



ERFAHRUNGSANALYSE DER ZÜRCHER GEMEINDEN 10 JAHRE PFLEGEFINANZIERUNG – ERFAHRUNGSANALYSE UND HAND- LUNGSBEDARF FÜR DIE ZUKUNFT

15. Juni 2023

Seit 2011 sind die Zürcher Gemeinden zuständig für die Langzeitpflege ihrer Bevölkerung und sie finanzieren die Pflegerestkosten vollständig. Die Beiträge der Krankenkassen und der Patientinnen und Patienten sind fix, somit gehen die jährlichen Kostensteigerungen ganz zu Lasten der Gemeinden. Dadurch sind die Zürcher Gemeinden von der Rest- zur Hauptfinanziererin der Langzeitpflege geworden und sie haben dabei kaum Steuerungsmöglichkeiten.

Die GeKoZH blickt in dieser Analyse auf die bisherigen Erfahrungen der Gemeinden mit der Pflegefinanzierung im Kanton Zürich zurück und zeigt mit Blick auf die Zukunft die weiterhin bestehenden Lücken und Fehlanreize des Systems auf. Die GeKoZH fordert eine faire und transparente Pflegefinanzierung und identifiziert dafür die wichtigsten Handlungsfelder auf Ebene Gemeinde, Kanton und Bund.

Dieser Bericht wurde an der GeKoZH-Mitgliederversammlung vom 8. Juni 2023 von den Mitgliedern verabschiedet.



Inhalt

Wichtigste Resultate: Handlungsbedarf zur Verbesserung der Zürcher Pflegefinanzierung

In Kürze	3
Identifizierter Handlungsbedarf	4
Konkrete Handlungsfelder	5
Ebene Gemeinden und GeKoZH	5
Ebene Kanton	6
Ebene Bund	8
Übersicht Handlungsfelder	9

Hintergrund: 10 Jahre Pflegefinanzierung im Kanton Zürich

1. Einleitung	10
Ziel dieser Erfahrungsanalyse: Erstmalig die Sicht der Zürcher Gemeinden formulieren	10
Zur Entstehung dieser Erfahrungsanalyse: Partizipativer Prozess innerhalb der GeKoZH	10
Zur Ausrichtung dieser Erfahrungsanalyse: Sammlung, Impuls und Handlungsgrundlage	11
2. Ausgangslage	11
Bundesgesetz: Debatte & Einführung ab 1. Januar 2011	11
So funktioniert die Pflegefinanzierung im Kanton Zürich	11
Relevante bisherige Berichte: Bundesevaluation & Bericht Auswirkungen auf Zürcher Gemeinden	12
Anstehende Reformen auf Bundesebene und Kantonebene	13
3. Pflegekosten im Kanton Zürich	14
Die Gemeinden bezahlen den grössten Anteil der Pflegekosten	15
Die Kostensteigerungen der Pflegeleistungen gehen hauptsächlich zu Lasten der Gemeinden	16
Das Leistungsvolumen für Pflege nimmt laufend zu	18
Pflegerestkosten belasten die Gemeindebudgets	19
Ungedeckte Betreuungskosten eine zunehmende Herausforderung	19
4. Erfahrungsanalyse der letzten 10 Jahre	20
Hoher Einsatz der Gemeinden	20
Wo das System Schwächen zeigt	20
Hauptherausforderung: «Wer zahlt, befiehlt» nicht eingelöst – Gemeinden tragen Kostensteigerung mit wenig Steuermöglichkeiten	21
Weitere Herausforderungen	21
Impressum	23

Wichtigste Resultate: Handlungsbedarf zur Verbesserung der Zürcher Pflegefinanzierung

In Kürze

Für die Gesundheitskonferenz Kanton Zürich ist klar: Die Lücken und Schwächen des Systems müssen für eine faire und transparente Pflegefinanzierung und im Hinblick auf die demografische Entwicklung und den starken Fachkräftemangel angegangen werden – von Kanton und Gemeinden gemeinsam und **im Sinne einer aktiven Gestaltung der alternden Gesellschaft** und mit Blick auf die nächsten 30 Jahre. Gemeinden sind in den letzten Jahren zur Hauptfinanzierer in der Pflege geworden und haben kaum Einflussmöglichkeiten auf dieses System. Die Gemeinden haben in den letzten Jahren viel geleistet zur Umsetzung der Pflegefinanzierung – primär als Einzelkämpferinnen. Jetzt ist es an der Zeit, eine stärkere Koordination aufzubauen: Untereinander als Gemeinden, um den eigenen Handlungsspielraum zu nutzen und sowohl in der Kontrolle griffiger zu werden als auch in der Gestaltung der Versorgungslandschaft aktiv ein finanzierbares, **tragfähiges, zukunftsgerichtetes und würdiges Angebot** insbesondere für ältere und pflegebedürftige Menschen zu sichern.

Die **GeKoZH** kann hier einen Beitrag leisten, indem sie den Austausch unter den Gemeinden fördert und mit Dritten in den Dialog tritt.

Die Analyse zeigt insbesondere in den folgenden drei Bereichen grossen Handlungsbedarf:

- **Kommunikation zwischen Kanton und Gemeinden und der Gemeinden untereinander:** Hier liegt viel Potenzial für eine stärker koordinierte Umsetzung der Pflegefinanzierung, eine effiziente Abwicklung und die Unterstützung der einzelnen Personen in den Gemeinden. Hier braucht es einen regelmässigen Austausch, stärkeres regionales Miteinander und einen Kanton, der aktiv kommuniziert und die Gemeinden berät.
Wichtig aus Sicht einer guten Gesundheits-, Alters- und Pflegeversorgung für die Zürcher Bevölkerung ist ein starker Dialog, der Gesundheits- und Sozialpolitik zusammenbringt. Dies ist insbesondere für Menschen im Alter zentral, gerade mit Blick auf den steigenden Betreuungsbedarf vorgelagert und ergänzend zur Pflege.
- **Beseitigen von Fehlanreizen:** Zur Umsetzung des angestrebten «ambulant vor stationär» und dem Nutzen des Potenzials für intermediäre Wohnformen braucht es eine Evaluation des Pflegegesetzes und seiner Fehlanreize und einen Blick in andere Kantone und Umsetzungsmöglichkeiten, die diesem begegnen. Dies ist gerade mit Blick auf die möglicherweise anstehende **Einheitliche Finanzierung Ambulant & Stationär (EFAS)** eine wichtige Auseinandersetzung.
- **Kostenrechnungskontrollen für eine faire und transparente Restkostenfinanzierung:** Der Abgleich der verrechneten Kosten und der Betriebskosten ist zentral, um sicherzustellen, dass die in die Statistik einfließenden Kosten, die für die Berechnung des Normdefizites verwendet werden, korrekt sind. Dabei macht es wenig Sinn, dass dies jede Gemeinde macht. Da die Zuständigkeit für die Normkostenberechnung beim Kanton liegt, obliegt auch ihm die Pflicht sicherzustellen, dass die verwendeten Daten valide sind.

Die Herausforderungen rund um die Pflegefinanzierung sind dabei von einer derartigen Tragweite, dass es zwingend **ein neues Miteinander auch mit dem Kanton** braucht. Die mit der Aufteilung «Akutmedizin beim Kanton, Langzeitpflege bei den Gemeinden» einhergehende, auch inhaltliche Abwendung des Kantons von jeglichen Themen rund um die Versorgung von älteren Menschen und Menschen mit Pflegebedarf, ist aus Sicht der Gemeinden nicht mehr haltbar. **Die GeKoZH fordert einen Dialog mit dem Kanton und seine Zuwendung zum Thema. Es braucht eine gemeinsame Analyse und Prüfen von Lösungsansätzen zur Beseitigung von Lücken und Fehlanreizen des aktuellen Systems.** Die vom Kanton insbesondere in der Pflegebettenplanung in Aussicht gestellte «intensivere Zusammenarbeit» werten wir als positives Signal in die richtige Richtung.



Der Handlungsbedarf ist gross, wir kennen die Fehlanreize des heutigen Systems und wissen um die Trends der nächsten zwei Jahrzehnte: doppelte Alterung, engere regionale Zusammenarbeiten, stark steigender Betreuungsbedarf bei fehlender Finanzierungslösung, Fachkräftemangel. Die GeKoZH erwartet vom Kanton sowohl eine sorgfältige Wahrnehmung seiner Aufgaben (Normkostenberechnung inkl. damit verbundener Berechnungen und Kommunikation) als auch eine inhaltliche Auseinandersetzung und Mitfinanzierung von Prozessen, die das Pflegegesetz analysieren, den Herausforderungen begegnen und den formulierten Handlungsbedarf anpacken. **Die beiden aktuell hängigen Motionen im Kantonsrat bieten dazu eine Chance und die GeKoZH würde es auf Basis dieses Berichts begrüßen, wenn diese Vorstösse überwiesen werden:** Die Motion [312/2022](#) von Mitgliedern der FDP-Fraktion verlangt eine «Überarbeitung Gesetzgebung Pflege», die Motion [450/2022](#) von Mitgliedern der SP, Grünen, EVP und AL fordert eine «Totalrevision des Pflegegesetzes». Die Überweisung mindestens einer Motion sichert den Auftrag des Kantons sich mit einer Evaluation des Pflegegesetzes und für eine Verbesserung des Systems einzusetzen. Die Gemeinden sind in diesen Prozess von Beginn weg miteinzubeziehen.

