenverfügbarkeit aus dem Workshop und der Nachbearbeitung**

Institution <sup>7</sup>	Effektive Pflegezeit	Verrechenbare Pflegezeit	Häufigkeit der Fälle
Spitex	X	X (= effektive Zeit)	X
Heimorganisation A (System RAI)	X	X (Einreihung)	X
Heimorganisation B (System BESA)	X	X (Einreihung)	X

### 5.2 Auswertung der untersuchten Pflegefälle

#### 5.2.1 Gesamtvergleich über alle drei Organisationen

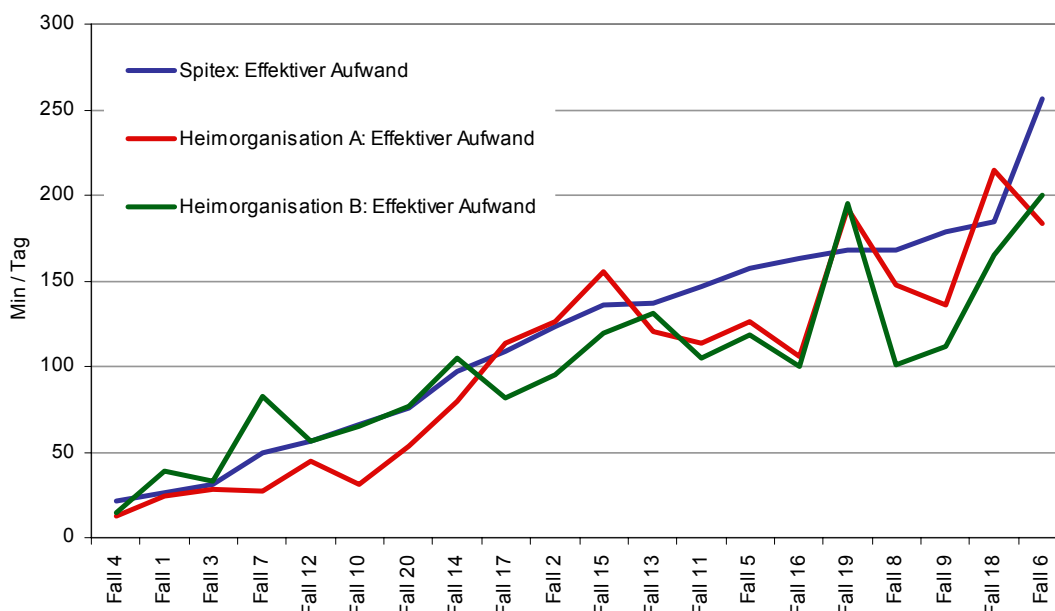
Die Auswertung sämtlicher 20 Fallbeispiele zeigt, dass die Unterschiede – je nach Einstufungssystem bzw. je nach auswertender Institution – bei einzelnen Fällen sehr gross sind. Logischerweise nimmt der absolute Unterschied bei den zeitintensiven Fällen tendenziell zu.

<sup>5</sup> Unter effektiver Pflegezeit beruhen auf dem abgeschätzten Pflegeaufwand. Sie wurden von Mitarbeiterinnen der beteiligten Organisationen ermittelt, beruhen jedoch nicht auf einer Vor-Ort erfassten Zeitmessung.

<sup>6</sup> Unter verrechenbarer Pflegezeit ist hier jene Zeit gemeint, welche gegenüber den Krankenkassen für die Pflege einer Person in Rechnung gestellt werden kann. Die verrechenbare Zeit stimmt nicht zwingend mit der tatsächlich aufgewendeten (effektiven) Pflegezeit überein.

<sup>7</sup> Nachfolgend sprechen wir ausschliesslich von den Heimorganisationen A und B. Dies deshalb, weil die Studie nicht die beiden Heime bzw. ihre Einstufungssysteme mit einander vergleichen will, sondern den Kostenvergleich Spitex – Heimorganisationen anstrebt.

**Grafik 5-1: Pflegeminuten pro Tag gemäss Beurteilung der Spitex, der Heimorganisation A und der Heimorganisation B**



Von den drei beteiligten Institutionen beurteilt Spitex den benötigten Pflegeaufwand in neun Fällen am höchsten, die Heimorganisation A in vier und die Heimorganisation B ebenfalls in sieben Fällen am höchsten. Interessant ist die Beobachtung, dass die Heimorganisation B insbesondere in den Fällen mit tiefem Zeitbedarf tendenziell höher liegt als Spitex, während sie bei den Fällen mit mittlerem oder hohem Zeitbedarf am tiefsten liegt (in aller Regel auch unter der Heimorganisation A). Zwischen Spitex und der Heimorganisation A ist kein so eindeutiges Muster auszumachen. In der Tendenz liegen die Spitex-Werte vor allem bei den pflegeintensiveren Fällen höher.

### 5.2.2 Detaillierte Betrachtung der effektiven Pflegezeitunterschiede

In der nachfolgenden Tabelle 5-2 sind die zeitlichen Unterschiede derjenigen Fälle mit den grössten Differenzen erläutert. Insgesamt zeigt sich, dass Spitex in der Tendenz den Zeitbedarf für die **Grundpflege**<sup>8</sup> am höchsten einschätzt, während dieser von der Heimorganisation B in der Regel am tiefsten geschätzt wird. Ein Teil des höheren Zeitbedarfs – insbesondere bei den komplexen Pflegefällen – kann vermutlich auf die Infrastruktur zurückgeführt werden, die zu Hause weniger geeignet ist als in den Heimen (z.B. Badwannen beim Duschen). Wei-

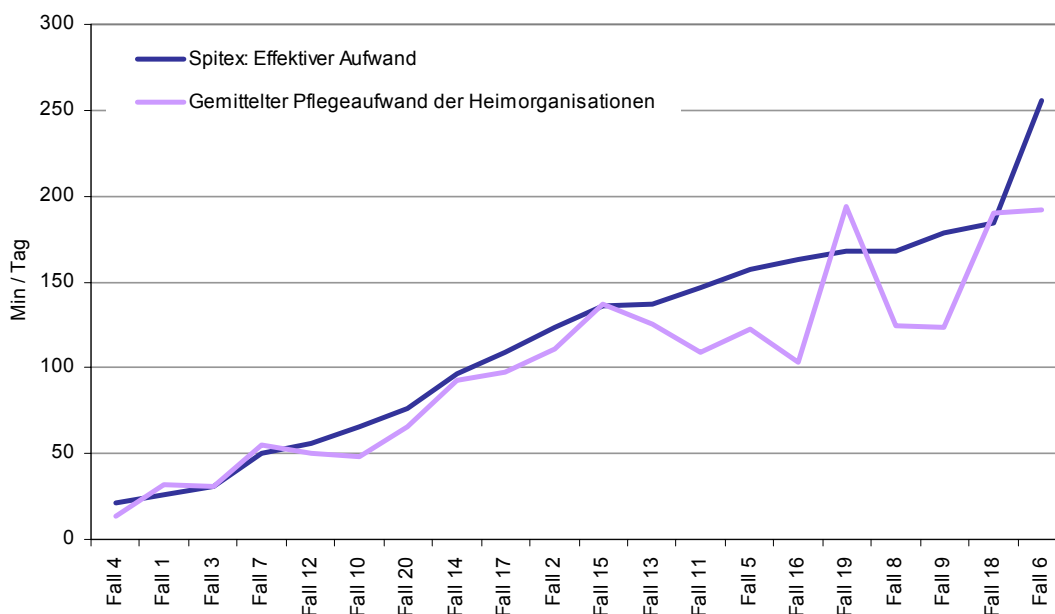
<sup>8</sup> Unter der **Grundpflege** sind Leistungen nicht-medizinischer Art zu verstehen, welche nicht mehr Teil der ärztlichen Behandlung sind, sondern die Folgen der Hilflosigkeit der Pflegebedürftigen ausgleichen wie z.B. die Hilfe beim Aufstehen oder bei der Körperpflege. Die **Behandlungspflege** verfolgt in der Regel ein therapeutisches oder palliatives Ziel zur Behandlung von Krankheiten oder zur Bekämpfung derer Folgen und gehört daher in den Leistungsbereich des KVG. Beispiele sind Messung der Vitalzeichen, Wundbehandlungen oder Injektionen.

ter schätzt Spitex verschiedentlich die Zeit für die **Behandlungspflege** etwas höher ein als die Heimorganisationen.

**Tabelle 5-2: Unterschiede in der Beurteilung bei den Fällen mit grossen zeitlichen Differenzen**

Fallnr.	Erläuterung der Unterschiede
7	Heimorganisation B setzt mehr Zeit für Körperpflege und Mobilisierung ein; zudem wird der Aufwand für Behandlungspflege in der Heimorganisation A tiefer eingeschätzt.
10	Generell schätzt Heimorganisation A den Zeitbedarf etwas tiefer ein als Spitex und Heimorganisation B.
15	Heimorganisation B weist weniger Aufwand für Grundpflege aus.
11	Spitex weist insbesondere einen höheren Aufwand für die Medikamenteneingabe aus.
5	Spitex weist einen höheren Aufwand für die Grundpflege aus.
16	Spitex weist höheren Aufwand für Grundpflege und Medikamenteneingabe aus.
19	Spitex schätzt Aufwand für psychogeriatrische Leistungen und für Motivierung tiefer ein als die beiden Heimorganisationen.
8	Heimorganisation B schätzt Aufwand für Grundpflege tiefer ein als Heimorganisation A und Spitex. Spitex schätzt weiter die Behandlungspflege am höchsten ein.
9	Spitex weist überdurchschnittlichen Aufwand bei der Behandlungspflege auf.
18	Heimorganisation B weist deutlich tieferen Aufwand bei der Grundpflege auf.
6	Spitex weist durchgehend höheren Zeitbedarf aus.

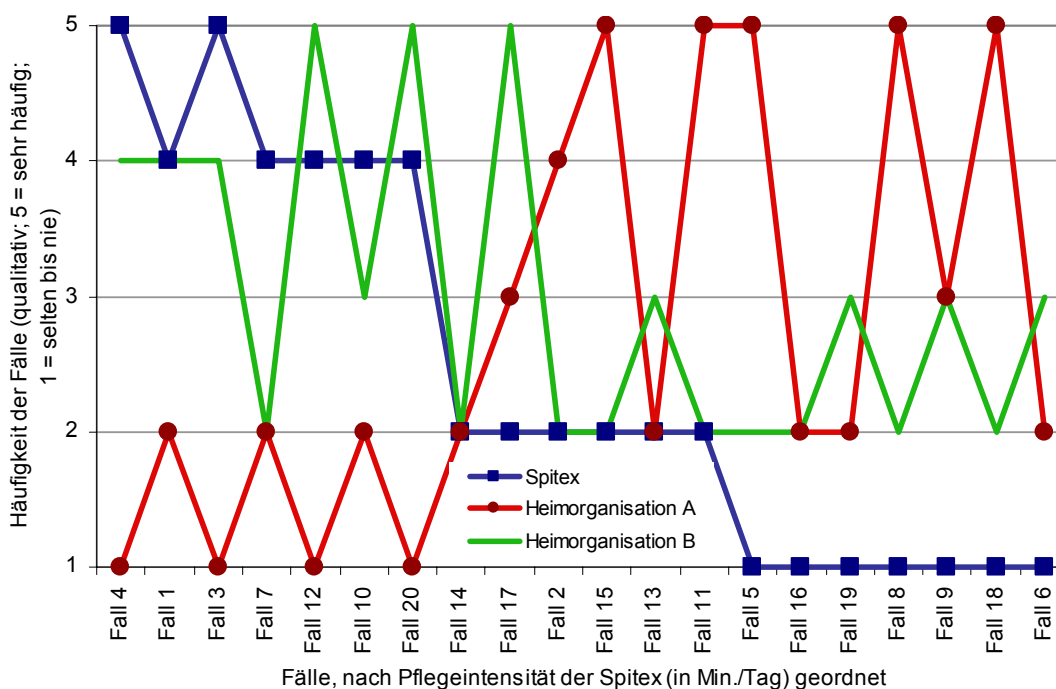
**Grafik 5-2: Pflegeminuten pro Tag: Spitex und gemittelter Wert der Heimorganisationen**



Der vermutete Kosten- und Infrastrukturvorteil der stationären Institution bei der Betreuung von pflegeintensiven Fällen widerspiegelt sich in den effektiven Pflegezeiten ansatzweise (vgl. Grafik 5-2). Grafik 5-3 bestätigt diesen Effekt: Sie zeigt, dass bei der Spitex die Häufigkeit der betreuten Fälle von den leichten Fällen (links) zu den pflegeintensiven Fällen (rechts) abnimmt. Teilweise werden sehr pflegeintensive Fällen aus der Sicht der Spitex (vgl. Tabelle 5-2) als „schwierig durch Spitex zu realisieren“ bezeichnet.<sup>9</sup>

Demgegenüber sind die in der Spitex häufig vorkommenden Fälle bei der Heimorganisation A in der Tendenz selten anzutreffen, dafür sind jene, welche die Spitex als „schwierig realisierbar“ bezeichnet, teilweise sehr häufig anzutreffen. Nicht so klar ist das Bild, wenn man auch die Heimorganisation B berücksichtigt: In der Heimorganisation B sind die Fälle mittlerer Komplexität am häufigsten, während die komplexen Fälle nur eine durchschnittliche Häufigkeit aufweisen. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Allokation der betreuten Fälle so erfolgt, dass die Fälle mit niedriger Pflegeintensität vor allem in der Spitex häufig vorkommen, während pflegeintensivere Fälle in den Heimorganisationen häufiger anzutreffen sind.

**Grafik 5-3: Qualitative Einschätzungen der Häufigkeit der Fälle in den drei Organisationen**



Lesebeispiel: Der Fall 5 ist ein Fall, der in der Spitex Bern nicht oder nur selten vorkommt. In der Heimorganisation A ist der Fall 5 ein typischer Fall und kommt häufig vor.

<sup>9</sup> Diese Beurteilung ist möglicherweise auch auf den heute geltenden Leistungsvertrages von Spitex mit der Stadt und der darin festgelegten Dienstleistungen zurückzuführen.

Bei der Grafik 5-3 sollte eine Überinterpretation aufgrund kleiner Fallzahlen vermeiden werden. Die Unterschiede in der Beurteilung zwischen den beiden Heimen kann auch darauf zurückzuführen sein, dass die Evaluation bei der Heimorganisation A anhand eines privaten Heimes erfolgt ist. Denkbar ist, dass in privaten Heimen tendenziell einkommensstarke Personen mit intaktem sozialen Umfeld und Vermögen zur altersgerechten Anpassung der eigenen Wohnung leben, die erst bei hoher Pflegebedürftigkeit in ein Heim eintreten. In öffentlichen Heimen sind dagegen auch einkommensschwache Personen mit teilweise fehlendem sozialem Umfeld zu finden, welche aus diesem Grund früher und bereits bei geringerer Pflegebedürftigkeit in ein Heim eintreten.

### 5.2.3 Vergleich zwischen effektiven und verrechenbaren Pflegezeiten bei den Heimorganisationen

Die teilweise bestehenden Unterschiede in der Beurteilung des Pflegeaufwandes zwischen den beiden Heimorganisationen führen zur Vermutung, dass allenfalls auch der verrechenbare Aufwand je nach System variiert. Um dies zu prüfen, wurden die effektiven und verrechenbaren Pflegezeiten der beiden Heimorganisationen verglichen.