Die Herausforderungen sind gross – aber auch die Dynamik: Viele Anbieter entwickeln qualitativ gute neue Versorgungsformen, ältere Menschen gestalten ihren Alltag aktiv, Freiwillige organisieren Strukturen, um ihre Einsätze zu leisten, die Forschung beleuchtet Potenziale eines breit ausgerichteten Versorgungssystems, das die Selbstständigkeit der älteren Menschen in allen Wohnformen möglichst lange erhält. Es ist **für die Gemeinden eine reizvolle Aufgabe**, hier als Gestalterinnen mit ihren Kernkompetenzen in Umsetzung, Vernetzung und Planung eine zukunftsfähige Versorgung zu sichern. Die Gemeinden dabei zu unterstützen und gegenseitige Koordination zu ermöglichen, kann die GeKoZH leisten – um die ganze thematische Breite abzudecken und alle vorhandenen politischen Hebel nutzen zu können, braucht es das Mitwirken auch der kantonalen Ebene und den Austausch mit den Leistungserbringern und Krankenversicherern. **Wir freuen uns, wenn das mit unseren aktuellen und künftigen Aktivitäten rund um die Pflegefinanzierung gelingen wird.**

Identifizierter Handlungsbedarf

Die Gemeinden haben sich in den letzten zehn Jahren viel Wissen und Ressourcen zur Umsetzung der Pflegefinanzierung aufgebaut. Sie sind ein wichtiger Teil der Pflegefinanzierung und wollen entsprechend wahrgenommen werden und sich aktiv in die Diskussion zur Weiterentwicklung einbringen.

Im Konkreten kann auf mehreren Ebenen eine Verbesserung der Pflegefinanzierung realisiert werden. Dabei geht es sowohl um Stellschrauben im aktuellen System, um gezielte Aktivitäten zum Ausgleich von Fehlanreizen des aktuellen Systems, als auch um Forderungen und Vorschläge an Dritte zur Weiterentwicklung des Systems. Der Bericht betrachtet diese Weiterentwicklung auf drei Ebenen: In den **Gemeinden selber bzw. als Verbund in der GeKoZH**, auf **Ebene Kanton Zürich** und auf der **Bundesebene**.

Blick auf die Trends

Kostensteigerung durch Teuerung, Demografie und Fachkräftemangel

Wird am aktuellen System festgehalten, wird das in den kommenden Jahren dazu führen, dass die Gemeinden sowohl die sich abzeichnende Teuerung, bzw. Inflation, als auch die zusätzlichen Kosten durch die steigende Anzahl alter Menschen zu einem grossen Teil tragen müssen. Verschärft wird das durch den starken Fachkräftemangel, der im Gesundheitswesen herrscht. Entgegenwirkende Massnahmen, wie beispielsweise verbesserte Arbeitsbedingungen, um Personen wieder für den Beruf zu gewinnen oder Berufsausstiege zu verhindern, werden die Angebotskosten weiter verteuern.

Gesellschaftliche Entwicklung schränkt informelle, unbezahlte Betreuung ein

Die aktuelle Unterstützung der älteren Menschen wird neben den professionellen Leistungen oft von Familienangehörigen oder engen Bezugspersonen übernommen. Diese Betreuungsleistungen werden meist kostenlos erbracht und verhindern, verkürzen oder verzögern den Eintritt in ein Alters- oder Pflegeheim und reduzieren deshalb die Pflegekosten. Diese informelle Betreuung der Angehörigen wird in Zukunft wohl eher weniger zur Verfügung stehen. Die Familienangehörigen leben geografisch weiter auseinander, die Frauen – die die Care-Arbeit immer noch überwiegend leisten – sind mit höheren Pensen im Arbeitsmarkt eingebunden. Angebote zur Unterstützung



und Entlastung der betreuenden Angehörigen werden gerade auch durch die nicht geregelte Finanzierung von Betreuungsleistungen erschwert.

Angebotsentwicklung und fließende Übergänge ambulant, intermediär, stationär

Die Angebote weisen einen klaren Trend auf: die Grenzen der Angebote verschwimmen immer mehr, neue intermediäre Angebote und Kooperationen entstehen. Auch die Heime visieren mit der von Curaviva verabschiedeten Vision 2030¹ eine stark sozialräumlich orientierte Angebotsgestaltung an. Diese neuen Versorgungsangebote, die fachlich und politisch sehr erwünscht sind, werden in der Finanzierung nicht abgebildet und die notwendigen Entwicklungen dadurch gehemmt. Um eine zukunftsfähige Versorgung sicherzustellen, müssen diese Lücken in der Pflegefinanzierung geschlossen werden.

Boomer Market führt zu hohem Koordinationsaufwand für Gemeinden

Koordination der Leistungen, Beratungen und Vermittlung subsidiärer Angebote der Altershilfe werden durch die ständig zunehmende Anzahl an privaten Leistungserbringern, ohne Bezug zur Gemeinde und Kenntnisse über deren Strukturen, immer schwieriger. Die von den Gemeinden betriebenen oder beauftragten Informations- und Vermittlungsstellen, bzw. Beratungs- und Anlaufstellen für das Alter, spielen bezüglich Vernetzung von Akteuren und Koordination von Leistungen eine immer wichtigere Rolle.

Konkrete Handlungsfelder

Ebene Gemeinden und GeKoZH

Handlungsfeld 1: Jährlich gemeinsame Bestandesaufnahme inklusive Auswertung und Kommunikation der Resultate

Die Gemeinden tauschen sich koordiniert über die Pflegefinanzierung aus, z. B. durch ein regelmässiges und systematisches Auswertungstreffen. Die GeKoZH wertet diesen Austausch aus und kommuniziert die Resultate. Sie meldet insbesondere dem Kanton jährlich die Veränderungen, die sie beobachten und die möglicherweise als Folge von kantonalen Anpassungen bei ihnen auftreten – im Sinne eines evaluativen Feedbacks. Die Gemeinden tauschen sich zu verwendeten Instrumenten und Prozessen aus und entwickeln eine Good Practice für Gemeinden.

Handlungsfeld 2: Kooperationsmodelle prüfen und umsetzen

Die Gemeinden haben gute eigene Lösungen entwickelt und können bzgl. Rechnungskontrolle von Pflegeleistungen voneinander lernen und sich gegenseitig unterstützen. Es gibt unterschiedliche Kooperationsmodelle, die die Gemeinden prüfen und nutzen können: Vom gegenseitigen Einblick in genutzte Tools zur einzelnen Rechnungskontrolle (z. B. Excel-Listen, Software-Lösungen) bis hin zu einer gemeinsam genutzten Software mehrerer oder aller Gemeinden oder gar eine gemeinsame Clearingstelle für sämtliche Rechnungen wie in anderen Kantonen.

Mit Blick auf die anstehende Bettenplanung (vgl. GeKoZH Bericht Versorgungsplanung und Bettenbewilligungen, 2022) und dem Ziel einer integrierten Versorgung setzt sich die GeKoZH mit dem überkommunalen Austausch und der Definition möglicher Versorgungsregionen auseinander.

Handlungsfeld 3: Datenschutzsituation mit Krankenkassen klären

Das Kennen des Spielraums beim Überprüfen einzelner Fälle ist ein wichtiges Element für eine wirkungsvolle Rechnungskontrolle. Welche Informationen darf die Gemeinde bei der Krankenkasse einholen, welche Informationen darf die Gemeinde herausgeben? Eine juristische Beurteilung, was innerhalb des Datenschutzes möglich ist und die Klärung der Prozesse mit den Leistungserbringern, damit das Weiterleiten der Entscheide garantiert ist, ist für die Gemeinden wichtig.

Handlungsfeld 4: GeKoZH Querschnittsthema Alter: Steigender Bedarf an Betreuung und Fachkräftemangel

Zur Verhinderung von frühzeitigen Heimeintritten und zur Entlastung von betreuenden Angehörigen ist der Ausbau des ambulanten Angebots wichtig. Die aktuelle Pflegefinanzierung finanziert keine psychosoziale Betreuung und vernachlässigt damit präventives Potenzial und begünstigt die stationären Angebote, die teurer sind. Sowohl aus

¹ CURAVIVA Schweiz (2020). Faktenblatt: Vision Wohnen im Alter von CURAVIVA Schweiz. Hrsg. CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Menschen im Alter.



Sicht der Kostenträger als auch um dem Wunsch der älteren Menschen zu entsprechen, ist eine möglichst lange Selbstständigkeit zu Hause anzustreben.

Die Gemeinden und der Kanton können das mit bedarfsgerechter Betreuungsfinanzierung für mittlere und untere Einkommen und der Unterstützung der Weiterentwicklung und des Ausbaus der Angebote fördern. Erste Schritte zur Verbesserung der Finanzierung via Ergänzungsleistungen durch das kantonale Sozialamt sind zu begrüßen, die Finanzierungsprobleme betreffen aber auch den Mittelstand und müssen damit über den Kreis der ZusatzleistungsbezüglerInnen hinaus geregelt werden.

Weiter muss auch der Ausbau des Betreuungsangebots in den Heimen unterstützt werden, um auch dort das präventive und aktivierende Potenzial zu nutzen. Mit einer Stärkung der Betreuung sowohl innerhalb der pflegerischen Leistungen (mehr Zeit) als auch eigenständig (psychosoziale Angebote) könnten die Arbeitsbedingungen für das Fachpersonal verbessert werden, soziale Berufe vermehrt eingesetzt werden und ein Beitrag zum Abdämpfen des Fachkräftemangels in der Pflege geleistet werden.

Ebenso könnte ein gemeinsamer Umgang gefunden werden mit folgender Tatsache: Es wird beobachtet, dass immer mehr pflegende Angehörige als Spitexmitarbeitende angestellt werden. In Einzelfällen ist dieses Versorgungsmodell sinnvoll und eine gute Ergänzung zur Regelversorgung durch Fachpersonen der Spitex. Da diese Leistungen mit den üblichen Stundenansätzen vergütet werden und der Aufwand für die Spitex-Organisation gering ist, führt die Differenz zwischen der Entlohnung der Angehörigen und den bezahlten Stundenansätzen aus Sicht der Gemeinden zu unverhältnismässigen Gewinnen bei gewissen Spitex-Organisationen. Diese haben ein Interesse, dass die Angehörigen (häufig bereits im Rentenalter) möglichst viele Stunden leisten, hingegen müsste aus Sicht der Gemeinden das Patientenwohl und die Entlastung der pflegenden Angehörigen im Zentrum stehen. Da bei diesem Versorgungsmodell das Zusammenspiel zwischen den Anreiz- und Kontrollmechanismen nicht funktioniert, werden in diesen Fällen Steuergelder nicht mehr nutzbringend eingesetzt. In anderen Kantonen wurde das Problem erkannt und entsprechende Massnahmen werden diskutiert bzw. umgesetzt.

Ebene Kanton

Handlungsfeld 5: Die anstehende Herausforderung ist gross: Es braucht ein Mit-Engagement des Kantons um die Mängel des Pflegegesetzes anzugehen

Mit Blick auf die Teuerung und die demografische Entwicklung müssen Kanton und Gemeinden im gemeinsamen Austausch Modelle prüfen, wie die in der Analyse identifizierten und hinreichlich bekannten Mängel der Pflegefinanzierung im Kanton Zürich angegangen werden können. Die auch im Parlament immer wieder eingebrachten Vorstösse unterstreichen den politischen Handlungsbedarf. Mit der Überweisung einer oder beider aktuell hängigen Motionen zur Reform des Pflegegesetzes bietet sich die Möglichkeit, das Pflegegesetz zu evaluieren, von anderen Kantonen zu lernen und Anpassungen des Pflegegesetzes vorzunehmen. Diese inhaltliche Vertiefung ist eine wichtige Grundlage, die jetzt geleistet werden sollte, egal ob und in welcher Form EFAS schlussendlich vom Bund beschlossen wird. Sie wird so oder so relevante Erkenntnisse liefern für die Optimierung des aktuellen Systems oder eine gute Ausgestaltung des neuen EFAS-Systems.

Aus Sicht der Gemeinden braucht es eine gemeinsame Analyse und vorausschauende Planung von Kanton und Gemeinden, wie das Zürcher System der Pflegefinanzierung optimiert werden kann. Wie kann der Kanton die bei ihm verbleibenden Aufgaben sorgfältig und im Sinne der Steuerzahler wahrnehmen, obwohl er selber den Kostendruck nicht direkt spürt? Wie können die Gemeinden als Hauptfinanzierinnen auf Augenhöhe mitwirken und noch stärker steuernd wirken? Wie können Fehlanreize zu Ungunsten des ambulanten und intermediären Angebotes beseitigt werden? Ein Blick in die Umsetzung in anderen Kantone kann dabei helfen:

- In Kantonen, die ebenfalls mit Normkosten via Perzentil operieren: Auf welchem Perzentil basieren die Normkosten und wie wird die Perzentilwahl begründet? Gibt es andere Normkostenberechnungen, die besser geeignet sind um die Kostenspirale nicht automatisch immer weiter zu drehen?
- Kostenrechnungskontrolle: Wie wird in anderen Kantonen das Controlling der Gesamtkostenrechnungen, im Kontext der Festsetzung der Normkosten, also der Abgleich der verrechneten mit den effektiven Kosten, gehandhabt? Das kann auch in Kantonen mit anderen Zuständigkeitsmodellen betrachtet werden.



- Risikoausgleich: Wie lösen andere Kantone die Tatsache, dass teure Einzelfälle die Kosten einer Gemeinde von heute auf morgen stark belasten können?
- Fehlanreize: Mit welchen Modellen stellen anderen Kantone sicher, dass der Aufbau von guten ambulanten und intermediären Versorgungsstrukturen nicht durch Fehlanreize (Wohngemeinde bezahlt letztlich auch Heimkosten) verhindert werden?

Diese inhaltliche und gemeinsame Auseinandersetzung und die daraus resultierende Verbesserung des Pflegegesetzes ist für die nachhaltige Sicherung der Langzeitpflege und die Versorgungsgerechtigkeit der älteren Menschen zentral. Aus Sicht dieser Analyse ist damit eine Annahme der aktuell hängigen Motionen zur Reform des Pflegegesetzes durch den Kantonsrat zu begrüssen. Dies umso mehr, als der Regierungsrat selber keinen Handlungsbedarf sieht und von sich aus nicht aktiv werden wird. Dies ist seinen bisherigen Antworten auf Vorstösse zu entnehmen.

Handlungsfeld 6: Information und Beratung durch Kanton für eine einheitliche & koordinierte Umsetzung

Es wäre eine wichtige Optimierung im System, wenn der Kanton aktiver, umfassender und adressatengerecht auch für NeueinsteigerInnen die Gemeinden informieren würde und darüber hinaus auch einen Beratungsauftrag wahrnehmen könnte. Eine Anlaufstelle für Fragen, Unklarheiten im Umgang mit komplexen Fällen und Unsicherheiten bei Anpassungen würde die Gemeinden unterstützen und eine einheitliche Umsetzung der kantonalen Informationen und Rundschreiben sichern. Dabei geht es beispielsweise um die jährlichen Änderungen bzgl. Normkosten und Normdefizit und um Rückfragen von Gemeinden zu Spezialfällen. Denkbar wäre, dass der Kanton neben dem jährlichen Rundschreiben unterstützende Angebote wie ein Webinar zu den jährlichen Änderungen, eine Q&A-Session oder Ähnliches anbietet. Zudem betreibt er die juristische Beratungsstelle für Gemeindemitarbeitende, die zuständig sind für die Pflegefinanzierung mit einer offenen, dienstleistungsorientierten Haltung. So kann Wissen gebündelt und eine einheitliche Umsetzung sichergestellt werden. Dazu wäre ein Ausbau der heutigen kantonalen Fachstelle notwendig.

Handlungsfeld 7: Kostenrechnungskontrolle: Kantons-Controlling für eine faire und transparente Restkostenfinanzierung

Seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung wird bei den nicht beauftragten Spitex-Organisationen und Pflegeinstitutionen ein deutliches Mengen-Wachstum der bewilligten Betriebe und der geleisteten Stunden festgestellt. Die Gesundheitsdirektion des Kantons erteilt die Betriebsbewilligungen und legt die jährlichen Beiträge für die Restkostenfinanzierung via Normkosten fest. Diese Normkosten basieren auf den Kostenrechnungen der Leistungserbringer der letzten Jahre. Ausser der Beseitigung der statistischen Ausreisser durch die Gesundheitsdirektion prüft keine Stelle diese Kostenrechnungen inhaltlich und macht einen Abgleich zwischen verrechneten und effektiven Kosten oder prüft die Einhaltung des Finanzmanuals. Ein in der Stadt Zürich durchgeführtes Controlling der nicht-beauftragten Organisationen im ambulanten Bereich in den Jahren 2020 und 2021 zeigt eine bedeutende Differenz zwischen Kostenrechnung und realen Betriebskosten sowie eine ungenügende Anwendung der Branchenstandards bzw. des Finanzmanuals. Auch über eine Lohnbandbreite in der Grundpflege und auf Geschäftsführungsebene könnte diskutiert werden.

Handlungsfeld 8: Institutionalisierung eines Dialogs ‚Langzeitpflege und Alterspolitik‘ des Kantons und der Gemeinden unter Einbezug der Sozial- und der Gesundheitspolitik

Der Entscheid von 2010, die Langzeitpflege vollständig den Gemeinden zuzuweisen, führte dazu, dass kein institutionalisierter Dialog zwischen Kanton und Gemeinden über wichtige Themen und Entwicklungen in der Pflegefinanzierung und -versorgung geführt werden kann.

Der Regierungsrat hat in seiner Antwort auf das Postulat 12/2020 angekündigt: «Diese Zusammenarbeit [mit dem GPV und der GeKoZH] wird in der nächsten Zeit noch intensiviert». Er verweist dabei auf die Pflegebettenplanung. Auf Basis dieser Analyse und mit Blick auf die demografischen und gesellschaftlichen Entwicklungen ist ein starker und regelmässiger Dialog und eine punktuelle Zusammenarbeit zwischen Gemeinden und Kanton wichtig – nicht nur zur Pflegebettenplanung, sondern über die gesamte thematische Breite der Pflegefinanzierung. Im Zentrum könnten Themen stehen wie der Umgang mit dem Fachkräftemangel, neue Versorgungsformen, das Beseitigen von Fehlanreizen, der Ausbau und die Finanzierung von Betreuung im Alter und die Qualitätssicherung der Arbeiten der Bezirksräte, die eine wichtige Aufsichtsfunktion innehaben.



Dabei ist es zentral, dass dieser Dialog sowohl die Gesundheitspolitik als auch die Sozialpolitik beinhaltet. Es soll also ein Dialog zwischen Gesundheitsamt und Sozialamt des Kantons Zürich, der Sozialkonferenz Zürich und der Gesundheitskonferenz Kanton Zürich und dem Gemeindepräsidienverband stattfinden. Die Leistungserbringer und weitere Stakeholder sind in die Konzeption und Gestaltung des Dialogs miteinzubeziehen. Das Interesse, das System aktiv optimaler zu gestalten war in den Partizipationsprozessen mit den Gemeinden und den Dialogrunden mit Leistungserbringern deutlich zu erkennen. Eine Initiative der beiden kantonalen Ämter zur Konzeption dieses Dialoges und beispielsweise jährliche Treffen in dieser Runde würde sehr begrüsst. Allenfalls wäre auch ein gemeinsamer Auftrag des Kantons an SoKo und GeKoZH zur Realisierung des Dialogs denkbar, wobei alle Akteure auch eigene Mittel einbringen würden.