Grafik 5-4 enthält diesen Vergleich zwischen den effektiven und verrechenbaren Pflegezeiten der Heimorganisationen. Aus dem Vergleich wird Folgendes ersichtlich:

- Die beurteilten verrechenbaren Pflegezeiten der beiden Heimorganisationen weisen ähnliche Unterschiede auf wie die effektiv ermittelten Pflegezeiten. Möglicherweise hängen die Unterschiede in der verrechenbaren Pflegezeit pro Fall mit der Verrechenbarkeit von Demenzfällen zusammen, die in den beiden Erfassungssystemen RAI und BESA sehr unterschiedlich berücksichtigt werden.<sup>10</sup>
- Im Fall der Heimorganisation A (rote und rosafarbene Säulen) ist erkennbar, dass die effektive Pflegezeit bei den leichten Pflegefällen tendenziell unter der verrechenbaren Zeit liegt. Bei den pflegeintensiven Fällen liegt in der Tendenz die umgekehrte Situation vor: Der effektive Pflegeaufwand ist zum Teil deutlich höher als der verrechenbare. Dieser Kurvenverlauf könnte darauf hindeuten, dass bei der Verrechnung der Pflegeleistungen eine Quersubventionierung zwischen den leichten und pflegeintensiven Fällen stattfindet.<sup>11</sup> Dieser empirische Befund basiert aber auf einer zu geringen Stichprobe und müsste zuerst genau verifiziert werden, bevor hierzu eine gültige Aussage gemacht werden kann.
- Dieser Effekt ist bei der Heimorganisation B weniger deutlich erkennbar: Bei den leichten Pflegefällen liegt zwar auch hier die effektive Pflegezeit unter der verrechenbaren Pflege-

---

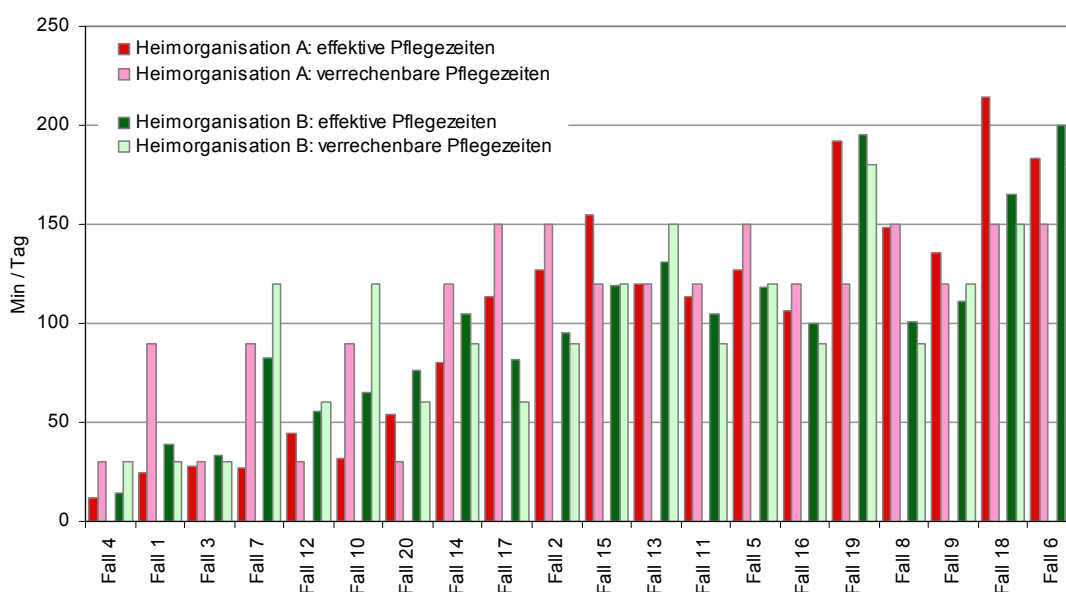
<sup>10</sup> Die unterschiedliche Wirkung der beiden Einreihungssysteme ist aus volkswirtschaftlicher und aus finanzwissenschaftlicher Sicht sehr interessant. Inwiefern hier – neben der von den Mitarbeitenden der beiden Heimorganisationen erwähnten unterschiedlichen Beurteilung von Demenz – systematische Unterschiede vorliegen, ist unseres Wissens nicht evaluiert worden.

<sup>11</sup> Aus betriebswirtschaftlicher Sicht wäre eine solche Quersubventionierung grundsätzlich nicht überraschend, da ja letztlich das Heim seinen gesamten Pflegeaufwand finanzieren muss. Wenn die Krankenkassen den verrechenbaren Pflegeaufwand bei den pflegeintensiven Fällen limitieren, muss die erbrachte Mehrleistung irgendwo verrechnet werden können, damit die langfristige Finanzierung des Heims gewährleistet bleibt.

zeit. Bei den pflegeintensiven Fällen ist bei der Heimorganisation B eine gute Übereinstimmung von verrechenbarer und effektiver Pflegezeit festzustellen. Korreliert man die verrechenbare und die effektive Pflegezeit über die 20 Fälle, erhält man bei der Heimorganisation B einen Wert von 0.91 (im Vergleich zu 0.78 bei der Heimorganisation A).<sup>12</sup>

Der Vergleich zwischen effektiven und verrechenbaren Pflegezeiten bei den Heimorganisationen zeigt, dass die Unterschiede nicht nur in der effektiv beurteilten Pflegezeit liegen, sondern auch in der verrechenbaren Pflegezeit (gemäss unterschiedlichen Beurteilungssystemen).

**Grafik 5-4: Heimorganisationen A und B, Vergleich der Pflegezeiten**



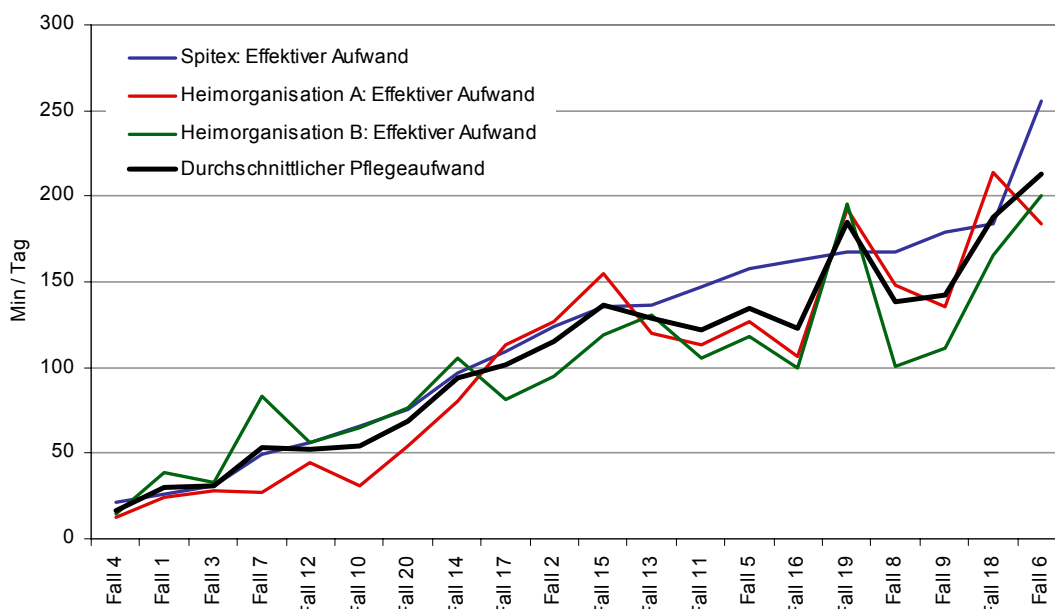
#### 5.2.4 Berechnung eines durchschnittlichen Pflegezeitbedarfs pro Fall über alle Organisationen

Da in die Abschätzung des Pflegezeitaufwands die subjektiven Beurteilungen der fallbeurteilenden Mitarbeiterinnen einfließt, berechnen wir – neben den effektiv angegebenen Pflegezeiten – auch nivellierte Pflegezeiten (siehe Grafik 5-5) und werden die Kostenberechnung im Kapitel 6 mit beiden Varianten durchführen. Eine Nivellierung der effektiven Pflegezeiten der drei Organisationen führt dazu, dass wir einen verlässlicheren Zeitwert erhalten als ohne

<sup>12</sup> Eine Korrelation von 0.91 zwischen effektiver und verrechenbarer Pflegezeit ist aus statistischer Sicht als sehr hoch einzustufen. Möglicherweise deutet dieser hohe Wert auch darauf hin, dass bei der Einschätzung der effektiven Pflegezeit bzw. des effektiven Pflegebedarfs die Verrechenbarkeit der Leistung bereits in die Beurteilung einfließt, was aus Sicht der Institution verständlich ist, aber nicht in jedem Fall den Bedürfnissen der Kunden entspricht.

Nivellierung. Für die Nivellierung wird der ungewichtete Durchschnitt der effektiven Pflegezeit der drei Organisationen verwendet.

**Grafik 5-5: Nivellierte effektive Pflegeminuten pro Tag (Basis: Werte aller drei Institutionen)**



### 5.3 Von der Spitex als „schwierig“ beurteilte Fälle

Bei der vorangehenden Analyse der Fallallokation haben wir darauf hingewiesen, dass bei sieben der insgesamt zwanzig Fälle eine Betreuung durch die Spitex gemäss ihren eigenen Angaben nur schwierig oder nicht möglich wäre.

Die Schwierigkeit der Spitex liegt bei diesen Fällen nicht in erster Linie in der Pflegeintensität an sich, sondern daran, dass die Kunden bei einer Spitexbetreuung alleine und teilweise vereinsamt zu Hause leben würden. Die detaillierte Beurteilung dieser Fälle durch die Spitex ist in Tabelle 5-3 abgebildet.



**Tabelle 5-3: Ausschluss von Fällen aus Sicht der Spitex mit Begründung**

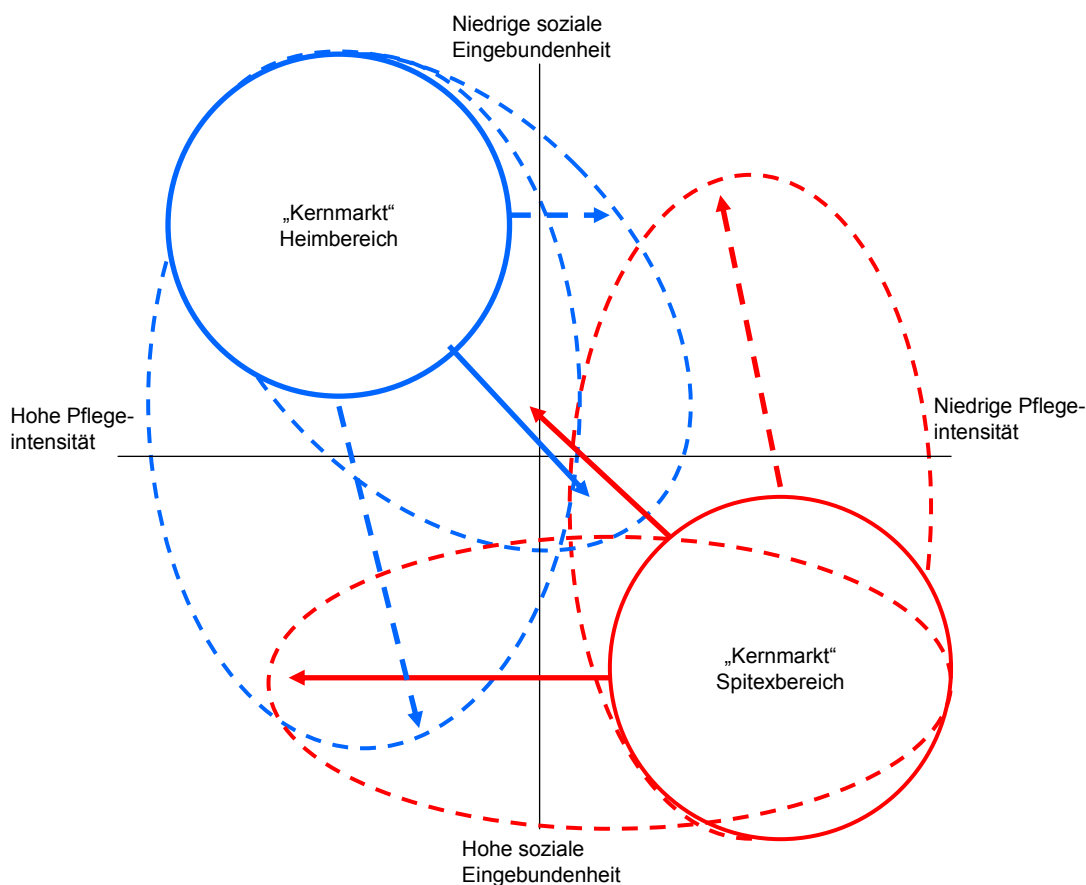
<b>Fallbeschreibung</b>	<b>Begründung</b>
Fall Nr. 5	Die Kundin lebt alleine und hat weder Angehörige noch sonstige Personen zur Unterstützung. Sie ist vereinsamt und kann keine sozialen Kontakte mehr pflegen. Ein Minimum von 3 Spitexbesuchen pro Tag wäre nötig. Die Kundin hat zwar einen Telealarm, aber es ist nicht sicher, ob sie daran denken würde zu läuten. Selbst bei häufigen Spitex-Einsätzen wären die Risiken sehr hoch.
Fall Nr. 6	Ohne Mithilfe mindestens eines Angestellten ist eine Pflege durch die Spitex nicht denkbar. Die Ehefrau könnte aber bei der Pflege durch die Spitex unterstützt werden und wäre so eventuell nicht mehr überlastet. Möglich wäre Hilfe von Freiwilligenorganisationen. Der Pflegeaufwand wäre für Spitex sehr gross - Umlagerung in der Nacht ist notwendig, 4 bis 5 Besuche täglich sind nötig.
Fall Nr. 8	Dieser Fall wäre mit Spitex-Betreuung möglich, wenn sich Söhne und Nachbarn bzw. freiwillige Helfer mehr einbringen und teilweise Betreuung übernehmen würden. Die Kundin braucht Rund-um-die-Uhr-Betreuung und viel Orientierungshilfe und Anleitung. Essen mit einer zweiten Person scheint sich zu bewähren, wäre zu Hause wahrscheinlich nicht möglich.
Fall Nr. 9	Ein Mahlzeitendienst wäre sicher nötig, der Kunde müsste sich in seiner näheren Umgebung noch alleine zu Recht finden - mobil mit Hilfsmittel. Wegen der Atemnot müsste Notruf installiert werden, Hilfe beim Organisieren von Termin nötig, nächtliche Kontrollen sind bei Spitex nicht möglich. Bei Atemnot ist eine sofortige Hilfe notwendig, was Spitex nicht bieten kann.
Fall Nr. 16	Die Betreuung dementer Kunden ist davon abhängig, wie gut sich der Kunde in seinem gewohnten Umfeld zu Recht findet. In vorliegenden Fall wäre eine Betreuung nur mit Hilfe von anwesenden Angehörigen oder mitbetreuenden Nachbarn denkbar. Die Häufigkeit der Medikamentenabgabe müsste reduziert werden, damit eine Spitexbetreuung denkbar wäre. Zudem ist eine Begleitperson für Spaziergänge notwendig, da der Kunde einen grossen Bewegungsdrang hat.
Fall Nr. 18	Da die Kundin nachts umgelagert werden muss, müsste sie zu Hause eine private Nachtwache haben, was letztlich auf die finanzielle Situation ankommt. Die Kundin ist in der Mobilität stark eingeschränkt und kann nicht ohne Hilfe vom Stuhl aufstehen, es müsste also auch tagsüber immer jemand bei ihr sein. Sie ist in den meisten Lebensaktivitäten auf Unterstützung angewiesen und wäre alleine in einer Wohnung hilflos. Zudem braucht sie oft Zuspruch. Insgesamt müsste sehr viel Unterstützung organisiert werden, was schwierig zu realisieren ist.
Fall Nr. 19	Die sechsmal tägliche Inhalation ist durch Spitex nicht praktikabel. Auch die Zubereitung und Abgabe der Mahlzeiten durch Spitex wäre schwierig zu organisieren und zeitaufwändig. Zudem ist eine nächtliche Kontrolle notwendig, welche heute durch Spitex nicht möglich ist.

Die Begründungen bestätigten, was bereits von den Organisationen mehrfach angesprochen wurde: Entscheidend, ob ein Kunde durch Spitex und Heime versorgt werden sollte, ist nicht nur das Ausmass der Pflegeintensität, sondern hängt auch ganz entscheidend davon ab, wie stark die Person sozial eingebunden ist (vgl. Grafik 5-6). Und diese Aussagen belegen auch die in Grafik 2-1 dargestellten Modellüberlegungen, dass die Allokationsfrage aufgrund der

Pflegeintensität einerseits und eben auch der sozialen andererseits beantwortet werden müssen.

Die von Spitex als „schwierig“ bezeichneten Fälle zeigen, dass es heute Bereiche gibt, die für Spitex (noch) wenig Marktpotenzial haben. Fälle mit niedrigen sozialer Eingebundenheit sind für Spitex nur solange machbar, als die Person zu Hause effektiv noch unbetreut leben kann. Benötigt die Person eine umfangreichere Betreuung – z.B. eine ganztägige Betreuung oder nächtliche Betreuung –, ist eine Spitex-Lösung nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen wie dem Einbezug von Freiwilligenarbeit oder einer ausgeprägten Nachbarschaftshilfe möglich. Bei ganz schwierigen Fällen besteht sogar in einer Familienstruktur die Gefahr, dass eine Betreuung zu Hause nicht mehr möglich ist. Dies aufgrund möglicher Überforderungen der Partner und/oder Angehöriger oder aber, indem eine 24-stündige ununterbrochene Beaufsichtigung nicht denkbar und nicht tragbar ist. (z.B. „überforderter Ehepartner/in“).

**Grafik 5-6: „Aktuelle“ Einsatzfähigkeiten der Heim- bzw. Spitex-Organisationen**



## 6 Kostenvergleich zwischen Spitex und Heimorganisationen

### 6.1 Vergleichskonzept

#### 6.1.1 Grundsatz

Ein aussagekräftiger Kostenvergleich zwischen der Spitex- und Heimbetreuung basierend auf einer volkswirtschaftlichen Betrachtung<sup>13</sup> erfordert grundsätzlich einen umfassenden Ansatz, wie er in Tabelle 6-1 dargestellt ist. Neben den reinen Pflegekosten müssen also auch weitere Kostenkomponenten wie die Wege-, Betreuungs- und Pensionskosten berücksichtigt werden.

Selbstverständlich können im Rahmen eines solchen umfassenden Kostenvergleichs auch einzelne Kostenkomponenten miteinander verglichen werden, um spezifische Fragen auf der Ebene der einzelnen Kostenelemente zu klären (vgl. Spalte „Kostenvergleich“). Aus diesem Partialvergleich können aber keine Aussagen über die Vorteilhaftigkeit eines Angebots insgesamt abgeleitet werden.

Nebst der volkswirtschaftlichen Gesamtbetrachtung interessiert vor allem auch die Kostenverteilung bzw. die Frage, wer die Kosten zu tragen hat. Dieser Aspekt wird detailliert im Abschnitt 6.4 untersucht. Eine Analyse dieser Fragestellungen hilft unter Umständen, Fehlanreize im System zu entdecken und mit entsprechenden Massnahmen korrigierend einzugreifen.

**Tabelle 6-1: Konzept des Kostenvergleichs**

<b>Kostenart</b>	Spitex	Heim	<b>Kostenvergleich</b>
<b>Pflegekosten</b>	Pflegekosten	Pflegekosten	Sind die Kosten für vergleichbaren Aufwand gleich oder unterschiedlich?
<b>Wegekosten</b>	Wegekosten	---	Kein Vergleich zwischen Spitex und Heim möglich
<b>Betreuungskosten</b>	Annahmen zu Betreuungskosten	Betreuungskosten / Kostensatz Heim	Wie bedeutsam sind die Betreuungskosten in den Heimen?
<b>Pensionskosten:</b> – Lebenshaltungskosten – Infrastrukturkosten	– Lebenshaltungskosten – Kosten der Wohnung (Miete)	– Kostensatz Heim – Verrechnete oder kalkulatorische Kosten	– Wie sehen auf der Ebene Pensionskosten die Vergleich aus? – Wie gross sind die Infrastrukturkosten im Privatbereich und in den Heimen?
<b>Totalkosten</b>	Summe obiger Kosten	Summe obiger Kosten	Wie sieht der Kostenvergleich auf der Ebene der Gesamtkosten aus?

<sup>13</sup> Bei der volkswirtschaftlichen Betrachtung interessiert die Vorteilhaftigkeit eines Angebots unter Berücksichtigung sämtlicher Kosten, unabhängig davon wo sie anfallen oder wer sie zu tragen hat.

### 6.1.2 Datenanforderungen und Datenverfügbarkeit

Das obige Vergleichskonzept führt zu vergleichsweise hohen Anforderungen beim Ausweis der Fallkosten. Um den Datenbedarf vollumfänglich abdecken zu können, müssten Spitex und Heime die Fallkosten nach den einzelnen Kostenkomponenten ausweisen können.

Die Erfahrungen im Rahmen dieses Pilotprojektes haben gezeigt, dass dies aus unterschiedlichen Gründen nur zum Teil möglich ist. Beispielsweise hat die Spitex bei ihren betreuten Fällen keine Informationen über die Pensionskosten (sowohl Lebenshaltungs- wie Infrastrukturkosten), da diese Kosten nicht von der Spitex in Rechnung gestellt werden, sondern von den betreuten Personen direkt getragen werden. Bei den Heimen hat sich gezeigt, dass die Unterscheidung zwischen Pflege- und Betreuungskosten mit Schwierigkeiten verbunden ist, da diese unterschiedlichen Leistungen in den beiden Organisationen nicht separat erfasst werden. Zudem war in den Heimen auch die Ermittlung der produktiven Pflegekosten nicht oder nur mit Schwierigkeiten möglich.

Insgesamt ist die Datenverfügbarkeit für einen umfassenden Kostenvergleich (stark) beschränkt. Die Zusammenstellung in Tabelle 6-2 zeigt, welche Daten uns von den drei Organisationen zur Verfügung gestellt werden konnten und in welchen Bereichen wir die fehlenden Daten mit eigenen Abschätzungen ergänzt haben.

**Tabelle 6-2: Verfügbare Kostendaten im Überblick**

Kostenarten	Spitex	Heimorganisationen
Pflegekosten	Kostensätze je direkt-produktive Stunde durch Spitex	Kostensätze je direkt-produktive Stunde durch Heimorganisationen*
	Gesamtkosten je direkt-produktive Stunde Pflege (inkl. Overhead) durch Spitex	keine Gesamtkosten je direkt-produktive Stunde Pflege ermittelbar (Unterteilung Overheadkosten nicht möglich)
Wegkosten	In Gesamtkosten von Spitex berücksichtigt	Fallen keine an
Betreuungskosten	keine Angaben durch Spitex (bei der Spitex selber fallen diese nicht an), Annahmen des Projektteams	Betreuungskosten werden anteilmäßig aus Pflege von Heimorganisationen berechnet => Tagessätze Betreuung
Pensionskosten:		
– Lebenshaltungskosten	– keine Angaben durch Spitex, Schätzung des Projektteams (Alters- und Versicherungsamt)	– Tagessätze der Heimorganisationen vorhanden
– Infrastrukturkosten	– keine Angaben durch Spitex, Schätzung des Projektteams	– Teilweise vorhanden (private Heime), teilweise vorhanden oder Annahmen (öffentliche Heime)
Total	Gesamtkosten	Gesamtkosten

Bemerkung: \* Die Zahl der produktiven Stunden ist nur für die Heimorganisation A erhältlich. Wir verwenden die Information auch für die Heimorganisation B.

**Gelb** eingefärbte Zellen weisen daraufhin, dass die Kostenarten von der Organisation selber zur Verfügung gestellt werden konnten. In den **blau** eingefärbten Zellen wurden von Seiten des Projektteams Annahmen getroffen.

### 6.1.3 Kostenvergleich im Rahmen des Pilotprojektes

Basierend auf der Datenverfügbarkeit im Rahmen dieses Pilotprojektes (vgl. Tabelle 6-2) haben wir uns entschieden, den Kostenvergleich auf die Pflegekosten und die Gesamtkosten pro Fall zu beschränken. Bei den übrigen Kostenkomponenten ist entweder aus methodischen Gründen ein Kostenvergleich wenig sinnvoll (z.B. fallen Wegekosten nur bei der Spitex an und es ist nur eine Spitex-Organisation in der Erhebung enthalten) oder die Datenlage muss für einen Detailvergleich als zuwenig gesichert betrachtet werden (z.B. Betreuungskosten).<sup>14</sup>

Die durchgeführten Kostenvergleiche beantworten dabei folgende Fragen:

- Der Vergleich der Pflegekosten gibt Auskunft darüber, ob die Pflegeleistungen zu vergleichbaren oder tendenziell unterschiedlichen Kosten erbracht werden.
- Aus dem Vergleich der Gesamtkosten lässt sich erkennen, ob – unter einer volkswirtschaftlichen Kostenbetrachtung – gewisse Dienstleistungen eher von der Spitex oder von einer Heimorganisation geleistet werden sollten.

## 6.2 Vergleich Pflegekosten

Beim Kostenvergleich Pflege interessiert die Frage, ob die Pflegeleistungen in den Spitex- und Heimorganisationen zu vergleichbaren Kosten erbracht wird. Die Grundidee dabei ist, dass die pro Fall geschätzte Pflegezeit mit dem jeweiligen Kostensatz der Organisation für die Pflegeleistung multipliziert wird. Allfällige Unterschiede in den Ergebnissen können dabei folgende Ursachen haben:

- Die benötigte Pflegezeit pro Fall wird von den drei Institutionen unterschiedlich eingeschätzt.
- Die Kostensätze pro erbrachte direkt-produktive<sup>15</sup> Pflegestunde sind unterschiedlich,
  - weil entweder die Lohnkosten für vergleichbares Personal variieren
  - oder weil der eingesetzte Personal-Mix (Anteil qualifizierte zu weniger qualifiziert) unterschiedlich ist.

Wir tragen diesen möglichen Ursachen Rechnung indem wir in einem ersten Schritt die Pflegekosten mit der unterschiedlich eingeschätzten Pflegezeit darstellen (Abschnitt a) und im zweiten Schritt einen Vergleich vornehmen, bei welchem die Pflegezeiten zwischen den drei Organisationen ausnivelliert sind (Abschnitt b).

---

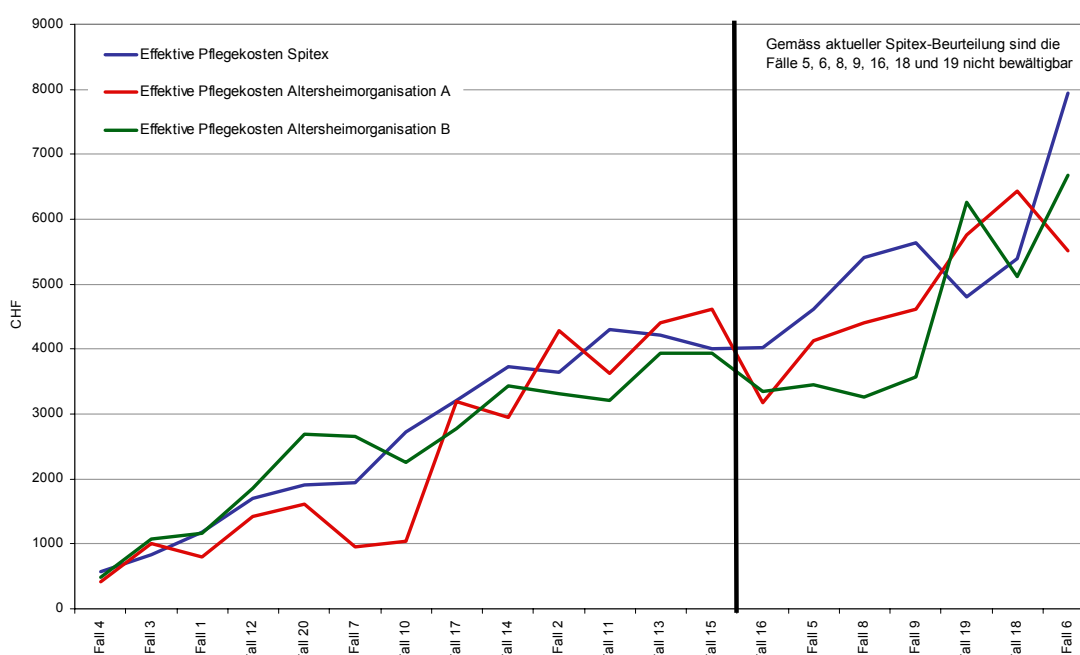
<sup>14</sup> Selbstverständlich „vererbt“ sich die Unsicherheit aus einzelnen Kostenkomponenten auch auf die Gesamtkosten pro Fall weiter. Da es sich jedoch um nicht korrelierte Unsicherheiten handelt (Fehler bzw. Unsicherheit in der Kostenkomponente A beeinflusst Fehler bzw. Unsicherheit in der Kostenkomponente B nicht) kann auf der Ebene der Gesamtkosten die relative Ungenauigkeit als geringer eingeschätzt werden als auf der Ebene der einzelnen Kostenkomponenten.

<sup>15</sup> Unter dem Kostensatz je direkt-produktive Stunde werden die Lohnkosten des Pflegepersonals ohne irgendwelche Overheadzuschläge für die Administration bzw. Organisation verstanden.

### a) Pflegekosten mit unterschiedlich eingeschätzter Pflegezeit

Grafik 6-1 zeigt die Pflegekosten je Organisation, basierend auf dem geschätzten Pflegeaufwand. Die Unterschiede in den Pflegekosten je Fall sind primär auf die Unterschiede in der Beurteilung des Aufwandes zurückzuführen. Dabei zeigt sich, dass die Pflegekosten zwischen den drei Organisationen zwar variieren, aber sich dennoch in einem vergleichbaren Bereich befinden. Erst bei den pflegeintensiveren Fällen liegen die Kosten der Heimorganisationen meistens unter denjenigen der Spitex.

**Grafik 6-1: Pflegekosten pro Monat in CHF, Vergleich Spitex und Heimorganisationen (Basis: Beurteilung nach Pflegezeit je Fall durch die einzelnen Organisationen)**



Lesebeispiel: Bei Fall 4 weisen alle drei Organisationen ähnliche Kosten auf. Bei Fall 17 sind die Pflegekosten von Spitex und der Heimorganisation A vergleichbar, diejenigen der Heimorganisation B liegen tiefer.

Bei der Interpretation dieses Vergleichs gilt es folgende Schwierigkeiten bei der Datenerhebung zu berücksichtigen:

- **Schwierigkeiten bei der Differenzierung zwischen Pflege- und Betreuungsaufwand in den beiden Heimen**

Zentral für das Vergleichskonzept ist, dass die Personalkosten für die reine Pflegeleistung ohne Betreuungsaufwand oder sonstige Zuschläge für Administrativ- und Overheadkosten ermittelt werden. Bei der Durchführung der Datenerhebung hat sich gezeigt, dass dieses Konzept bei den Heimen auf Schwierigkeiten stösst, weil die beiden beteiligten Heime zwar die reinen Personalkosten für Pflege und Betreuung kennen, aber nur eine ungefähre Angabe zur Aufteilung zwischen erbrachter Pflege- und Betreuungsleistung vornehmen

können. Die Heimorganisationen nehmen dabei gewisse empirische Erwartungswerte zu Hilfe, und gehen davon aus, dass der Anteil der Betreuungskosten je nach Heimorganisation zwischen 25% bis 35% beträgt. Wir verwenden ebenfalls diese Werte.