Ebene Bund

Handlungsfeld 9: Einbringen der kommunalen Anliegen in bundespolitische Prozesse

Auch auf Bundesebene wird die Pflegefinanzierung diskutiert. Auf Basis der gemachten Erfahrungen der Zürcher Gemeinden gilt es insbesondere folgende Punkte zu berücksichtigen: Um im Rahmen von EFAS aus Gemeindesicht eine Verbesserung zum heutigen System realisieren zu können, muss bereits im Rahmen der vorbereitenden Arbeiten eine tatsächliche Transparenz der Pflegekosten hergestellt werden. Dazu gehört die Mitberücksichtigung der EL-Kosten für die Pflegeheime. Weiter müssen nicht nur die einheitlichen Finanzierungsströme gewährleistet sein, sondern auch die Tarife in der Langzeitpflege für ambulant und stationär so ausgestaltet sein, dass nicht hier neue Fehlanreize zwischen den Settings entstehen. Mit Blick auf den Fachkräftemangel und die Demografie sollte die neue Tarifstruktur zudem Koordinationsleistungen berücksichtigen und den effizienten Einsatz unterschiedlicher Berufsprofile und -niveaus ermöglichen. Auch das Instrument der Akut- und Übergangspflege sollte angepasst werden, die fixe Zwei-Wochen-Frist ist nicht praktikabel. In der Umsetzung muss ein Controlling der Rechnungen sichergestellt werden.

Weiter sind Schritte auf Bundesebene zur stärkeren Förderung und Finanzierung einer guten psychosozialen Betreuung im Alter, wie beispielsweise die Umsetzung der Motion 18.3716 zu begrüßen. Aber auch hier muss sichergestellt werden, dass nicht neue Schnittstellen und Fehlanreize geschaffen werden und Qualitätskriterien und Controlling gewährleistet sind.

Übersicht Handlungsfelder

Tabelle 1: Übersicht Handlungsbedarf und Handlungsfelder

Nr.	Ebene	Thema	Stichworte/kurzer Umriss
1	Gemeinden/GeKoZH	Jährlich gemeinsame Bestandesaufnahme inkl. Auswertung und Kommunikation der Resultate	regelmässiger Austausch zwischen den Gemeinden, Veränderungen und Herausforderungen erfassen, auswerten, kommunizieren und mit GD besprechen
2	Gemeinden/GeKoZH	Kooperationsmodelle prüfen und umsetzen	Good-Practice-Sammlung und Austausch dazu, Kooperationsmöglichkeiten unter Gemeinden anregen
3	Gemeinden/GeKoZH	Datenschutzsituation mit Krankenkassen klären	juristisch klären, was die Gemeinde im Rahmen der Rechnungskontrolle und des Controllings darf und was nicht
4	Gemeinden/GeKoZH	GeKoZH Querschnittsthema Alter: Steigender Bedarf an Betreuung und Fachkräftemangel	vertieft im Rahmen ihres Querschnittsthemas Alter die Fragen der Betreuung im Alter und des Fachkräftemangels
5	Kanton	Die anstehende Herausforderung ist gross: es braucht ein Mit-Engagement des Kantons um die Mängel des Pflegegesetzes anzugehen	Überweisung hängiger Motionen im Kantonsrat zur Revision des Pflegegesetzes, gemeinsame Evaluation und Prüfen Modelle anderer Kantone, Anpassung Pflegegesetz – auch mit Blick auf EFAS
6	Kanton	Information und Beratung durch den Kanton für eine einheitliche & koordinierte Umsetzung	Anpassung des Informationsauftrags des Kantons wird realisiert, hin zu einer offenen Auskunft- und Beratungsstelle
7	Kanton	Kostenrechnungskontrolle: Kantons-Controlling für eine faire und transparente Restkostenfinanzierung	insbesondere im Bereich der nicht beauftragten Leistungserbringenden ein Controlling durchführen, um die verrechneten Kosten mit den effektiven Kosten abzugleichen
8	Kanton	Institutionalisierung eines Dialogs ‚Langzeitpflege und Alterspolitik‘ des Kantons und der Gemeinden unter Einbezug der Sozial- und der Gesundheitspolitik	Institutionalisierung eines Dialogs zu Themen der Pflegefinanzierung, Langzeitpflege und Alterspolitik mit GeKoZH, SoKoZH, GPV, GD, SA und Stakeholdern.
9	Bund	Einbringen der kommunalen Anliegen in bundespolitische Prozesse	Anstreben, dass in bundespolitischen Prozessen wie EFAS+ und Betreuungsfinanzierung die Anliegen der Gemeinden berücksichtigt werden

Hintergrund: 10 Jahre Pflegefinanzierung im Kanton Zürich

1. Einleitung

2011 wurde die neue Pflegefinanzierung durch den Bund eingeführt und die entsprechenden Umsetzungsgesetze durch die Kantone erlassen. Gemäss Pflegegesetz sorgen die Zürcher Gemeinden für eine bedarfs- und fachgerechte stationäre und ambulante Pflegeversorgung ihrer EinwohnerInnen und sie tragen dafür die Restkosten. Daraus ergeben sich neben den zahlreichen Aufgaben auch die Kosten für die Pflegeversorgung. Die alleinige Finanzierung der Pflegerestkosten fordert die Zürcher Gemeinden stark heraus. Die GeKoZH blickt mit dieser Analyse auf die seit Einführung des neuen Systems gemachten Erfahrungen zurück und zeigt mit Blick auf die Zukunft und deren Trends – wie demografische Entwicklung – die weiterhin bestehenden Lücken und Fehlanreize des Systems auf. Weitere wichtige Aspekte der Pflegeversorgung sind nicht Gegenstand dieses Berichts:

- Die Versorgungsplanung, insbesondere im stationären Bereich (GeKoZH-Bericht Pflegeversorgung, 2022)
- Die Pflegequalität ist äusserst bedeutsam und wird hauptsächlich vom Bezirksrat überprüft.
- Die Finanzierung anderer Leistungen für pflegebedürftige Menschen (z. B. Betreuung, Wohnen).

Ziel dieser Erfahrungsanalyse: Erstmals die Sicht der Zürcher Gemeinden formulieren

Seit Beginn der Arbeiten für die Gründung der GeKoZH Ende 2019 sind Fragen und Anliegen rund um die Pflegefinanzierung ein wichtiger Treiber für die erstarkte Vernetzung der Gemeinden. Auch heute noch gehen regelmässig Mails und Telefonate rund um die Pflegefinanzierung auf der Geschäftsstelle der GeKoZH ein. Die finanzielle Belastung der Gemeinden durch die Restkostenfinanzierung ist gross, die Steuerungsmöglichkeiten der Gemeinden minim und die Verwaltungen waren in den letzten zehn Jahren stark gefordert mit der Umsetzung der neuen Finanzierung. Es ist der GeKoZH deshalb ein Anliegen, diese Leistungen der Gemeinden sichtbar zu machen und analytisch eine gemeinsame Position zu entwickeln, um für die Zukunft Handlungsbedarf und Handlungsspielraum aufzuzeigen.

Zur Entstehung dieser Erfahrungsanalyse: Partizipativer Prozess innerhalb der GeKoZH

Die vorliegende Erfahrungsanalyse entstand unter der Leitung des GeKoZH Ausschusses Pflegefinanzierung, zusammen mit weiteren Fachpersonen aus der GeKoZH (Projektteam) und im partizipativen Verfahren mit den Mitgliedergemeinden. Ergänzend wurden Hintergrundgespräche mit weiteren Akteuren der Pflegefinanzierung geführt. Die Koordination des Prozesses wurde realisiert durch Miriam Wetter, lic.rer.soc. Politologin und Inhaberin mcw – politische Arbeit gestalten.

Einsitz im GeKoZH Ausschuss Pflegefinanzierung bzw. Projektteam Erfahrungsanalyse hatten folgende Personen:

- Astrid Furrer, Stadt- und Kantonsrätin, Wädenswil (GeKoZH Ausschuss, bis Ende 2022)
- Caroline Rau, Gemeinderätin, Dällikon (GeKoZH Ausschuss)
- Judith Hartmann, Fachverantwortliche Alter & Gesundheit, Illnau-Effretikon (GeKoZH Ausschuss)
- Karin Fehr, Stadt- und Kantonsrätin Uster (Projektteam)
- Ursula Feiner, Fachbereichsleiterin Alter & Sozialversicherungen, Männedorf (Projektteam)
- Evelyne Bucher, Abteilungsleiterin Gesellschaft, Richterswil, Kursleiterin (Projektteam)
- Claudia Farley, Geschäftsführerin GeKoZH (Projektmanagement)

Basierend auf einer online Befragung unter den Mitgliedern der GeKoZH im 2020 sowie von Desk Research wurden erste Themenbereiche abgesteckt und vom Projektteam formuliert. Im November 2021 haben mehr als 25 Gemeinden ihre Erfahrungen eingebracht und künftige Herausforderungen in einem Workshop diskutiert. Ergänzt wurden diese Arbeiten mit Informationen aus Hintergrundgesprächen mit GesprächspartnerInnen aus der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, dem Verband der Gemeindepräsidien und aus GeKoZH-Mitgliedsgemeinden.