- **Keine Daten zu den direkt-produktiven Pflegestunden im Heim B:**

Die Heimorganisation B verfügt über keine Angaben zum Anteil der direkt-produktiven Pflegestunden des Pflegepersonals. Dieser Aspekt wurde so korrigiert, dass der Anteil der direkt-produktiven Stunden der Heimorganisation A auch für die Heimorganisation B verwendet wurde, um daraus Stundensätze des Pflegepersonals in Heim B abzuleiten.

Trotz dieser Einschränkungen ist methodisch ein Kostenvergleich zulässig. Allerdings sollten die relativen Unterschiede aufgrund der Datenschwierigkeiten keinesfalls überinterpretiert werden. Es gilt weiter zu beachten, dass nur drei Organisationen in den Vergleich einbezogen wurden und daher auch keine Aussagen über das generelle Kostenverhältnis zwischen Spitex- und Heimorganisationen möglich ist.

#### **b) Pflegekosten mit nivellierter Pflegezeit**

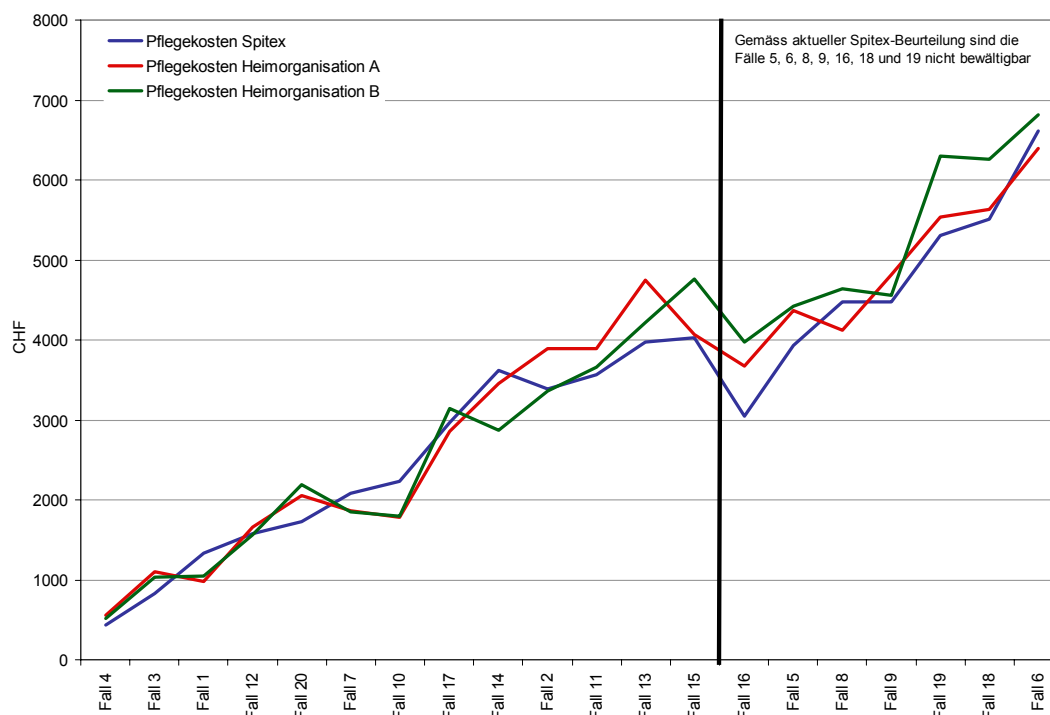
Grafik 6-2 zeigt den Verlauf der Pflegekosten, wenn für alle drei Organisationen pro Fall die gleiche Pflegezeit angenommen wird.<sup>16</sup>

Wie zu erwarten ist, gleichen sich die Pflegekosten zwischen den verschiedenen Organisationen an: Die verbleibenden – vergleichsweise kleinen – Differenzen sind auf die Unterschiede in den Stundensätzen und auf den Einsatz des verschiedenen Personalkategorien (Personal-Mix) zurückzuführen.

---

<sup>16</sup> Zur Nivellierung der Pflegezeiten haben wir den Mittelwert der effektiven Pflegezeiten der drei Organisationen verwendet.

**Grafik 6-2: Pflegekosten in CHF, Vergleich Spitex und Heimorganisationen (Basis: nivellierte durchschnittliche Pflegezeit je Fall)**



### c) Fazit zu den Pflegekosten

Der Vergleich der Pflegekosten hat trotz den erwähnten Datenschwierigkeiten Folgendes gezeigt:

- Die Pflegekosten je Fall hängen logischerweise in erster Linie vom zeitlichen Pflegeaufwand ab. Die Verwendung eines durchschnittlichen zeitlichen Pflegeaufwandes nivelliert die Pflegekosten der verschiedenen Organisationen. Wie im vorangehenden Kapitel gezeigt wurde, finden wir bei pflegeintensiven Fällen in der Tendenz bei Spitex höhere Werte für den Pflegeaufwand. Ein Teil dieses höheren Pflegeaufwandes ist mit der weniger geeigneten Infrastruktur in den Privathaushalten erklärbar.
- Ebenfalls eine wichtige Rolle spielt der eingesetzte Personal-Mix. Die ermittelten Kosten können je Organisation dann minimiert werden, wenn der optimale Personal-Mix eingesetzt werden kann. Der Einsatz eines optimalen Personal-Mixes ist vor allem für ländliche Spitex-Organisationen auf Grund der längeren Wege schwieriger, da anzunehmen ist, dass bei längeren Wegzeiten in der Regel nur eine Person einen Kunden besucht; diese Person muss aber fachlich und rechtlich in der Lage sein, sämtliche Dienstleistungen zu vollbringen. Dies kann dazu führen, dass z.B. eine Pflegefachperson auch weniger qualifizierte Tätigkeiten zu einem höheren Stundensatz ausführen muss. In einer urbanen Spitex-Organisation führt dieser Aspekt hingegen zu geringeren Optimierungsproblemen, da es hier durchaus vorkommt, dass zwei Personen unterschiedlicher Qualifikation gleichzeitig einen Kunden besuchen.



## 6.3 Vergleich Gesamtkosten

In diesem Abschnitt wird ein Vergleich der Gesamtkosten je Fall in den verschiedenen Organisationen vorgenommen. Ergänzend zu den Pflegekosten im vorangehenden Abschnitt werden also auch alle weiteren Kostenkomponenten (Wegekosten, Betreuungskosten, Pensionskosten) in den Vergleich miteinbezogen. Methodisch betrachtet lässt sich damit eine Aussage über die Vorteilhaftigkeit der einzelnen Angebote bezüglich der gesamten volkswirtschaftlichen Kosten gewinnen.

### 6.3.1 Verwendete Eckwerte

Zum Aufbau des umfassenden Kostenvergleichs war es wie in Tabelle 6-2 aufgezeigt notwendig, die Kostenangaben der beteiligten Organisationen mit eigenen Schätzungen zu einzelnen Kostenkomponenten zu ergänzen. Im Folgenden werden die verwendeten Daten bzw. Annahmen beschrieben und kurz erläutert.

#### a) Angebot Spitex

Zur Ermittlung der fallspezifischen Gesamtkosten bei der Spitex werden nebst den ausgewiesenen Pflegekosten folgende Kostenkategorien berücksichtigt.

- **Wegekosten, Overhead-Kosten und Sachkosten:** Die Wegekosten werden in den Stundensätzen des Pflegepersonals einberechnet, ebenso die Overhead- und die Sachkosten. Die Einberechnung der Overhead- und Sachkosten erfolgt gemäss Spitex über einen fixen Betrag je Pflegestunde.
- **Betreuungskosten:** Die Berechnung von Betreuungskosten steht dann zur Diskussion, wenn die von der Spitex gepflegte Person eine zeitintensive Betreuung benötigt. Obwohl die Betreuung in vielen Spitexfällen durch Angehörige, Nachbarn oder andere „Freiwillige“ erfolgt, lassen einige der Fallbeschreibungen vermuten, dass entweder keine Betreuungspersonen (z.B. keine Angehörigen) vorhanden sind oder aber dass die Betreuungsaufgaben die Kapazität von freiwilligen Helfer/-innen übersteigt. In diesem Fall ist eine Berechnung von Betreuungskosten volkswirtschaftlich korrekt. Die Betreuungskosten werden wie folgt abgestuft:
  - Einer Person, welche den Alltag noch gut meistern kann, werden keine Betreuungskosten angerechnet.
  - Einer Person, welche eine gewisse Betreuung braucht, werden Betreuungskosten im Ausmass von CHF 1000 pro Monat angerechnet.
  - Einer Person, welche intensive Betreuung braucht, werden Betreuungskosten im Ausmass von CHF 2000 pro Monat angerechnet.

Die Berücksichtigung von Betreuungskosten hat in den ausgewählten Fallbeispielen zum Teil einen wesentlichen Einfluss auf den Verlauf der Gesamtkosten. Im Sinne der Transparenz – und auch aufgrund der kontroversen Diskussion, vgl. untenstehenden Kasten – werden wir daher in den nachfolgenden Grafiken jeweils die Kostenverläufe mit und ohne Berücksichtigung der Betreuungskosten ausweisen.

- **Pensionskosten:** Die Pensionskosten setzen sich aus der Wohnungsmiete einerseits und den Lebenshaltungskosten andererseits zusammen:
  - **Lebenshaltungskosten:** Hierzu wurden die Richtlinien des Alters- und Versicherungsamtes der Stadt Bern konsultiert und ein Betrag von **1'200 CHF** pro Monat gewählt.<sup>17</sup> In diesem Betrag enthalten sind Essenskosten, Mietnebenkosten, Kosten für Kleidung, Kosten für Wohnungsreinigungen etc. Sensitivitätsanalysen haben gezeigt, dass die genaue Höhe dieser Kosten nur einen marginalen Einfluss auf den Kostenvergleich Spitex – Heimorganisationen haben und die Tendenzaussagen der Ergebnisse nicht verändern.
  - **Miete:** Als Grundlage wurde ein durchschnittlicher Mietzins für eine 2-Zimmer-Wohnung in der Stadt Bern verwendet. Dieser beläuft sich auf **960 CHF** pro Monat.<sup>18</sup>

#### **Bezahlte Betreuung versus Freiwilligenarbeit**

Die Berücksichtigung von Betreuungskosten zur Ermittlung der Gesamtkosten des Spitex-Angebots wird zum Teil kontrovers beurteilt.

Unbestritten ist, dass Freiwilligenarbeit – nicht nur aber vor allem – im Spitex-Bereich in einigen Fällen eine zentrale Rolle übernimmt. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn eine pflegebedürftige Person von einem Lebenspartner oder von Kindern intensiv betreut wird. Über die Betreuung durch Familienangehörige hinaus, gibt es Freiwilligenarbeit oftmals von Nachbarn (z.B. beim Einkaufen) oder auch von Freiwilligenorganisationen wie dem Roten Kreuz. Alle diese Akteure (Angehörige, Nachbarn, weitere Freiwillige) leisten wichtige Arbeit. Würde diese Arbeit nicht (mehr) geleistet, könnten stark pflegebedürftige Personen zum Teil nicht mehr zu Hause durch die Spitex betreut werden.

Im Rahmen des Kostenvergleichs stellt sich die Frage, wie diese Freiwilligenarbeit zu bewerten ist. Aus volkswirtschaftlicher Sicht handelt es sich eindeutig um Opportunitätskosten (Freiwillige verzichten auf Freizeit und nehmen damit einen Nutzenverzicht in Kauf oder beim Wegfall der Freiwilligen müsste deren Arbeit durch bezahlte Personen ersetzt werden), die im Rahmen einer Gesamtbewertung zu berücksichtigen ist. Verschiedentlich wird aber auch argumentiert, dass es sich dabei nicht um eigentliche Kosten handelt, da erstens keine Entschädigung geleistet wird, zweitens die Betreuung auch Nutzen bei den Freiwilligen stiftet und drittens ohne die Freiwilligenarbeit das heutige Betreuungssystem nicht mehr aufrecht zu erhalten wäre. Wir haben aufgezeigt, dass wir diese Argumentation zwar nicht teilen, im Sinne der Transparenz aber trotzdem die Kostenverläufe mit und ohne Betreuungskosten ausweisen.

<sup>17</sup> Vgl. Alters- und Versicherungsamt der Stadt Bern (2006), Die Zusatzleistungen zur AHV und IV.

<sup>18</sup> Nachfrage bei der Immobilienfirma Wüest & Partner.

## b) Heimorganisationen

Bei den Heimorganisationen werden die nachfolgenden Kostenkategorien berücksichtigt.

- **Betreuungskosten:** Bei den Betreuungskosten wurden die von den Heimorganisationen ausgewiesenen Werte verwendet, welche in den Angaben zu den Lohnkosten für Pflege und Betreuung enthalten sind. Zu den Betreuungskosten im Heimbereich zählt auch die 24-stündige Verfügbarkeit von Pflege- und Betreuungspersonal.
- **Pensionskosten:** Die Pensionskosten beinhalten die Lebenshaltungskosten sowie sämtliche Kosten für die Infrastrukturnutzungen („Infrastrukturkosten“ sowie Unterhaltskosten der Infrastruktur). Während die Unterhaltskosten der Infrastruktur Teil der Kosten sind, die vom Kunden zu bezahlen sind, werden die Infrastrukturkosten in öffentlichen Heimen der Stadt Bern heute von der öffentlichen Hand bezahlt. Die Pensionskosten beinhalten somit:
  - **Lebenshaltungskosten** (Verpflegung, Kosten für Raumpflege etc.) sowie **Unterhaltskosten der Infrastruktur** (Reparaturen, Sicherheitsvorkehrungen wie Brandschutz etc.): Hier wurden die jeweiligen Tagessätze des entsprechenden Heimes bzw. gemittelte Werte je Heimorganisation verwendet.
  - **Infrastrukturkosten** (Miete): In den öffentlichen Heimen sind die Infrastrukturkosten nicht berücksichtigt. Diese Kosten wurden nach Rücksprache mit dem Alters- und Versicherungsamt der Stadt Bern mit 32 CHF pro Tag veranschlagt.<sup>19</sup> Als Alternative haben wir bei der Heimorganisation B die Variante mit den effektiv angefallenen, durch die Stadt Bern bezahlten Infrastrukturkosten berechnet. Aus wissenschaftlicher Sicht ist diese Zahl mit einer gewissen Vorsicht zu geniessen, da der berücksichtigte Zeitraum von fünf Jahren hinsichtlich korrekter durchschnittlicher Infrastrukturkosten zu kurz sein könnte.

## 6.3.2 Ergebnisse

### a) Gesamtkosten mit unterschiedlich eingeschätzter Pflegezeit

Grafik 6-3 zeigt die gesamten Kosten für die Spitex und die Heimorganisationen. Im Fall der Spitex haben wir sowohl die Varianten mit und ohne Betreuungskosten dargestellt. Bei der Heimorganisation B haben wir zwei verschiedene Varianten der Infrastrukturkosten aufgeführt.

Insgesamt zeichnet Grafik 6-3 ein klares Bild:

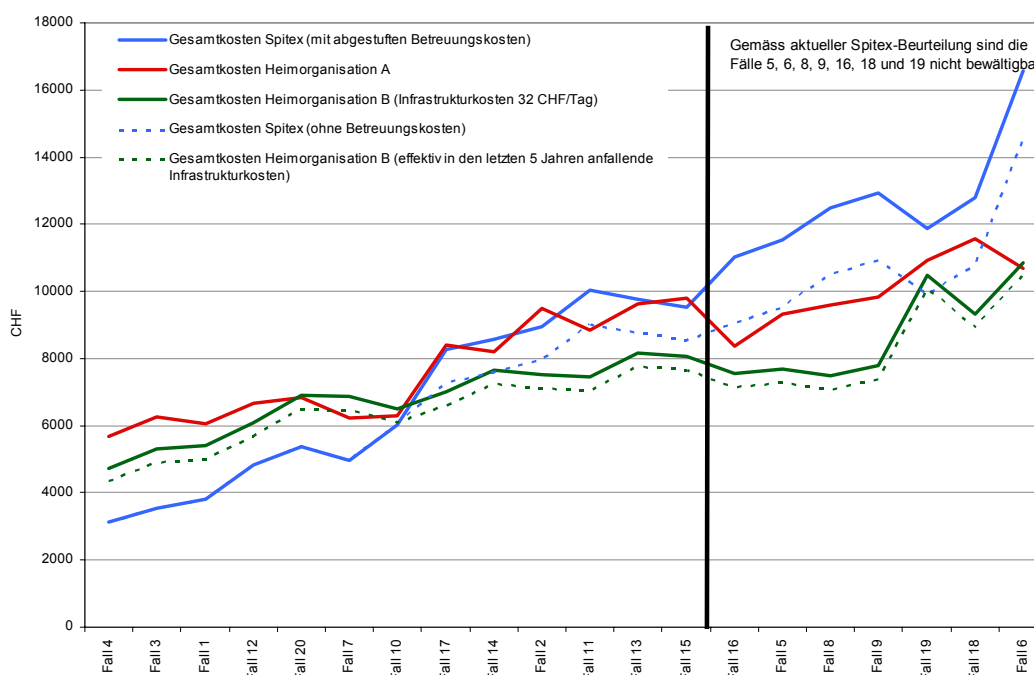
- Bei denjenigen Fällen mit vergleichsweise tiefen Gesamtkosten (und damit tiefer Pflegeintensität) schneidet Spitex deutlich am besten ab. Die vergleichsweise hohen Kosten für Pension und Betreuung in Heimen führen dazu, dass Spitex in diesen Fällen einen deutlichen Kostenvorteil hat.

---

<sup>19</sup> Gemäss Information von Herrn Urs Leuthold. Dies gilt jedoch nur für die öffentlichen Heime, die privaten Heime müssen ihre Infrastrukturkosten verrechnen.

- Werden keine Betreuungskosten berechnet, zeigt die vorliegende Studie, dass Spitex mit den je Fall effektiv anfallenden Kosten der Heimorganisation A mithalten kann, selbst bei den komplexeren Pflegefällen.
- Berücksichtigt man die Betreuungskosten bei der Spitex, nehmen nun insbesondere bei den komplexen Pflegefällen die Kosten im Fall einer Spitexbetreuung zu. In der Realität werden diese Betreuungsleistungen oftmals von Familienangehörigen oder von Freiwilligen übernommen.
- Bei den einfachen und mittelmässig komplexen Pflegefällen bleibt die Spitex im Vergleich mit den Pflegeheimen konkurrenzfähig.
- Die unterschiedliche Berechnung der Infrastruktur bei der Heimorganisation B zeigt erwartungsgemäss nur geringe Unterschiede. Die Kosten in der Heimorganisation B liegen bei der Verwendung der Variante „effektive, in den letzten 5 Jahren anfallende Infrastrukturkosten“ etwas tiefer.

**Grafik 6-3: Vergleich der gesamten Kosten je Fall in der Spitex und den Heimorganisationen mit effektiven Pflegezeiten<sup>20</sup>**



Bemerkung: Die höheren Gesamtkosten der Heimorganisation A – im Vergleich mit der Heimorganisation B – sind in erster Linie auf die höheren Betreuungskosten zurückzuführen. Unterschiedliche Pensionskosten und die Unterschiede im Personal-Mix spielen eine geringere Rolle.

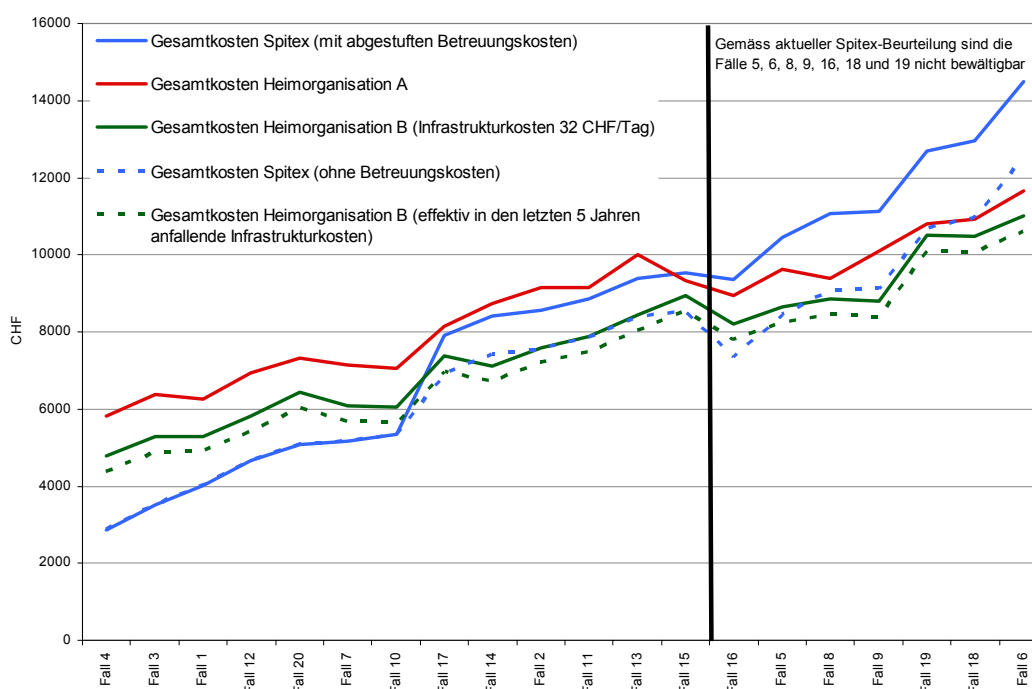
<sup>20</sup> Auf Wunsch der Auftraggeber werden sämtliche Betrachtungsvarianten in einer Grafik dargestellt. Damit soll vermieden werden, dass je nach Interessenlage nur spezifische Teilergebnisse aus der Studie verwendet werden (z.B. nur ein Vergleich der Kosten mit Betreuungsaufwand bei der Spitex).

### b) Gesamtkosten mit nivellierter Pflegezeit

In der Grafik 6-4 basieren die Ergebnisse auf einem gemittelten Pflegeminutenwert über alle drei Institutionen (dies im Unterschied zur Darstellung im vorangehenden Abschnitt mit spezifischen Pflegezeiten pro Institution). Vergleichen wir die Ergebnisse mit denjenigen der Grafik 6-3, bestätigen sich die wichtigsten Erkenntnisse.

Ein Vergleich der volkswirtschaftlichen Kosten in der Spitex-Situation (mit Betreuungskosten) und in der Heimpflege zeigt ein deutliches Bild: Bei den einfachen Pflegefällen ist die Spitex-Lösung kostengünstiger, bei den Pflegefällen mittlerer Bedürftigkeit sind die beiden Lösungen in einem vergleichbaren Rahmen, während bei den komplexeren Fällen die Heimbetreuung kostengünstiger ist. Werden keine Betreuungskosten für die Spitex-Lösung (gestrichelte Linie) berechnet, bleibt die Spitex kostenmässig bis in die komplexen Fälle kompetitiv. Mit der Ausnivellierung der Pflegezeiten vermindern sich auch die Unterschiede in den Kostenverläufen gegenüber der vorangehenden Grafik 6-3.

**Grafik 6-4: Vergleich der gesamten Kosten je Fall in der Spitex und den Heimorganisationen, mit nivellierten Pflegezeiten<sup>21</sup>**



Bemerkung: Die höheren Gesamtkosten der Heimorganisation A – im Vergleich mit der Heimorganisation B – sind in erster Linie auf die höheren Betreuungskosten zurückzuführen. Unterschiedliche Pensionskosten und die Unterschiede im Personal-Mix spielen eine geringere Rolle.

<sup>21</sup> Auf Wunsch der Auftraggeber werden sämtliche Betrachtungsvarianten in einer Grafik dargestellt. Damit soll vermieden werden, dass je nach Interessenlage nur spezifische Teilergebnisse aus der Studie verwendet werden (z.B. nur ein Vergleich der Kosten mit Betreuungsaufwand bei der Spitex).

## 6.4 Finanzierung der Kosten bzw. Kostenträger

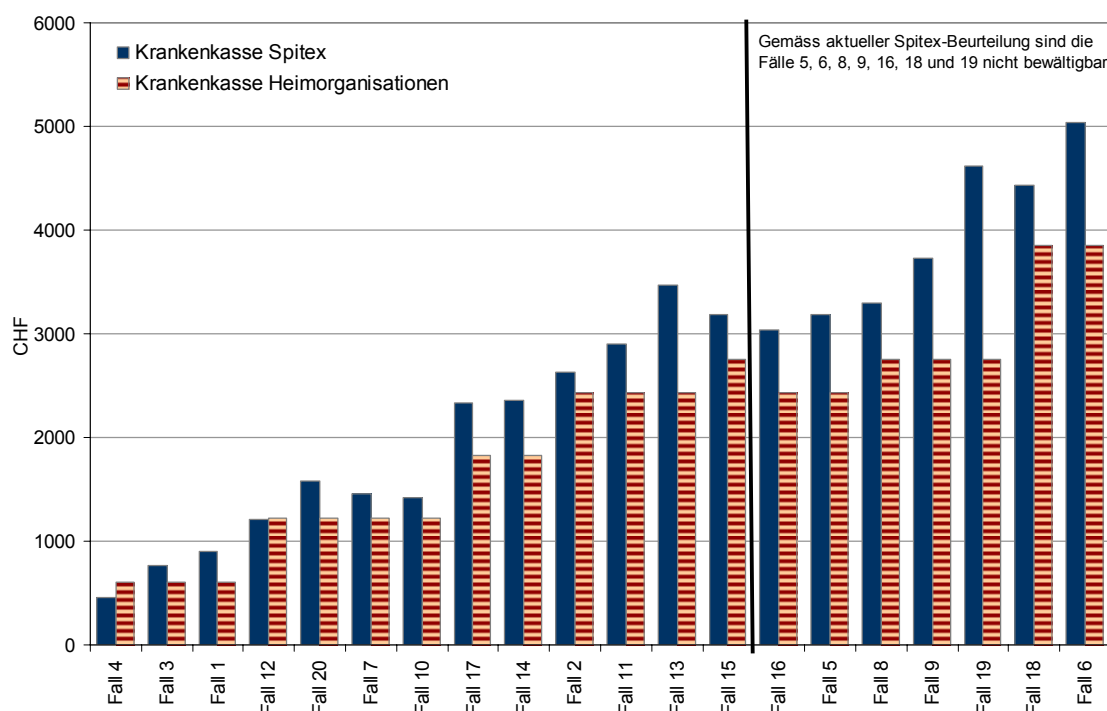
In diesem Abschnitt wird die Finanzierung der im vorangehenden Kapitel ermittelten Kosten untersucht. Konkret geht es dabei um die Frage, welche Kostenträger je nach gewählter Pflegelösung welchen Kostenanteil zu finanzieren haben. Grundsätzlich können drei Kostenträger (bzw. Finanzier) unterschieden werden, nämlich die betreuten Kunden selbst, die Krankenkassen sowie die öffentliche Hand über diverse Gefässe wie Ergänzungsleistungen und Zuschüsse nach Dekret.

In der heutigen politischen Debatte wird von Seiten der Krankenkassen die Ausdehnung der Spitexstunden teilweise behindert, während die kantonale Gesundheitsdirektorenkonferenz vermehrte Spitexlösungen als Modell für die Zukunft sieht. Weshalb kommen zwei der Finanzierer zu entgegen gesetzten Lösungen? Die nachfolgenden Grafiken erläutern dies.

Grafik 6-5 zeigt die Kosten, welche für die Krankenkassen in der Spitex-Lösung bzw. in der Heim-Lösung je nach Pflegefall anfallen. Als Basis für diese Analyse werden nivellierte Pflegezeiten über Spitex und Heime verwendet. Für die Heimorganisationen wird ein gemittelter Wert für die Betreuungskosten und die Pensionskosten gewählt.

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass die Kosten für die Krankenkassen in der Spitex-Lösung in der Regel höher sind als in der Heim-Lösung. Im Heimbereich haben die Krankenkassen nur eine Pauschale je Pflegestufe zu tragen, im Spitex-Bereich nehmen die Kosten für die Krankenkassen proportional zur geleisteten Zeit zu. Die Ergebnisse belegen somit, weshalb die Krankenkassen auf Grund der ausgehandelten Tarife ein Interesse haben, die Spitex-Stunden zu limitieren und durch die Beschränkung der Kostenzusprache den Übertritt in ein Heim – zwar nicht zu erzwingen – jedoch aber doch zu begünstigen. Sofern das politische Primat der freien Wahl zwischen den beiden Angeboten erhalten bleiben soll, stellt sich die Frage ob und inwiefern es den Krankenkassen überlassen werden darf und soll, zu entscheiden, welche Kosten in welchen Fall übernommen werden. Selbstverständlich gilt es dabei ergänzend darauf hinzuweisen, dass die Entscheidung des Kunden nicht nur von den (selbst zu tragenden) Kosten, sondern auch von Nutzenüberlegungen bestimmt wird, für die z.B. auch Faktoren wie die Betreuung zu Hause im gewohnten Umfeld oder die geringere Gefahr der Vereinsamung bei einem Heimaufenthalt von Bedeutung sind.

**Grafik 6-5: Anfallende Kosten der Krankenkassen nach Fallbeschreibung bei der Spitex-Lösung bzw. der Heim-Lösung**



Grafik 6-6 zeigt die anfallenden Kosten der öffentlichen Hand sowie der Kunden. Die Kosten der Kunden können je nach Bedürftigkeit über Ergänzungsleistungen und Zuschüsse nach Dekret auch zu Kosten der öffentlichen Hand werden. Nicht berücksichtigt werden in der Grafik 6-6 die Kosten der Betreuung bei der Spitex-Lösung, da heute kaum denkbar ist, dass diese subsidiär von der öffentlichen Hand übernommen werden. Berücksichtigt bei den Kosten der öffentlichen Hand werden die Infrastrukturkosten in den Heimen sowie die Beiträge, welche die Spitex über den Leistungsvertrag der Stadt Bern erhält.