Im Rahmen von mehreren Projektteamsitzungen wurden die Inputs ausgewertet und die Analyse formuliert. Anlässlich der Mitgliederversammlung der GeKoZH im Juni 2022 wurde eine erste Version des Berichts mit einer Präsentation, einem Podium und einer offenen Diskussion noch einmal kommentiert und validiert. Ein erster Berichtsentwurf wurde im Sommer 2022 im GeKoZH-Vorstand diskutiert und die finale Version des Berichts wurde vom



GeKoZH-Vorstand im April 2023 genehmigt. Dieser Genehmigung vorausgegangen sind Dialogrunden mit weiteren Stakeholdern (Leistungserbringerverbände, kantonale Gesundheitsdirektion), um die Erkenntnisse zu diskutieren. Der vorliegende Bericht wird den GeKoZH-Mitgliedern an der Mitgliederversammlung im Juni 2023 zur Abstimmung vorgelegt.

Zur Ausrichtung dieser Erfahrungsanalyse: Sammlung, Impuls und Handlungsgrundlage

Der vorliegende Bericht ist eine strukturierte Sammlung und Analyse von Erfahrungen der Zürcher Gemeinden, der ihre Leistungen zur Pflegefinanzierung sichtbar macht, den Handlungsbedarf für eine zukunftsfähige Versorgungsfinanzierung benennt und konkrete Verbesserungen anregt. Er ist keine wissenschaftliche Evaluation im engeren Sinne und erhebt auch keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Weitere einzelne Anliegen, die in dieser übergeordneten Sammlung nicht spezifisch genannt sind, werden z. B. im direkten Austausch, an gemeinsamen Erfahrungstreffen oder in anderen Gremien thematisiert. Dieser Bericht zeigt Spannendes auf, regt zum Weiterdenken an, ermöglicht den Dialog der Gemeinden untereinander und mit Dritten und entwickelt eine Handlungsgrundlage für das Engagement der GeKoZH für eine zukunftsfähige Pflegeversorgung im Kanton Zürich.

2. Ausgangslage

Bundesgesetz: Debatte & Einführung ab 1. Januar 2011

Per 1. Januar 2011 wurde die Pflegeversorgung und damit auch die Pflegefinanzierung neu geregelt. Das auf Bundesebene verabschiedete Gesetz wollte die steigenden Prämienkosten bei den Krankenkassen bremsen und hat deshalb die Finanzierung neu aufgeteilt. Während die Beiträge von Seiten der PatientInnen und der Krankenkassen auf konkrete Beiträge fixiert sind, funktionieren die Kantone und Gemeinden als Restfinanzierer der Pflegekosten. Die Pflegekosten werden seither getragen von den PatientInnen (maximaler Beitrag pro Tag), den Krankenpflegeversicherungen (fixe Beiträge pro Stunde bzw. pro Pflegestufe/Tag) und der öffentlichen Hand (variable Restkosten). Welche Auswirkungen das System wirklich haben wird, war schwierig vorauszusagen, wie auch der damals zuständige Bundesrat Pascal Couchepin im Rahmen der Diskussion in der Herbstsession 2006 sagte:

«Si l'on veut faire bouger quelque chose dans ce pays, on doit avoir le courage à un certain moment de prendre des décisions sans avoir la certitude absolue de connaître tous les effets à terme sur la dynamique du système.»²

So funktioniert die Pflegefinanzierung im Kanton Zürich

Der Kanton Zürich übergibt die Pflegerestfinanzierung zu 100 % an die Gemeinden

Der Kanton Zürich hat in seiner Umsetzung des Bundesgesetzes entschieden, die Pflegeversorgung, d. h., die Versorgungsplanung und Pflegefinanzierung, den Gemeinden zu übergeben. Durch diese Regelung sind die Gemeinden zuständig für die ambulante und stationäre Langzeitpflege und deren Restfinanzierung (d. h., Pflegeleistungen erbracht durch Spitex-Organisationen oder freiberufliche Pflegefachpersonen oder Pflegeleistungen erbracht in Alters-/Pflegeheimen). Der Kanton ist zuständig für die Spitalversorgung und Spitalfinanzierung (d. h., Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation). Im GeKoZH-Kompass (= Übersichtsdokument) werden die Gesundheits-, Alters- und Pflegeversorgung und die damit verbundenen Gemeindeaufgaben näher beschrieben (auf www.geko-zh.ch).

Kanton hat weiterhin eine wichtige Funktion

Trotz der Zuständigkeit der Gemeinden behält auch der Kanton eine zentrale Rolle in der Pflegefinanzierung. Er berechnet und definiert das Normdefizit und somit den maximalen Betrag der Gemeinden an die Pflegekosten von ambulanten und stationären Leistungserbringern ohne Auftrag der Gemeinde. Der Kanton berechnet das Normdefizit auf der Grundlage des vorletzten Rechnungsjahrs und den Angaben aller Leistungserbringer in der Spitex- bzw. SoMed-Statistik. Diese Angaben müssen auf den verbindlich geltenden Finanzmanualen beruhen. Der Kanton ermittelt und fixiert die Normkosten mit dem 50. Perzentil dieser Pflegekosten. Dabei wird unterschieden nach stationären Pflegeinstitutionen und nach beauftragten bzw. nicht-beauftragten Spitex-Organisationen sowie selbständig erwerbenden Pflegefachpersonen.

² Auszug Amtliches Bulletin des Ständerats, 19. Juni 2006 (AB 2006 S. 649)



Umsetzung in anderen Kantonen

Interessant ist ein Blick auf die Umsetzung in anderen Kantonen. Im Rahmen einer Analyse zur Effizienz in der stationären Pflege³ werden die unterschiedlichen Umsetzungssysteme aufgelistet. Neben dem Kanton Zürich haben auch die Kantone Aargau, Appenzell-Innerrhoden, Baselland, Glarus, Luzern, St. Gallen und Schwyz die Restkostenfinanzierung zu 100 Prozent an die Gemeinden übertragen. Bei den anderen Kantonen ist es eine Aufteilung zwischen Kanton und Gemeinden oder der Kanton, der alleine finanziert. Zum Kanton Schwyz ist anzumerken, dass die Kosten zwar von den Gemeinden finanziert werden, die Abrechnung sämtlicher Kosten jedoch zentral über die Sozialversicherungsanstalt SVA erfolgt und diese dann die Kosten im Verhältnis zur jeweiligen Einwohnerzahl den einzelnen Gemeinden in Rechnung stellt. Somit entfällt sowohl der administrative Aufwand als auch das Risiko für hohe Einzelfallkosten für die Gemeinden. Auch der Kanton Aargau kennt eine einheitliche, kantonale Clearing-Stelle und hat das Abrechnungswesen damit zentralisiert.

Nicht nur in der Aufteilung der Kostenübernahme, auch bei der Festsetzung der Normkosten haben die 26 Kantone sehr unterschiedliche Modelle gewählt. Hier gibt es tatsächlich 26 im Detail unterschiedliche Systeme, die von Stundenpreisen zu einem rein politischen Entscheid bis hin zu unterschiedlichst berechneten arithmetischen Mitteln von Pflegekosten variieren. Auffallend ist, dass die Kantone St. Gallen und Aargau ebenfalls mit einem Perzentilwert arbeiten. Während jedoch im Kanton Zürich der Normwert beim 50. Perzentil festgelegt wird (d. h., je die Hälfte der Heime lagen im relevanten Jahr über bzw. unter diesem Wert), operiert der Kanton Aargau mit dem 33. Perzentil und der Kanton St. Gallen mit dem 75. Perzentil. Der Kanton Basel-Land nutzt auch das 50. Perzentil der Pflegekosten pro Pflegestunde aller Pflegeheime.

Eigenständige Umsetzung in Zürcher Gemeinden

Wie erwähnt sind die Zürcher Gemeinden seit 2011 für die Pflegeversorgung ihrer Bevölkerung zuständig, dazu gehören insbesondere die Versorgungsplanung und die Pflegefinanzierung. Die Einführung der Pflegefinanzierung vor rund zehn Jahren war eine grosse Herausforderung für die Gemeinden. Die ganze Abwicklung der Rechnungskontrolle musste in der Gemeindeverwaltung aufgebaut werden, Wissen musste generiert und Prozesse mussten definiert werden. Die Zusammenarbeit und die Schnittstelle mit den Leistungserbringern musste auch in der Rechnungsstelle der Verwaltung koordiniert werden. Die Gemeinden waren in diesen Bemühungen mehrheitlich auf sich selbst gestellt, es gab keine kantonale/zentrale Beratungsstelle oder begleitende Bildungsmassnahmen und Austauschgefässe. Sie haben damit auch in diesem Bereich ihre Fähigkeit zu pragmatischen und praktischen Lösungsansätzen gezeigt und auch die immer wieder folgenden Anpassungen mit beachtlichem Ressourceneinsatz gemeistert. Seit 2014 bietet der Verein Zürcher GemeindegliederInnen und Verwaltungsfachleute einen Einführungskurs zur Pflegefinanzierung an und seit 2015 auch einen jährlichen Erfahrungsaustausch zur Pflegefinanzierung.

Die Sachbearbeitenden in den Gemeinden müssen sich auf mehrere rechtliche Grundlagen abstützen und deren Anpassungen jeweils nachvollziehen: das Kantonale Pflegegesetz mit der dazugehörenden Verordnung über die Pflegeversorgung, die jährlichen Kreisschreiben der Gesundheitsdirektion, das Krankenversicherungsgesetz KVG sowie die Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV, um die Wichtigsten zu nennen

Relevante bisherige Berichte: Bundesevaluation & Bericht Auswirkungen auf Zürcher Gemeinden

Gut fünf Jahre nach deren Einführung hat der Bund eine Evaluation der neuen Pflegefinanzierung in Auftrag gegeben. 2018 kommt die Evaluation von Infrax, Careum und Landolt Rechtsanwälte zum Schluss:

«Ihr erstes Hauptziel, die Begrenzung der zusätzlichen Belastung der OKP, konnte die Revision erreichen. Dafür ist der Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand – insbesondere der Gemeinden – gestiegen. Nur teilweise erfüllt sie das zweite Hauptziel, die Verbesserung der sozialpolitisch schwierigen Situationen von Pflegebedürftigen.»⁴

³ Felder, Stefan (2019): Kosteneffizienz in der stationären Langzeitpflege – Welchen Einfluss hat die Restfinanzierung? Abschlussbericht zuhanden CURAVIVA Schweiz. Universität Basel, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät.