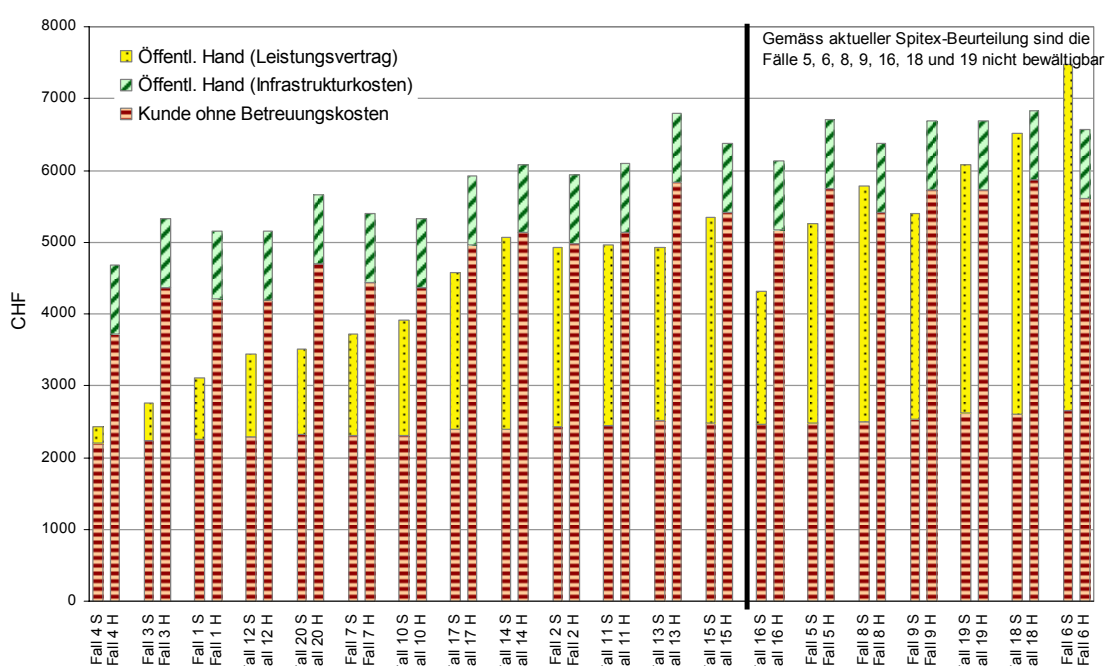
Grafik 6-6 verdeutlicht, dass im Grundsatz die vom Kunden zu tragenden Kosten bei der Heim-Lösung höher sind als in der Spitex-Lösung. Da die öffentliche Hand aber im Bedarfsfall für die Kosten des Kunden aufkommen muss, müssen zwei „Eckfälle“ unterschieden werden:

- **Kunde mit ausreichendem Einkommen/Vermögen:** Solange der Kunde über genügend finanzielle Mittel verfügt („Vermögensverzehr“), trägt bei einer Heim-Lösung der Kunde mehr und die öffentliche Hand – ab einer mittleren Pflegeintensität – weniger als bei einer Spitex-Lösung.
- **Vollständig bedürftiger Kunde:** Verfügt der Kunde im Extremfall über gar keine finanziellen Mittel mehr, um seine Pflegebedürftigkeit und die Pensionskosten zu bezahlen, müssen die Aufwendungen von der öffentlichen Hand über entsprechende Ergänzungs- und Sozialleistungen finanziert werden. In diesem Fall sind die Aufwendungen der öffentlichen Hand bei der Heim-Lösung – mit Ausnahme sehr pflegeintensiver Fälle – höher als

bei der Spitex-Lösung (wie erwähnt tragen dafür die Krankenkassen bei der heutigen Ausgestaltung bei der Spitex-Lösung mehr Kosten).

In der Realität finden sich viele Fälle, in welchen die öffentliche Hand über Ergänzungsleistungen und Zuschüssen nach Dekret einen Teil der Kosten übernimmt. Ob die Kosten für die öffentliche Hand bei der Spitex- oder der Heim-Lösung höher sind, hängt von der finanziellen Situation des Kunden ab.

**Grafik 6-6: Anfallende Kosten der öffentlichen Hand und des Kunden (subsidiär öffentliche Hand) nach Fallbeschreibung für die Spitex-Lösung (S) und für die Heim-Lösung (H)**



In Grafik 6-7 sind die gesamten volkswirtschaftlichen Kosten nach den verschiedenen Kostenträger dargestellt. Daraus wird ersichtlich, dass im Bereich der **geringen** Pflegeintensität (Fälle 4 bis 10 in der Grafik 6-6) die Spitex klar kostengünstiger ist als die Heime. In diesem Bereich sind auch die bei den Krankenkassen anfallenden Kosten weitgehend vergleichbar. Die effektiven Kosten der öffentlichen Hand sowie die Kosten des Kunden (potenzielle Kosten der öffentlichen Hand) sind bei diesen Fällen im Spitex-Bereich geringer als im Heim-Bereich.

Mit der Zunahme der Pflegeintensität nehmen die Unterschiede in den Krankenkassenbeiträgen zu. Gleichzeitig steigt auch der Betrag, welcher die öffentliche Hand über den Leistungsvertrag übernimmt. Im Bereich der **mittleren** Pflegeintensität (Fälle 17 bis 11 in der Grafik 6-6) entscheidet zudem der Einbezug- oder Nicht-Einbezug der Betreuungskosten über die Vorteilhaftigkeit des Spitex-Angebots im Vergleich zum Heimbereich: Ohne Einbezug der



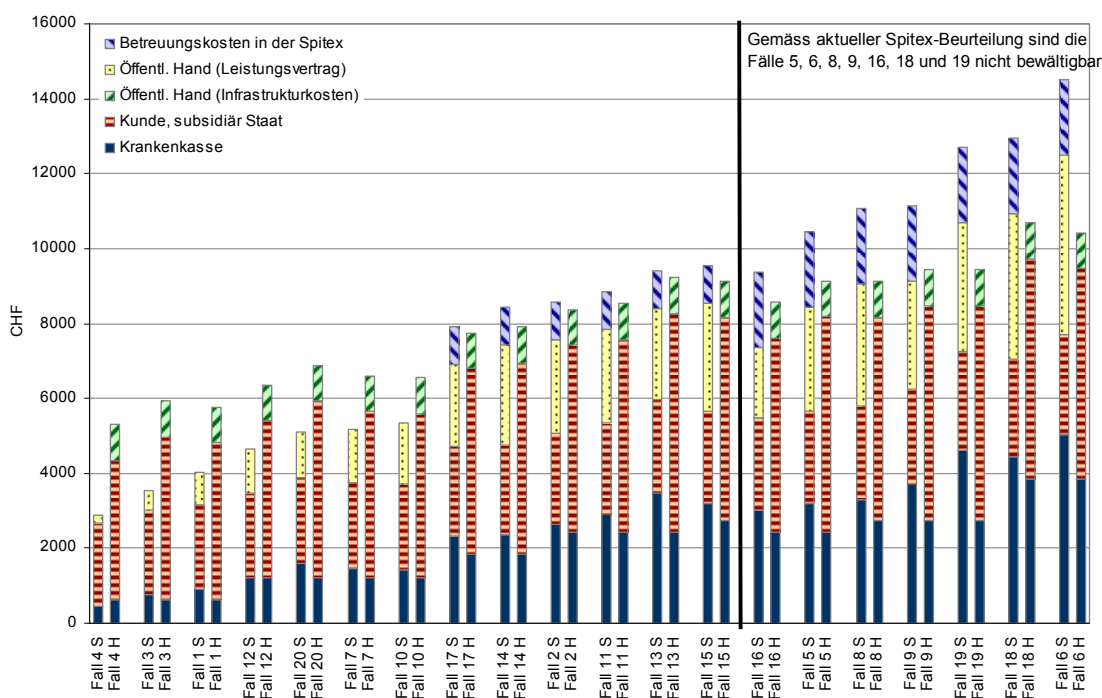
Betreuungskosten fallen die Gesamtkosten bei der Spitex geringer aus, mit Einbezug der Betreuungskosten schneidet der Heimbereich besser ab.

Bei den **komplexen** bzw. **pflegeintensiven** (Fälle 13 bis 6 in der Grafik 6-6) Fällen nimmt die „Wettbewerbsfähigkeit“ der Spitex ab. Allerdings werden die Kostenunterschiede vor allem dann markant, wenn die Betreuungskosten berücksichtigt werden. Mit anderen Worten: Wenn sich die Situation bei der „Freiwilligenarbeit“ wandelt, kann sich das Bild zu Lasten von Spitex verändern.

Aus Sicht der Heimorganisationen zeigt sich, dass bei allen Pflegefällen die Kosten, welche beim Kunden anfallen, höher sind als bei der Spitex-Lösung. Die Kostenlast für den Kunden hängt letztlich von seinem Wohlstand ab:

- Die Kosten eines Kunden im Heimbereich reduzieren sich, wenn er wirtschaftlich bedürftig ist und in den Genuss von Ergänzungsleistungen und Zuschüssen nach Dekret kommt.
- Im Falle einer wohlhabenden Person sind die im Heimbereich selber zu tragenden Kosten höher als bei der Spitex-Lösung, dem gegenüber wird die Allgemeinheit (öffentliche Hand, Krankenkassen) bei einer mittleren oder hohen Pflegeintensität weniger stark belastet als bei der Spitex-Lösung.

**Grafik 6-7: Fallkosten nach Kostenträger**



## 7 Inhaltliche und methodische Schlussfolgerungen

Die wesentlichen Ergebnisse der Pilotstudie werden nachstehend nochmals zusammengefasst. Dabei wird im Hinblick auf eine nationale Studie explizit zwischen methodischen und inhaltlichen Erkenntnissen unterschieden.

### 7.1 Inhaltliche Schlussfolgerungen

Aus Sicht der Autoren sind inhaltliche Schlussfolgerungen aufgrund der äusserst kleinen Stichprobe (eine einzige Spitexorganisation und zwei Heime) nur mit Vorsicht zu ziehen. In jedem Fall nicht zulässig ist eine generelle Übertragung der Ergebnisse auf die Situation in der gesamten Schweiz, insbesondere im ländlichen Raum sind ganz andere Rahmenbedingungen vorzufinden. Im Bewusstsein dieser Einschränkungen können aber doch einige interessante Hinweise zur Kosten- und Wettbewerbssituation von Spitex- und Heimorganisationen gezogen werden:

- Nicht überraschend: Es gibt eine gewisse Segmentierung des Marktes bezüglich der Kostenvorteile: Bei der Spitex sind es die Pflegefälle mit tiefer und mittlerer Komplexität; der Heimbereich empfiehlt sich vor allem für Pflegefälle mit mittlerer bzw. hoher Komplexität. Im Bereich der mittleren Komplexität sind nicht die Kosten als solches entscheidend, sondern die Bereitschaft des sozialen Umfelds, eine Spitex-Lösung im Form von eigener Betreuungsleistung mitzutragen.
- Die faktische „Machbarkeit“ gewisser Pflegefälle durch die Spitex kann eine grössere Einschränkung bedeuten als die effektiven Kosten. Hier stellt sich insbesondere die Frage, inwiefern eine Hausbetreuung von Kunden möglich ist, welche an (zunehmender) Demenz leiden. Für die Zukunft stehen hier verstärkt Mischlösungen im Vordergrund. Dieser Aspekt wird mit der demografischen Entwicklung an Bedeutung gewinnen. Mischlösungen bieten Chancen sowohl für Heime wie für die Spitex.
- Mit der Frage der „Machbarkeit“ stellt sich auch die Frage, wie mit den Betreuungskosten umzugehen ist. Wird auch in Zukunft Freiwilligenarbeit (inkl. der Betreuung durch Angehörige) geleistet, steigt die Attraktivität von Spitex-Lösungen (obwohl auch im Heimbereich Freiwilligenarbeit geleistet wird). Eine „Entsolidarisierung“ würde in der Tendenz stationäre Angebote attraktiver machen.
- Interessant ist auch der Vergleich der anfallenden Kosten, welche von der Krankenkasse getragen werden. Hierbei wird es sich in der Zukunft zeigen müssen, ob und inwiefern bestimmte Kostenvorteile der Spitex überhaupt realisiert werden können oder aber, ob durch die Finanzierungspolitik der Krankenkassen die Allokation der Klienten zwischen den beiden Pflegesets durch die Vorgaben eines Finanzierungspartners vorbestimmt wird.
- Was sich auch erkennen lässt, ist die Tatsache, dass sich die beiden Pflegekonzepte (Spitex bzw. Heim) zum Teil ergänzen, zum Teil aber auch überlappen. Dies könnte nun sowohl dazu führen, dass die einzelnen Organisationen versuchen, im jeweils anderen Bereich Dienstleistungen anzubieten („Konkurrenzverhalten“) oder aber es könnte zu einer geplanten Zusammenarbeit kommen („Kooperation“). Hier erscheint die Situation der

Spitex etwas schlechter zu sein, da der Einstieg in den Spitexmarkt für einen Heimbetreiber einfacher ausfallen wird, als der umgekehrte Weg. Auch hier ist aber letztendlich die öffentliche Hand gefordert, ihre Zukunftsstrategien als einer der wichtigsten Finanzierer – zumindest im öffentlichen Bereich – zu formulieren und die Rahmen zu Umsetzung dieser Strategie sicherzustellen.

## 7.2 Methodische Schlussfolgerungen

Aus methodischer Sicht können die wesentlichen Erkenntnisse wie folgt zusammengefasst werden (vgl. dazu auch Tabelle 7-1):

- Der Ansatz zum Kostenvergleich in der Altersbetreuung auf der Ebene von Einzelfällen hat sich grundsätzlich bewährt. Das ausgearbeitete Vorgehenskonzept mit der Differenzierung der volkswirtschaftlichen Kosten nach verschiedenen Kostenkomponenten sorgt für die notwendige Transparenz und ermöglicht es, kritische Annahmen und Einflussgrößen zu identifizieren.
- Die Beschreibung von spezifischen Einzelfällen zur Erhebung der dafür erforderlichen Fallkosten ist machbar. Der Detaillierungsgrad der Fallbeschreibungen muss zwar relativ gross sein, stellt aber kein unüberwindbares Hindernis dar. Für eine nationale Studie müsste aber das Spektrum der Fälle zwischen leichter, mittlerer und grosser Pflegeintensität noch verfeinert werden.
- Die Zuverlässigkeit und Validität der Ergebnisse kann und muss durch eine massive Vergrößerung der Stichprobe (Anzahl einbezogener Organisationen) verbessert werden. Mit der Vergrößerung der Stichprobe ist zu erwarten, dass Unterschiede im geschätzten Pflegeaufwand in der Tendenz abnehmen.
- Die Datenverfügbarkeit stellt insbesondere bei den Heimen ein relativ grosses Problem dar. Schwierigkeiten bereitet der Umstand, dass zwischen der effektiv notwendigen Pflegezeit und der verrechenbaren Pflegezeit je nach Fall eine Lücke klafft, welche letztlich über Quersubventionierungen aufgefangen werden muss. Die Heime haben teilweise auch Mühe den Anteil der direkt produktiven Pflegestunden zu ermitteln. Diesen Schwierigkeiten muss bei einer nationalen Studie mit einer entsprechenden Anleitung der Heime zur Datenerhebung Rechnung getragen werden.

**Tabelle 7-1: Methodik – Beurteilung und Verbesserungspotenzial im Hinblick auf eine nationale Studie**

Aspekt	Beurteilung	Verbesserungspotenzial im Hinblick auf eine nationale Studie
Analyse auf Stufe Fallbeschreibung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Der Workshop hat gezeigt, dass eine Diskussion auf Fallebene unerlässlich ist. Die Herausforderungen im Spitex-Umfeld und im Heim-Umfeld sind unterschiedlich.</li> <li>– Insbesondere die Frage der Betreuung (soziale Eingebundenheit) spielt bei der „Machbarkeit“ durch die Spitex heute eine wichtige Rolle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Zahl der Fallbeschreibungen erhöhen, führt zu mehr Variabilität</li> </ul>
Vorgehen mit Workshop und Ergänzung der Fallbeschreibung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wichtiges Vorgehen, um die Fälle möglichst vergleichbar zu machen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Verfeinerung des Fallrasters</li> </ul>
Beurteilen der Fallbeschreibungen durch die Organisationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gangbarer Weg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Einbezug von mehr Organisationen (mehrere Spitex-Organisationen, mehrere Heimorganisationen) zur verbesserten Analyse / Erläuterung der Unterschiede</li> </ul>
Kostenberechnungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Detaillierte Einbezug der Kostendaten ist für die Analyse unerlässlich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sämtliche wichtigen Kennzahlen (z.B. direktproduktive Pflegestunden) und Angaben (z.B. Infrastrukturkosten) müssen vorhanden sein</li> </ul>

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der hier entwickelte Ansatz einen transparenten Kostenvergleich der beiden Pflegesets zulässt. Unter der Berücksichtigung der Verbesserungsvorschläge ist dieser Ansatz für die Verwendung in einer nationalen Studie zu empfehlen.

## 8 Anhang A: Am Projekt beteiligte Organisationen

### 8.1 Spitex Stadt Bern

Der Verein für Ambulante Dienste der Stadt Bern ging 1997 aus einer Fusion des Krankenpflege-Vereins und des Vereins Hauspflege hervor. Der Verein zählt Ende 2006 3'861 Mitglieder. Zusammen mit rund 700 anderen Gemeinde-Spitex-Organisationen bildet Spitex Bern die Basis der öffentlichen Gemeindefürsorge in der Schweiz.

Nach der Fusion zum Verein für Ambulante Dienste folgten Phasen der Konsolidierung, Positionierung und Neuausrichtung. Diese Prozesse resultierten in einer modernen Struktur der Non-Profit Organisation, welche mittlerweile auch ISO-zertifiziert ist. Der Vorstand, bestehend aus 9 Mitgliedern, befasst sich mit der strategischen Steuerung, während sich die acht Bereichsleiter und der Direktor (M. Rüfenacht) um die operative Steuerung bemühen. Die Dienstleistungen der Spitex Bern werden dezentral von fünf Standorten mit insgesamt 12 Betrieben angeboten.

Das Angebot des Vereins für Ambulante Dienste der Stadt Bern gliedert sich in vier Gruppen. Es sind dies Pflegedienstleistungen, Hauswirtschaftliche Dienstleistungen, Spitalexterne Onkologiepflege (SEOP) und seit kurzem die Kinderspitex. Zudem wurde in letzter Zeit ein Expressdienst aufgebaut.

Die Spitex Bern betreut etwa 1'730 hilfsbedürftige, kranke und behinderte Menschen jeden Alters. Dabei sind aber die über 80jährigen die klar am stärksten vertretene Altersgruppe, gefolgt von den 65 bis 79jährigen KlientInnen. Die Dienstleistungen werden von insgesamt 344 Beschäftigten erbracht. Davon sind 27 Männer und 43 Beschäftigte in der Führung und Verwaltung (Stand: Ende 2006). Es kümmern sich also ungefähr 300 Pflegenden und Haushilfen um die 1'730 Hilfsbedürftigen. Dabei werden die von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) vorgegebenen Kostenobergrenzen (Soll-Werte) gemäss Jahresbericht 2006 in der Pflege und in der Hauswirtschaft unterschritten.

### 8.2 Domicil Bern

Domicil bietet an insgesamt 14 Standorten in Bern Wohnmöglichkeiten für ältere Menschen an. Während 13 Heime dem Verein Domicil angehören, wird das Domicil Hausmatte durch die Domicil Bern AG geführt. Die Standorte sind innerhalb des Leitbilds (respektvoller Umgang mit den KundInnen, gute Arbeitsbedingungen und haushälterischer Umgang mit den Ressourcen) individuell ausgestaltet. Die Unternehmensstrategie gibt als Ziele ein breites Angebot, gutes Preis-Leistungsverhältnis, die Verankerung im Quartier und die Offenheit gegenüber Neuerungen vor.

Einige der 14 Standorte bieten verschiedene Angebote an, während andere auf gewisse Bereiche spezialisiert sind. Die drei Grundangebote sind altersgerechtes Wohnen (hohe Selbständigkeit), betreutes Wohnen und das Pflegeangebot.

- **Altersgerechtes Wohnen:** Es gibt im Domicil-Verbund vier Alterssiedlungen, die an Heime angeschlossen sind. Die Alterssiedlungen sind so organisiert, dass die Leute einen Mietvertrag abschliessen und über ein Klingelsystem direkten Zugang zu den Dienstleistungen der Heime verfügen. Domicil verfügt über 242 Plätze in diesem Bereich.
- **Betreutes Wohnen:** Im betreuten Wohnen inbegriffen sind eine Hauptmahlzeit, einmal Putzen pro Woche und die „Option“ auf schnelle Hilfe/Unterstützung. In der Regel ist das betreute Wohnen im Heim integriert. Im Grundsatz erfolgt das betreute Wohnen ohne Subventionierung, der Kanton Bern zahlt nur die Amortisation. Domicil verfügt über 186 Plätze in diesem Bereich.
- **Wohn- und Pflegeheime:** Dabei werden die Kunden nach BESA-Stufen eingeteilt. Domicil verfügt insgesamt über 765 Plätze in diesem Bereich, wobei 20 Plätze als Ferienplätze zur Verfügung stehen müssen.

Der Personalbestand von Domicil lag per Ende 2005 bei 947.

### **8.3 Diakonissenhaus Bern**

Das Diakonissenhaus Bern (DHB) feierte 2005 sein 160jähriges Bestehen. Es ist eine Stiftung deren Aktivitäten sich in drei Oberbereiche aufteilen lassen. Es sind dies der Bereich Theologie und Ethik, die Gemeinschaften (bestehend aus der Schwesterngemeinschaft, der diakonischen Gemeinschaft und dem Freundeskreis) und dem Bereich Betriebe. Die von der Stiftung DHB geführten Betriebe umfassen neben dem Alterszentrum auch eine Station für Palliative Therapie und die sozialen Programme, zu welchen auch das Berner Stellennetz gehört. Das Diakonissenhaus ist auch am Berner Bildungszentrum Pflege beteiligt. Ausserdem betreibt das DHB das Tagungszentrum Blumenberg. Das Qualitätsmanagementsystem ist seit 2006 ISO-zertifiziert.

Das Alterszentrum des DHB besteht aus vier Häusern, nämlich dem Pflegeheim Belvoir, der Seniorenvilla Sarepta, dem Alters- und Pflegeheim Oranienburg und dem Krankenhaus Altenberg. Belvoir hatte Ende 2006 39 Bewohner, Sarepta deren 17 und Oranienburg deren 63. Die Bewohnerstatistik des Krankenhauses Altenberg zeigt eine im Schnitt volle Auslastung der 72 Betten.

274 von 414 Personen der Gesamtstiftung Diakonissenhaus Bern arbeiten im Alterszentrum.

## 9 Anhang B: Pflegeordnung für Pflegeheime im Kanton Bern

**Tabelle 9-1: Zentrales Pflegesystem, Zeitintervall in Minuten pro Pflegestufe, kantonale Höchstarife und Krankenkassen-Tagespauschalen 2005**

Pflegestufen Zentrales System	Zeitintervall in Minuten pro Tag	Höchstarif	Krankenkasse-Tagespauschale 2005
ZS 0	0-15	111.50	0.00
ZS 1	16-45	145.00	20.30
ZS 2	46-75	178.50	40.60
ZS 3	76-105	212.00	60.90
ZS 4	106-135	245.50	81.20
ZS 5	136-165	279.00	91.75
ZS 6	166-195	312.50	110.10
ZS 7	196-225	346.00	128.45
ZS 8	226-255	379.50	146.80
ZS 9	256-285	413.00	165.15
ZS 10	286-315	446.50	183.50

Bemerkung: Es gibt das Zentrale System, dem sowohl die RAI/RUG-Einstufung wie die BESA-Einstufung zugeordnet werden. BESA und Zentrales System sind trotz derselben Skala nicht immer deckungsgleich.

## 10 Anhang C: Das RAI-System im Detail<sup>22</sup>

Grafik 10-1: Darstellung der 45 Pflegeaufwandgruppen im RAI/RUG-System

Original-Pflegeaufwandgruppen nach Hauptgruppen					Pflegeaufwandgruppen Bern		
					Teilpauschale	Vollpauschale	
Rehabilitation	Intensiv	ADL	16-18	RUC	7	10	
			9-15	RUB	4	7	
			4-8	RUA	3	6	
	Sehr hoch	ADL	16-18	RVC	6	8	
			9-15	RVB	5	7	
			4-8	RVA	4	6	
	Hoch	ADL	13-18	RHC	7	8	
			8-12	RHB	5	7	
			4-7	RHA	4	6	
	Mittel	ADL	15-18	RMC	7	8	
			8-14	RMB	5	6	
			4-7	RMA	4	5	
Niedrig	ADL	14-18	RLB	6	7		
		4-13	RLA	4	5		
Extensive Behandlungspflege	ADL	7-18	Behandlungen	4+	SE3	9	10
				2-3	SE2	8	9
				0-1	SE1	6	7
Spezielle Pflege	ADL	17-18		SSC	7	7	
		15-16		SSB	6	6	
		7-14		SSA	6	6	
Klinisch Komplex	17-18	depressiv	Ja	CC2	6	7	
			Nein	CC1	6	6	
	ADL	12-16	depressiv	Ja	CB2	5	6
				Nein	CB1	5	5
	4-11	depressiv	Ja	CA2	5	5	
			nein	CA1	4	4	
Kognitiv Beeinträchtigt	ADL	6-10	Pflege-Training	2+ / *	IB2	5	5
				0-1	IB1	4	4
	4-5	Pflege-Training	2+ / *	IA2	5	5	
			0-1	IA1	3	3	
Verhaltensprobleme	ADL	6-10	Pflege-Training	2+	BB2	4	4
				0-1	BB1	4	4
	4-5	Pflege-Training	2+	BA2	3	3	
			0-1	BA1	2	3	
Physisch reduziert	ADL	16-18	Pflege-Training	2+	PE2	6	6
				0-1	PE1	5	6
	11-15	Pflege-Training	2+	PD2	5	5	
			0-1	PD1	5	5	
	9-10	Pflege-Training	2+	PC2	5	5	
			0-1	PC1	4	4	
	6-8	Pflege-Training	2+	PB2	3	4	
			0-1	PB1	3	3	
	4-5	Pflege-Training	2+	PA2	2	2	
			0-1	PA1	1	1	
Zusatzbedingungen				PA0	0	0	

/ \* = oder P2d

<sup>22</sup> Quelle: Q-System AG (2003), RAI-Handbuch Gesamtausgabe Version 2.0.



Grafik 10-2: Erläuterung der 45 Pflegeaufwandgruppen im RAI/RUG-System

Rehabilitation		ADL-Index
<b>RU</b> Intensive Rehabilitation	<b>Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 720 Min. in 7 Tagen (P1bBa,b,c) <u>und</u> eine Therapieart an mindestens 5 Tagen (P1bAa,b,c) <u>und</u> an mindestens 3 Tagen eine weitere Therapieart (P1bAa,b,c)</li> </ul>	RUC = 16 – 18 RUB = 9 – 15 RUA = 4 – 8
<b>RV</b> Sehr hohe Rehabilitation	<b>Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 500 Min. in 7 Tagen (P1bBa,b,c) <u>und</u> eine Therapieart an mindestens 5 Tagen (P1bAa,b,c)</li> </ul>	RVC = 16 – 18 RVB = 9 – 15 RVA = 4 – 8
<b>RH</b> Hohe Rehabilitation	<b>Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 325 Min. in 7 Tagen (P1bBa,b,c) <u>und</u> eine Therapieart an mindestens 5 Tagen (P1bAa,b,c)</li> </ul>	RHC = 13 – 18 RHB = 8 – 12 RHA = 4 – 7
<b>RM</b> Mittlere Rehabilitation	<b>Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 150 Min. in 7 Tagen (P1bBa,b,c) <u>und</u> mindestens 5 Therapieeinheiten<sup>1 2</sup>(P1bAa,b,c)</li> </ul>	RM C = 15 – 18 RMB = 8 – 14 RMA = 4 – 7
<b>RL</b> Beschränkte Rehabilitation	<b>Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 45 Min. in 7 Tagen (P1bBa,b,c) <u>und</u> mindestens 3 Therapieeinheiten<sup>2 3</sup>(P1bAa,b,c) <u>und</u> 2 oder mehr Pflegetrainings<sup>4</sup> während je 6 oder 7 Tagen</li> </ul>	RLB = 14 – 18 RLA = 4 – 13

Extensive Pflege		
<b>SE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewohnerin erfüllt <u>mindestens eine</u> der folgenden Eingangsbedingungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nahrungsaufnahme parenteral: i.v./s.c. (K5a)</li> <li>- Absaugen (P1ai)</li> <li>- Tracheostomiepflege (P1aj)</li> <li>- künstliche Beatmung (P1al)</li> <li>- i.v. Medikation / Infusion (P1ac)</li> </ul> </li> <li>• <u>und</u> ADL-Index von mindestens 7</li> </ul>	Eingangs- bedingungen
	<p>Für die Bildung der Untergruppen SE1, SE2, SE3 wird ein Zähler von 0-5 mit folgenden Bedingungen gebildet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nahrungsaufnahme parenteral: i.v./s.c. (K5a) ..... = 1</li> <li>- i.v. Medikation / Infusion (P1ac) ..... = 1</li> <li>- erfüllt Kriterien Spezielle Pflege ..... = 1</li> <li>- erfüllt Kriterien Klinisch Komplex ..... = 1</li> <li>- erfüllt Kriterien Kognitiv Beeinträchtigt ..... = 1</li> </ul>	Untergruppen  <b>SE3 = 4 - 5</b> <b>SE2 = 2 - 3</b> <b>SE1 = 0 - 1</b>
<p><i>Sind die SE- Bedingungen erfüllt, der ADL-Index beträgt aber 4-6 so resultiert die Pflegeaufwandgruppe SSA</i></p>		

Tabelle 10-2: Erläuterung der 45 Pflegeaufwandgruppen im RAI/RUG-System (Fortsetzung)

Spezielle Pflege		ADL- Index	
<b>SS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Mindestens eine</u> der folgenden Bedingungen:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- mindestens 2 Ulzera (M1a-d) <b>und</b> mindestens 2 Hautbehandlungen* (M5)</li> <li>- mindestens ein Druckulcus Stadium 3 oder 4 (M2a) <b>und</b> mindestens 2 Hautbehandlungen* (M5)</li> <li>- Operationswunden (M4g) <b>und</b> eine der folgenden Behandlungen:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Chirurgische Wundbehandlung (M5f)</li> <li>⇒ Wundverbände (M5g)</li> <li>⇒ Salben/Medikamente (M5h)</li> </ul> </li> <li>- offene Hautläsionen (M4c) <b>und</b> eine der folgenden Behandlungen:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Chirurgische Wundbehandlung (M5f)</li> <li>⇒ Wundverbände (M5g)</li> <li>⇒ Salben/Medikamente (M5h)</li> </ul> </li> <li>- Bestrahlung (P1ah)</li> <li>- Fieber (J1h) <b>und</b> eine der folgenden Bedingungen:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Pneumonie (I2e)</li> <li>⇒ Dehydratation mit Diagnose und Massnahmen (J1c)</li> <li>⇒ Erbrechen (J1o)</li> <li>⇒ Gewichtsverlust (K3a)</li> <li>⇒ Sonde (K5b) <b>und</b> parenterale Ernährung**(K6)</li> </ul> </li> <li>- Aphasie (I1r) <b>und</b> Sonde (K5b) <b>und</b> parenterale Ernährung**(K6)</li> </ul> <p><i>Sind diese Bedingungen erfüllt, der ADL-Index beträgt jedoch 4-6 so resultiert die Pflegeaufwandgruppe CA</i></p> </li> </ul>		SSC = 17 – 18 SSB = 15 – 16 SSA = 7 – 14
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Mindestens eine</u> der folgenden Bedingungen <b>und</b> ADL-Index von mindestens 10               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Angeborene Cerebrale Lähmung (I1s)</li> <li>- Multiple Sklerose (I1w)</li> <li>- Tetraplegie (I1z)</li> </ul> </li> <li>• <b>ADL Index = 4 bis 6 und</b> Bedingungen extensive Pflege sind erfüllt</li> </ul>		
		* Hautbehandlung: M5a oder b, M5c bis h, ohne M5i ** par-/enterale Ernährung: wenn K6a >= 3 oder (K6a = 2 und K6b >= 2)	
Klinisch Komplex		ADL-Index	Anzeichen von Depression
<b>C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Mindestens eine</u> der folgenden Bedingungen               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sonde (K5b) <b>und</b> parenterale Ernährung**(K6)</li> <li>- Komatös (B1 mit Zusatzprüfungen)</li> <li>- Sepsis (I2g)</li> <li>- Verbrennungen 2. oder 3. Grades (M4b)</li> <li>- Dehydratation mit Diagnose und Massnahmen (J1c)</li> <li>- Akute Innere Blutungen (J1j)</li> <li>- Pneumonie (I2e)</li> <li>- Chemotherapie (P1aa)</li> <li>- Dialyse (P1ab)</li> <li>- O<sub>2</sub>-Dauertherapie (P1ag)</li> <li>- Bluttransfusionen (P1ak)</li> <li>- akute Fussinfektion (M6b) <b>und</b> Fussverband (M6f)</li> <li>- offene Läsion am Fuss (M6c) <b>und</b> Fussverband (M6f)</li> <li>- Diabetes mellitus (I1a) <b>und</b> an 7 Tagen Injektionen (O3) <b>und</b> an mind. 2 Tagen Änderungen der ärztlichen Verordnung (P8)</li> <li>- Änderungen der ärztlichen Verordnung an mindestens 4 Tagen (P8) <b>und</b> mind. 1 Tag mit Arztvisite (P7)</li> <li>- Änderung der ärztlichen Verordnung an mindestens 2 Tagen (P8) <b>und</b> mind. 2 Tage mit Arztvisiten (P7)</li> <li>- Hemiplegie/Hemiparese (I1v) <b>und</b> ADL-Index 10 - 18</li> </ul> </li> <li>• <b>ADL-Index 4 – 6 und</b> Bedingungen spezielle Pflege sind erfüllt</li> </ul>	CC = 17-18   CB = 12-16   CA = 4-11	CC2 = 3+ D* CC1 = 0 – 2 D*   CB2 = 3+ D* CB1 = 0 – 2 D*   CA2 = 3+ D* CA1 = 0 – 2 D*
			*D= Anzeichen von Depression (E1) ** par-/enterale Ernährung K6a >= 3 oder (K6a = 2 und K6b >= 2)