⁴ INFRAS, Landolt Rechtsanwälte und Careum Forschung (2018): Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit.

Die grosse Belastung der Gemeinden wurde also in dieser Evaluation festgehalten – entspricht ja aber durchaus dem Sinne der Gesetzgeber. 2017 haben Brunner Schmid und Frei⁵ im Rahmen eines Artikels im Jahrbuch der Schweizerischen Verwaltungswissenschaften die Auswirkungen der neuen Pflegefinanzierung auf die Zürcher Gemeinden analysiert. Auch sie halten fest, dass die Gemeinden gefordert sind:

«Die Zürcher Gemeinden sind hinsichtlich der demografischen Entwicklung und ihrer Verantwortung im Bereich der Langzeitpflege gefordert.»

Um diese Herausforderungen anzupacken, empfehlen sie den Zürcher Gemeinden insbesondere die folgenden Massnahmen:

- *«Investitionen in Aus- und Weiterbildung*
- *Kooperation und Vernetzung*
- *Überkommunale Versorgungsplanung*
- *Schaffung einer Triagestelle*
- *Anreize schaffen 'ambulant vor stationär'»*

Anstehende Reformen auf Bundesebene und Kantonebene

Mit Blick auf die Verbesserung der Pflegefinanzierung ist es wichtig, einen Blick auf Bestrebungen der beiden anderen föderalen Ebenen zu richten. Hier sind von kleineren Anpassungen bis hin zur Einführung eines gänzlich neuen Finanzierungssystems mehrere Bestrebungen im Gange.

Kantonale Ebene:

In seinem [Bericht](#) zur Beantwortung des Postulats [12/2020](#) «Zeitgemässe Spital- und Pflegefinanzierung» negiert der Regierungsrat zwar grundsätzlicheren Handlungsbedarf in der Pflegefinanzierung, verspricht jedoch ein künftig stärker koordiniertes Wirken von Gemeinden und Kantonen: **«Diese Zusammenarbeit [mit dem GPV und der GeKoZH] wird in der nächsten Zeit noch intensiviert**, da weitere Themen mit Abstimmungsbedarf, wie beispielsweise die Pflegebettenplanung, anstehen.»

Zwei neue Vorstösse fordern trotz dieser ablehnenden Grundhaltung des Regierungsrats gegenüber Reformen in der Pflegefinanzierung erneut eine Teil- oder Gesamtrevision des Pflegegesetzes: Die Motion [312/2022](#) von Mitgliedern der FDP-Fraktion verlangt eine **«Überarbeitung Gesetzgebung Pflege»** um ein Finanzierungsmodell auszuarbeiten, das die ambulante Versorgung stärkt, betreuende Angehörige miteinbezieht, Anreize für integrierte Versorgung schafft und neue Wohnformen mitberücksichtigt. Der Regierungsrat hat im November die Ablehnung des Vorstosses beantragt.

Die Motion [450/2022](#) von Mitgliedern der SP, Grünen, EVP und AL fordert eine **«Totalrevision des Pflegegesetzes»**. Der Kanton soll ein neues Pflege- und Betreuungsgesetz vorlegen, das insbesondere den Grundsatz ambulant vor stationär stärken soll, vor allem über mehr intermediäre Angebote, Entlastungsangebote für betreuende Angehörige, eine andere Lösung anstelle des Normdefizits und eine Mitfinanzierung des Kantons der Restkosten. Die Antwort des Regierungsrates steht noch aus.

Das Sozialamt des Kantons Zürich hat vom Februar bis April 2023 die Vernehmlassung zu einer geplanten **erweiterten Betreuungsfinanzierung über die Zusatzleistungen** durchgeführt. Ziel der Anpassungen ist ein längerer Verbleib zu Hause über die ausgebauten Finanzierung von psychosozialen Betreuungsleistungen via Krankheits- und Behinderungskosten, damit insbesondere Heimeintritte von Personen mit tiefen Pflegestufen verhindert werden können.

Die Gesundheitsdirektion hat im Sommer 2022 zur Beantwortung des Postulats [108/2019](#) einen Bericht betreffend **Steuerungsmöglichkeiten mit der Pflegeheimliste** veröffentlicht. Sie zeigt darin Bereitschaft, gemeinsam mit GeKoZH und GPV Lösungen für eine bedarfsgerechte Pflegeversorgung zu entwickeln und eine Über- und Unterver-

⁵ Karin Brunner Schmid, Michael Frei: Neue Pflegefinanzierung: Auswirkungen auf die Gemeinden. Jahrbuch der Schweizerischen Verwaltungswissenschaften 2017: Seiten 94–103

sorgung zu vermeiden. Somit kann die GeKoZH ihre Anliegen, die sie im [Bericht](#) "Versorgungsplanung und Bettenbewilligungen: Empfehlungen für eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Kanton und Gemeinden im Kanton Zürich" im Juni 2022 veröffentlicht hat, direkt einbringen.

Bundesebene:

Der Ständerat hat in der Wintersession 2022 die **einheitliche Finanzierung des stationären und ambulanten Bereichs EFAS inklusive der Langzeitpflege** ([18.3295](#)) angenommen. Der Ball liegt nun beim Nationalrat. Sollte die Vorlage umgesetzt werden, würde die Finanzierung der ambulanten und stationären Pflege in einer neu zu gründenden Tariforganisation neu ausgehandelt. Das Umsetzen der einheitlichen, neuen Finanzierung im Pflegebereich ist auf sieben Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes terminiert – die einheitliche Finanzierung im Akutbereich soll bereits nach drei Jahren erfolgen. Die Verzögerung wird mit der heute fehlenden Transparenz in den Pflegekosten begründet. Wird EFAS inkl. der Pflege realisiert, würde die heutige Kostenteilung mit Restkostenfinanzierung durch die Gemeinden wegfallen. Wie der Kanton Zürich dann im neuen Modell die anfallenden kantonalen Kosten regeln will, müsste neu entschieden werden. Es ist davon auszugehen, dass die Rechnungsabwicklung nicht mehr direkt über die einzelnen Gemeinden erfolgt, sondern über die Krankenkassen.

Bis eine neue Finanzierung umgesetzt wird, vergehen wohl noch knapp 10 Jahre: Zuerst müssen sich die eidgenössischen Räte einigen, danach folgt die Phase der Transparenzherstellung und die Aushandlung der neuen Tarife.

Auch bei einer Einführung der EFAS-Finanzierung inkl. Pflegeversorgung wären die hier gewonnenen Erkenntnisse wichtig, um die Anliegen der Gemeinden als Verantwortliche der Pflegeversorgung gezielt einzubringen und neue Fehlanreize bzw. -konstruktionen zu vermeiden. Gleichzeitig wäre mit EFAS+ eine Neuausrichtung der kommunalen Aktivitäten auf die Organisation, Qualitätssicherung und Integration der Versorgung verbunden.

Bereits seit mehreren Jahren überwiesen ist eine Motion zur **Finanzierung des betreuten Wohnens über die Ergänzungleistungen** ([18.3716](#)). Gemäss Konkretisierung der zuständigen Parlamentskommission soll der Bundesrat einen Vorschlag für eine wohnformunabhängige Finanzierung der Betreuung mit der Vorlage präsentieren ([Link auf Medienmitteilung SGK-N](#)). Die Vernehmlassung zur Vorlage steht aus.

In der Wintersession 2022 wurden zudem zwei Vorstösse überwiesen, die die **Angleichung der AHV-Leistungen an die IV** ins Auge fassen, um den Grundsatz «ambulant vor stationär» auch im Bereich Alter stärker umzusetzen und damit Pflegekosten zu reduzieren: Das [Postulat Hess 22.4262](#) fordert einen Bericht zur Einführung des Assistenzbeitrags auch im AHV-Alter, die [Motion de Courten 22.4261](#) fordert eine Anpassung der Hilfsmittellisten im AHV-Bereich an diejenigen im IV-Bereich.

3. Pflegekosten im Kanton Zürich

Das Zürcher Pflegegesetz wurde 2011 eingeführt und regelt, wie die Pflegeversorgung im Kanton sichergestellt und finanziert wird⁶. Zudem wird darin die Aufgabenteilung zwischen Kanton, Gemeinden sowie Leistungserbringern geregelt. Im Kanton Zürich sind hauptsächlich die Gemeinden für die Pflegeversorgung und -finanzierung⁷ verantwortlich. Bezüglich Pflegefinanzierung gilt, dass die Zürcher Gemeinden zuständig für die Restkostenfinanzierung der Pflegeleistungen sind.

Die Restkosten der Gemeinden (Normdefizit) richten sich nach den durch die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich jährlich festgelegten Normkosten abzüglich Beiträge der Sozialversicherer sowie der LeistungsbezügerInnen. Als Basis für die Festlegung der Normkosten werden die Angaben aus der kantonalen Somed-Statistik herangezogen. Sowohl die Gesundheitsdirektion als auch die Gemeinden sind befugt, sämtliche betriebs- und patientenbezogenen Daten und Unterlagen einzusehen, zu erheben und zu bearbeiten. Zusätzlich können Daten zur Überprüfung der Kostenentwicklung, der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität, Angemessenheit und Zweckmässigkeit der Leistungen erhoben werden. Das Pflegegesetz regelt zudem auch die Rechnungsstellung sowie insbesondere die Rechnungslegung, wobei die jeweils gültigen Finanzmanuale (von Spitex Schweiz, von Curaviva Schweiz) für sämtliche ambulanten und stationären Leistungserbringer als verbindlich festgelegt sind.