Tabelle 10-2: Erläuterung der 45 Pflegeaufwandgruppen im RAI/RUG-System (Fortsetzung)

Kognitiv beeinträchtigt		ADL-Index	Pflege-Training
<b>I</b>	Mindestens eine der folgenden Bedingungen ist erfüllt: - <u>schwere</u> Beeinträchtigung der Entscheidungsfähigkeit (B4=3) - <u>mittlere</u> Beeinträchtigung der Entscheidungsfähigkeit (B4=2) <u>und</u> eine der beiden folgenden Bedingungen: ⇒ Probleme mit dem Kurzzeitgedächtnis (B2a=1) ⇒ nicht unabhängig in der Kommunikation (C4=1-3) - <u>teilweise unabhängig in der Entscheidungsfähigkeit</u> (B4=1) <u>und</u> nur manchmal oder selten/nie verständlich in der <u>Kommunikation</u> (C4=2,3) - Probleme mit den <u>Kurzzeitgedächtnis</u> (B2a=1) <u>und</u> nur manchmal oder selten/nie verständlich in der <u>Kommunikation</u> (C4=2,3)	<b>IB = 6-10</b>	IB2 = 2+Pfl-Tr.* IB2 = P2d** IB1 = 0-1 Pfl-Tr.*
		<b>IA = 4-5</b>	IA2 = 2+Pfl-Tr.* IA2 = P2d** IA1 = 0-1 Pfl-Tr.*
*Pfl-Tr.= Pflege-Training – Auflistung siehe unter Pflegeaufwandgruppe Physisch Reduziert **P2d.:= spezielle Massnahmen zur Beeinflussung der Stimmungslage, des Verhaltens oder von Demenzzymptomen			
Verhaltensprobleme		ADL-Index	Pflege-Training
<b>B</b>	Mindestens eine der folgenden Bedingungen ist erfüllt: - Mindestens ein Verhaltensproblem an <b>vier und mehr</b> Tagen ⇒ Umherirren ..... (E4aA=2 oder 3) ⇒ Verbale Aggressivität ..... (E4bA=2 oder 3) ⇒ Körperliche Aggressivität ..... (E4cA =2 oder 3) ⇒ Sozial unangemessenes Verhalten .. (E4dA=2 oder 3) ⇒ Widersetzt sich Pflege ..... (E4eA=2 oder 3) - Alltagsrelevante Halluzinationen (J1i) - Alltagsrelevante Wahnvorstellungen (J1e)	<b>BB = 6 - 10</b>	BB2 = 2+Pfl-Tr.* BB1 = 0-1Pfl-Tr.*
		<b>BA = 4 - 5</b>	BA2 = 2+Pfl-Tr.* BA1 = 0-1Pfl-Tr
*Pfl-Tr.= Pflege-Training – Auflistung siehe unter Pflegeaufwandgruppe Physisch Reduziert			
Physisch Reduziert	ADL-Index	Pflegetraining	
<b>PE</b>	= 16 – 18	PE1 = 0-1 Pfl-Tr PE2 = 2+ Pfl-Tr	
<b>PD</b>	= 11 – 15	PD2 = 2+ Pfl-Tr PD1 = 0-1 Pfl-Tr	
<b>PC</b>	= 9 – 10	PC2 = 2+ Pfl-Tr PC1 = 0-1Pfl-Tr	
<b>PB</b>	= 6 – 8	PB2 = 2+ Pfl-Tr PB1 = 0-1 Pfl-Tr	
<b>PA</b>	= 4 – 5	PA2 = 2+ Pfl-Tr PA1 = 0-1 Pfl-Tr	
<b>Auflistung der Pflege-Trainings-Arten, sie müssen an 6 oder 7 Tagen durchgeführt werden:</b> ⇒ aktive Beweglichkeit (P3a) <b>oder</b> passive Beweglichkeit (P3b) ⇒ Stützen- / Schienentraining (P3c) ⇒ Bewegung im Bett (P3d) ⇒ Transfer (P3e) ⇒ Gehen (P3f) ⇒ Ankleiden / Körperpflege (P3g) ⇒ Essen oder Schlucken (P3h) ⇒ Prothesenversorgung / Stumpfpflege (P3i) ⇒ Kommunikation (P3j) ⇒ Toilettenplan (H3a) <b>oder</b> Kontinenztraining (H3b)			
<b>PA0</b>	Erfüllt Kriterien <b>PA1 (ADL Index 4-5)</b> <u>und</u> <b>alle</b> der folgenden Bedingungen: - Gehen (G1cA) und (G1dA) ..... = <b>0 oder 1</b> (höchstens Aufsicht) - Fortbewegung (G1eA) und (G1fA) ..... = <b>0 oder 1</b> (höchstens Aufsicht) - An- und Auskleiden (G1gA) ..... = <b>0 oder 1</b> (höchstens Aufsicht) - Toilettenbenutzung (G1iA) ..... = <b>0</b> (ganz unabhängig) - persönliche Hygiene (G1jA) ..... = <b>0</b> (ganz unabhängig) - Baden (G2A) ..... = <b>0-2</b> (höchstens Hilfe b. Ein- und Aussteigen) - alltägliche Entscheidungen (B4) ..... = <b>0 oder 1</b> (höchstens teilw. eingeschränkt)		

# 11 Anhang D: Tätigkeiten im BESA-System

**Grafik 11-1: Pflegerische Leistungen im BESA-System und Spitex-Tauglichkeit**

BESA Leistungskatalog	BESA Punktzahl	"Bezahlte" Pflegezeit im Heim in Min. im Durchschnitt pro Tag (Faktor 3)	Tätigkeit	Spitextauglich?
Grundpflege I - Grundpflege und hygienische Bedürfnisse	0	0	keine Unterstützung	ja
	3	9	Gelegentliche Unterstützung bei grundpflegerischen und hygienischen Tätigkeiten	ja
	8	24	Regelmässige Unterstützung; BewohnerIn führt Selbstpflege etwa zur Hälfte selber aus	ja
	13	39	Ständige Unterstützung, Übernahme sämtlicher Tätigkeiten bei der Grundpflege I	kaum
	16	48	Umfassende Unterstützung, kontinuierliche Anleitung bei Anwesenheit durch Mitarbeitende; ACHTUNG: KlientIn macht hier noch Dinge selber, aber Pflegezeit steigt dadurch	kaum
Grundpflege II - Hilfe beim Essen und Trinken	0	0	keine Unterstützung, isst und trinkt selbständig	ja
	4	12	Geringe Unterstützung bei jeder Mahlzeit (z.B. Nahrung verkleinern)	ja
	6	18	Regelmässige Unterstützung	ja
	9	27	Ständige Unterstützung, eine MA, mehrere Klienten	kaum
	14	42	Umfassende Unterstützung beim Essen, 1:1-Betreuung	kaum
Grundpflege III - Mobilisierung	0	0	keine Unterstützung, selbständiger Umgang mit Hilfsmitteln => Mobilität gegeben	ja
	2	6	1-2 wöchentlich Anleitung bei der Benützung von Hilfsmitteln, gelegentliche Unterstützung bei der Fortbewegung	ja
	8	24	Mehrmalige Anleitung, regelmässige Unterstützung bei der Fortbewegung sowie Unterstützung bei Transfers (z.B. Bett-Rollstuhl)	kaum
	16	48	Tägliche Anleitung, permanente Begleitung bei Ortsveränderungen, Gehtraining mit MA, Transfers mit zwei MA	kaum
	30	90	Mehrmals tägliche Anleitung, mehrmalige Umlagerung mit 2 MA, Gehtraining auch mit zwei Mitarbeitenden	nein
Gesundheits- und Behandlungspflege	0	0	keine Unterstützung	ja
	2	6	Gelegentliche Kontrollen (z.B. Messen von Temperatur)	ja
	5	15	Regelmässige Kontrollen (gewisse Dinge werden mehrmals wöchentlich gemacht, z.B. Blutdruckmessung)	ja
	10	30	Ständige Behandlung durch MA, tägliche Wundpflege	kaum
	14	42	Intensive, akute, sich ständig verändernde pflegerische Situation (Fachpersonal)	nein
Psychogeriatrische Leistungen I - Zeitliche und örtliche Orientierung	0	0	keine Unterstützung	ja
	2	6	Gelegentliche Beaufsichtigung/Kontrolle/Unterstützung, 1-3 mal zusätzlich pro Tag	hängt von Betreuungsumfeld ab
	5	15	Regelmässig, aber nicht stündlich	hängt von Betreuungsumfeld ab
	9	27	Ständige (stündliche) Beaufsichtigung	kaum
	18	54	Mehrmals pro Stunde, BewohnerIn immer in Sichtweite	kaum
Psychogeriatrische Leistungen II - Betreuungsgespräche	0	0	keine besonderen Betreuungsleistungen	ja
	2	6	gelegentliche pers. Betreuungsgespräche, 1-2 pro Woche	ja
	4	12	regelmässige Betreuungsgespräche, mehrmals wöchentlich	ja
	6	18	ständige Zuwendung, einmal täglich	hängt von Betreuungsumfeld ab
	13	39	umfassende Zuwendung, mehrmals täglich	hängt von Betreuungsumfeld ab

## 12 Anhang E: Fallbeschreibungen

Die Beschreibung der 20 untersuchten Einzelfälle gibt im Detail Auskunft über den Gesundheitszustand des Kunden, seine soziale Eingebundenheit sowie die erforderlichen Pflegeleistungen. Basierend darauf wurde von den Institutionen der Zeitbedarf für die Pflege abgeschätzt.

Das gesamte Dokument der Fallbeschreibungen umfasst rund 120 Seiten. Auf Wunsch kann diese umfangreiche Dokumentation bei EcoPlan als PDF-Datei bezogen werden.

## Literatur

- Bollinger Christian (2002)  
Lanzzeitpflege im Kanton Zug. Bericht der Kerngruppe Langzeitpflege. Zug.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2002)  
Forschungskonzept Gesundheit 2004-2007. Ausführliche Version. Bern.
- Büro Vatter (2004)  
Wirkungsanalyse Bedürfnisabhängige Zulassungsbeschränkungen für neue Leistungserbringer (Art. 55a KVG). Forschungsprogramm KVG II. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 3/04. Bern.
- Camenzind Paul, Meier Claudia (Hrsg.) (2004)  
Gesundheitskosten und Geschlecht – Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Bern.
- Crivelli Luca, Filippini Massimo, Lunati Diego (2001)  
Effizienz der Pflegeheime in der Schweiz. Quaderno, Nr. 01-06. Lugano.
- Gemeinderat Stadt Bern (2004)  
Stellungnahme zum Bericht Alterspolitik im Kanton Bern. Entwurf zuhanden Fachkommission für Altersfragen. Bern.
- Gesundheitsamt Graubünden (2004)  
Kantonale Rahmenplanung 2004 der Angebote für Pflege und Betreuung betagter Personen. Chur.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern GEF (2004)  
Alterspolitik im Kanton Bern. Planungsbericht und Konzept für die weitere Umsetzung der vom Grossen Rat mit dem „Altersleitbild 2005“ festgelegten Ziele. Bern.
- Heiber Andreas (2004)  
Kostenvergleich ambulanter und stationärer Spitalversorgung. Untersuchung in Kooperation mit Evangelisches Johanneswerk Bielefeld e.V., Verein Alt und Jung e.V. Bielefeld und System & Praxis Andreas Heiber. Bielefeld.
- Jaccard Ruedin Hélène, Weber Alexander, Pellegrini Sonia, Jeanrenaud Claude (2006)  
Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse. Neuchâtel.
- Ott Robert (2003)  
Grenzen und Lösungsansätze einer Kostenzuordnung auf Forschung, Lehre und Krankenversorgung in Universitätsklinika. München.
- Pr-InterNet, Vol. 5, Nr. 3 (2003)  
Pr-InterNet für die Pflege ist offizielles Organ der VP, Vereinigung der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätsklinika Deutschland e.V und der gmds: Arbeitsgruppe: Informationsverarbeitung in der Pflege.

- Q-Sys AG (2003)  
RAI-Handbuch Gesamtausgabe Version 2.0. Das RAI-Qualitätskonzept und die Abklärungshilfen. Aus dem Englischen übersetzte und erweiterte Schweizer Version aus: Morris et al. (1996): Long Term Care Resident Assessment Instrument – User's manual Version 2.0.
- Santésuisse (2004)  
Datenpool Porträt. Solothurn.
- SBK Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Spitex Verband Schweiz, Forum stationäre Altersarbeit Schweiz (2005)  
Finanzierung der Pflege. Rechtliche Umsetzung des Modells der Leistungserbringer. Bern.
- SBK Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Spitex Verband Schweiz, Forum stationäre Altersarbeit Schweiz (2004)  
Finanzierung der Pflege. Gemeinsame Standpunkte der Leistungserbringer. Bern, Zürich.
- Schulz Erika, Leidl Reiner, König Hans-Helmut (2001)  
Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. DIW Diskussionspapier Nr. 240. Berlin.
- Sturny Isabelle (2004)  
5 Jahres-Vergleich 1999-2003 der Kosten der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Analyse der Ausgaben der Krankenversicherer OKP mit dem Datenpool von santésuisse. Arbeitsdokument 10. Neuchâtel.
- Wagner Karin (2002)  
Der Verlauf dementieller Erkrankungen: „Heim versus Home“. Dissertation zur Erlangung der Würde des Doktors der Naturwissenschaften der Universität Bielefeld. Bielefeld.
- Wahlster Thomas (2004)  
Die Finanzierung der Langzeitpflege. Das KVG als Mogelpackung. In: soziale medizin, Nr. 2/04, S. 49-51.
- Wanner Philippe, Sauvain-Dugerdil Claudine, Guilley Edith, Hussy Charles (2005)  
Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren. Eidgenössische Volkszählung 2000. Neuchâtel.
- Wenger Beat (2003)  
Finanzierung der stationären Langzeitpflege. Über die heutige Situation und die Zukunftsaussichten. In: sippfocus, Ausgabe 1/03, S. 1-9.
- Wenger Beat (2005)  
Im Pflegefall: Spitex oder Heimeintritt? In: senesuisse Focus, Ausgabe 3/05, S. 2-7.