⁶ Im GeKoZH-Kompass, Kapitel 3 zur Pflegeversorgung, werden die wichtigsten Grundlagen beschrieben (www.geko-zh.ch)

⁷ Im GeKoZH-Bericht zur Versorgungsplanung (2022) werden die Anliegen der Gemeinden bzgl. Bettenbewilligungen beschrieben.



Die Gemeinden bezahlen den grössten Anteil der Pflegekosten

Die Pflegekosten werden von den LeistungsbezügerInnen, der Krankenpflegeversicherung und der Gemeinde bezahlt. Die Gemeinden tragen i. d. R. die Restkosten der Pflegeleistungen oder maximal das Normdefizit, das sich aus den Normkosten der Pflegeleistungen abzüglich der fixen Beiträge der LeistungsbezügerInnen und OKP ergibt.

Bei den ambulanten Pflegeleistungen macht das Normdefizit bei den beauftragten Spitex-Organisationen über die Hälfte aus (KLV A 53 %, KLV C 62 %) und bei den nicht-beauftragten Spitex-Organisationen rund ein Drittel (KLV A 28 %, KLV C 35 %) der Pflegekosten (vgl. Tabelle 1, Grafik 1). Bei den stationären Pflegeleistungen macht das Normdefizit über ein Drittel (Pflegestufe 3, 38 %) oder fast zwei Drittel (Pflegestufe 12, 64 %) der Pflegekosten aus (vgl. Tabelle 2, Grafik 2). Die Gemeinden tragen also mit den sogenannten Restkosten meist deutlich mehr als die Hälfte der Pflegekosten.

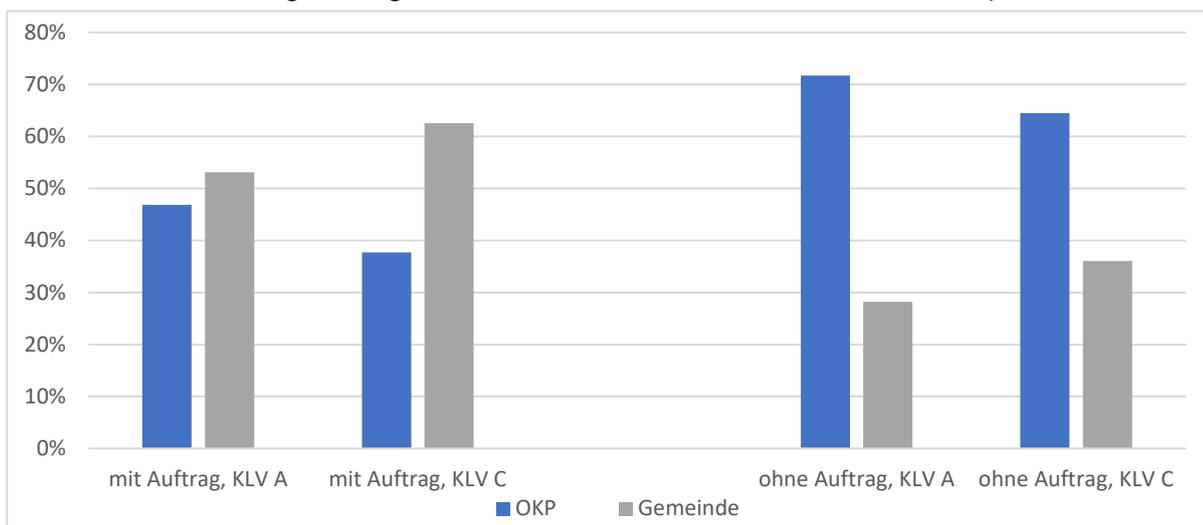
Tabelle 1: ambulante Pflegeleistungen, Kosten und Kostenanteile, 2023, in Franken und pro Stunde

	Normkosten pro Stunde	Beitrag OKP pro Stunde		BezügerIn pro Tag	Normdefizit pro Stunde	
Spitex-Organisation mit Leistungsauftrag						
KLV A	164.00	76.90	47%	7.65	87.10	53 %
KLV C	139.37	52.60	38%	7.65	87.25	62 %
Spitex-Organisation ohne Leistungsauftrag						
KLV A	107.17	76.90	72%	7.65	30.25	28 %
KLV C	81.54	52.60	65%	7.65	29.4	35 %

Tabelle 2: stationäre Pflegeleistungen, Kosten und Kostenanteile, 2023, in Franken und pro Tag

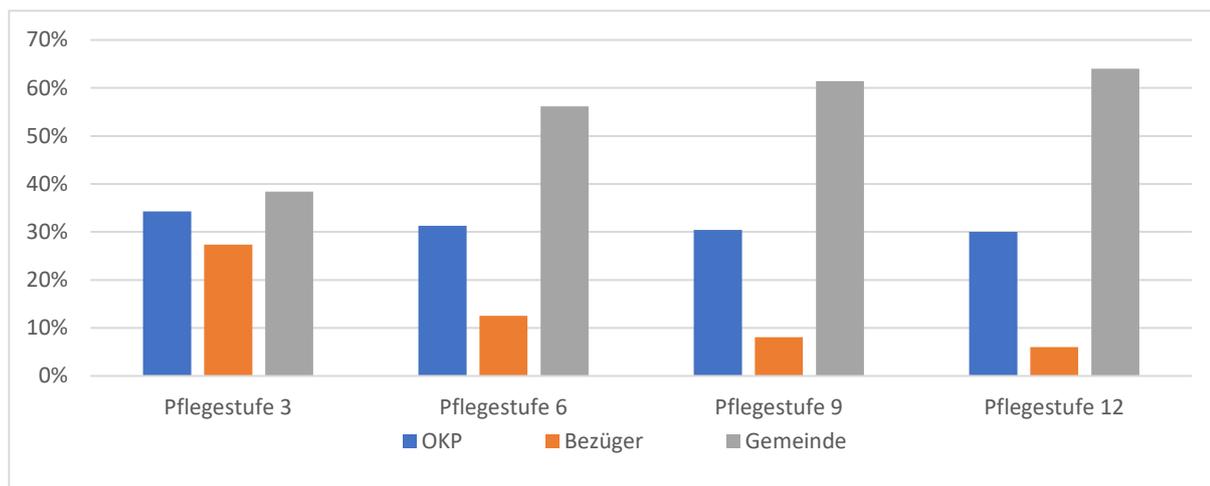
	Normkosten pro Tag	Beitrag OKP pro Tag		Beitrag BezügerIn pro Tag		Normdefizit pro Tag	
Pflegestufe 3	84.08	28.80	34%	23.00	27 %	32.30	38 %
Pflegestufe 6	183.97	57.60	31%	23.00	13 %	103.35	56 %
Pflegestufe 9	283.87	86.40	30%	23.00	8 %	174.45	61 %
Pflegestufe 12	383.76	115.20	30%	23.00	6 %	245.55	64 %

Grafik 1: ambulante Pflegeleistungen, Kosten und Kostenanteile, 2023, in Franken und pro Stunde*



* BezügerInnen bezahlen max. Fr. 7.65 pro Tag, unabhängig von Leistungsumfang; nicht in Grafik enthalten.

Grafik 2: stationäre Pflegeleistungen, Kosten und Kostenanteile, 2023, in Franken



Die Kostensteigerungen der Pflegeleistungen gehen hauptsächlich zu Lasten der Gemeinden

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ist für die jährliche Festlegung der Normkosten verantwortlich, aus welchen dann die Normdefizite für die Gemeinden abgeleitet werden. Die Normkosten respektive die Normdefizite für das Jahr 2023 basieren auf den Rechnungsdaten des Jahres 2021, wodurch jeweils eine zeitliche Verschiebung von zwei Jahren besteht. Zur Festlegung der Normkosten dienen die Angaben aus der Somed-Statistik, die jedoch weder inhaltlich noch fachlich geprüft werden. Als Normkosten je Leistungstyp (KLV A, KLV B und KLV C) gilt der Aufwand des teuersten jener Leistungserbringer, die zusammen 50 Prozent aller Pflegeleistungen am kostengünstigsten erbringen. Die Vorgaben der Gesundheitsdirektion zu Normdefiziten und Rechnungslegung werden den Gemeinden und Leistungserbringern jeweils im Sommer per Kreisschreiben mitgeteilt⁸.

Im ambulanten Bereich sind die Normdefizite seit 2014⁹ bei den beauftragten Spitex-Organisationen um 85 Prozent (KLV A-Leistungen) und um 82 Prozent (KLV C-Leistungen) gestiegen, während die Normkosten im gleichen Zeitraum um 29 Prozent (KLV A-Leistungen) und um 36 Prozent (KLV C-Leistungen) gestiegen sind. Bei den nicht-beauftragten Spitex-Organisationen schwanken die Kosten stärker, sind aber über den Zeitraum ähnlich geblieben (vgl. Grafik 3, Tabelle 3).

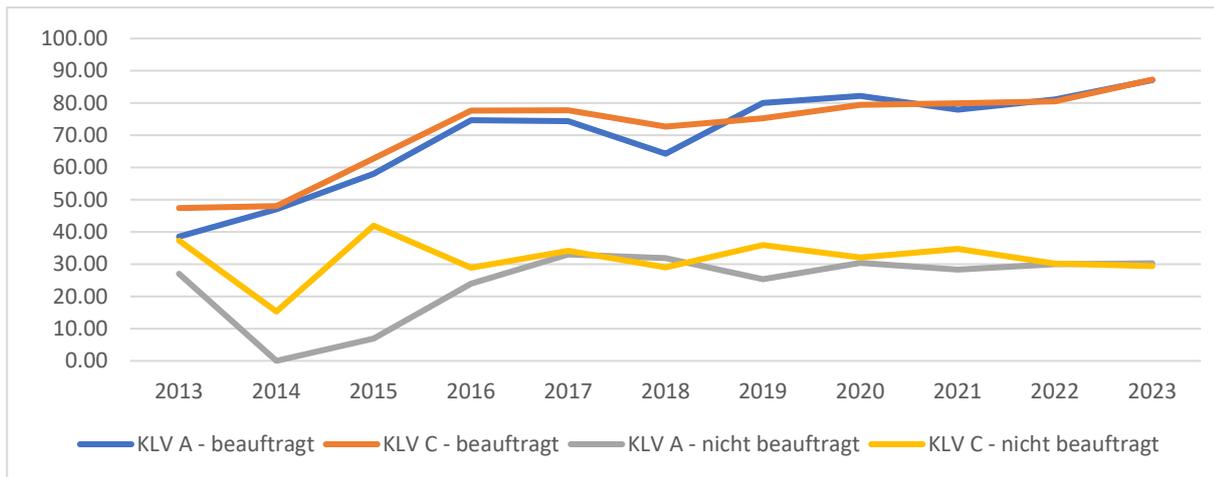
Im **stationären Bereich** sind die Normdefizite seit 2014¹⁰ stark gestiegen: Auf Pflegestufe 3 um 127 Prozent (von Fr. 14.24/Tag im 2013 auf Fr. 32.30/Tag im 2023), auf Pflegestufe 6 um 61 Prozent, auf Pflegestufe 9 um 54 Prozent und auf Pflegestufe 12 um 51 Prozent (vgl. Grafik 4, Tabelle 4). Im gleichen Zeitraum sind die Normkosten um 28 Prozent gestiegen, d. h., die Kostensteigerungen gingen hauptsächlich zulasten der Gemeinden.

⁸ vollständige Unterlagen auf www.zh.ch/de/gesundheits/heime-spitex/pflegefinanzierung

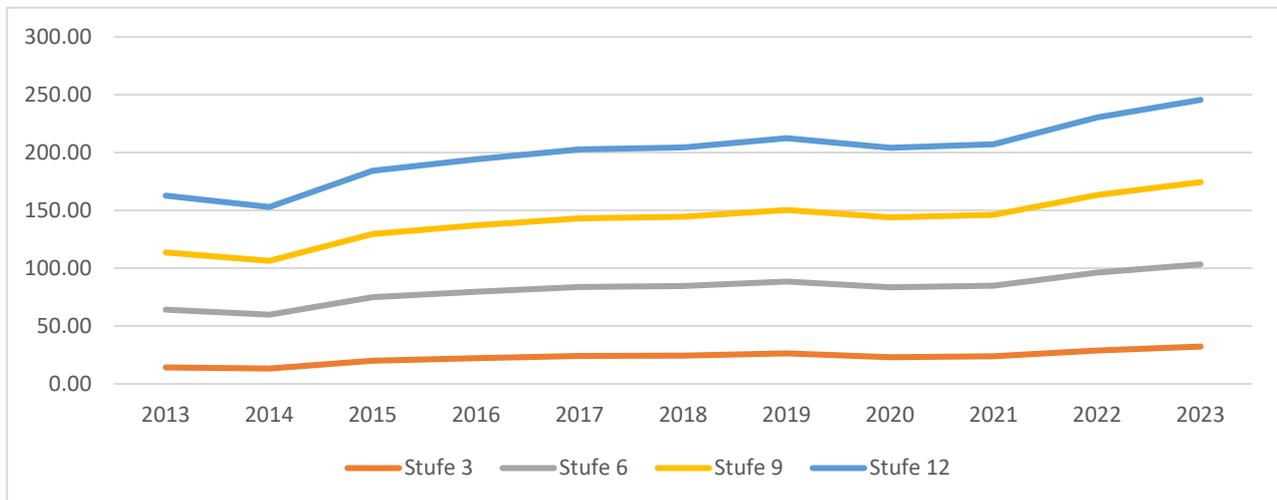
⁹ Die Zahlen für 2013 sind noch ungenau und als Baseline ungeeignet

¹⁰ Die Zahlen für 2013 sind noch ungenau und als Baseline ungeeignet

Grafik 3: ambulante Pflegeleistungen, Normdefizite, 2013-2023, in Franken



Grafik 4: stationäre Pflegeleistungen, Normdefizite, 2013-2023, in Franken



Diese Trends zeigen auf, dass die **Kosten pro Einheit (pro Pflegestunde, pro Pflegetag) seit 2014 gestiegen** sind und dass diese **Kostensteigerungen hauptsächlich zulasten der Gemeinden gehen** – und nicht zulasten der Krankenversicherer oder LeistungsbezügerInnen.

Tabelle 3: ambulante Pflegeleistungen, Normkosten und Normdefizite, 2013–2023, in Franken (Beispiele)

Nicht-beauftragte Spitex-Organisation, ambulante Pflegeleistungen exkl. MiGeL, ABV und vor Abzug Patientenbeteiligung												
		2013*	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
KLV A / Std	N- defizit	27.05	0.00	6.90	23.95	33.00	31.85	25.35	30.40	28.35	30.00	30.25
	N- kosten	103.61	77.80	86.70	103.74	112.78	111.65	105.17	107.32	105.25	106.88	107.17
KLV C / Std	N- defizit	37.30	15.30	41.95	28.85	34.15	28.95	35.93	32.05	34.70	30.20	29.40
	N- kosten	90.87	69.90	96.56	83.43	88.77	83.54	88.75	83.92	86.67	82.27	81.54

Tabelle 3 ff: ambulante Pflegeleistungen, Normkosten und Normdefizite, 2013–2023, in Franken (Beispiele)												
Beauftragte Spitex-Organisation, ambulante Pflegeleistungen exkl. MiGeL, ABV und vor Abzug Patientenbeteiligung												
		2013*	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
KLV A / Std	N-defizit	38.55	47.05	58.00	74.70	74.35	64.25	80.05	82.15	77.95	81.05	87.10
	N-kosten	115.12	126.83	137.80	154.48	154.14	144.03	159.85	159.05	154.86	157.97	164.00
KLV C / Std	N-defizit	47.40	48.05	62.75	77.65	77.70	72.70	75.28	79.45	79.90	80.55	87.25
	N-kosten	100.97	102.63	117.37	132.24	132.32	127.31	128.12	131.30	131.89	132.62	139.37

* Kosten im 2013 noch sehr ungenau, deshalb ungeeignet als Baseline

Tabelle 4: stationäre Pflegeleistungen, Normkosten und Normdefizite, 2013–2023, in Franken

Alters- und Pflegeheime, stationäre Pflegeleistungen exkl. MiGeL, ABV und nach Abzug Patientenbeteiligung)												
		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Stufe 3 pro Tag	N-defizit	14.24	13.30	20.15	22.35	24.20	24.60	26.35	23.20	23.90	29.00	32.30
	N-kosten	65.54	61.91	68.77	70.97	72.80	73.19	74.95	75.02	75.68	80.78	84.08
Stufe 6 pro Tag	N-defizit	64.35	59.85	74.85	79.70	83.70	84.55	88.40	83.55	85.00	96.15	103.35
	N-kosten	143.41	135.46	150.47	155.29	159.29	160.14	164.00	164.15	165.58	176.76	183.97
Stufe 9 pro Tag	N-defizit	113.50	106.40	129.55	137.00	143.20	144.50	150.45	143.90	146.10	163.35	174.45
	N-kosten	221.27	209.02	232.17	239.61	245.79	247.10	253.05	253.28	255.50	272.73	283.87
Stufe 12 pro Tag	N-defizit	162.65	152.95	184.25	194.35	202.70	204.45	212.50	204.20	207.20	230.50	245.55
	N-kosten	299.14	282.57	313.87	323.93	332.28	334.05	342.10	342.41	345.41	368.71	383.76

Das Leistungsvolumen für Pflege nimmt laufend zu

Sofern Pflegeleistungen ärztlich angeordnet werden, der Pflegebedarf von einer Pflegefachperson ermittelt wird und die Pflegeleistungen von zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden, müssen diese Pflegeleistungen durch die Krankenversicherer, Gemeinde und LeistungsbezügerInnen vergütet werden. Aufgrund der wachsenden Anzahl von älteren, pflegebedürftigen Menschen nimmt das Volumen der erbrachten Pflegeleistungen laufend zu.

In den 239 Alters- und Pflegeheimen wohnten im 2021 fast 16 000 Menschen (zumindest auch vorübergehend) und es wurden fast 5.8 Millionen Pflagetage (auf verschiedenen Pflegestufen) erbracht. Die Kosten für diese stationären Pflegeleistungen (gemäss KVG) betragen im 2021 insgesamt 824 Millionen Franken. Vergleichsweise waren es im 2012 rund 586 Millionen Franken, d. h., über zehn Jahre **stiegen die Gesamtkosten im stationären Bereich um 40 Prozent**.

2021 haben insgesamt 214 Spitex-Organisationen und 226 selbstständig erwerbende Pflegefachpersonen ambulante Pflegeleistungen für rund 58 000 KlientInnen während insgesamt 3.4 Millionen Pflegestunden erbracht (gemäss KLV, exkl. AÜP). Die Kosten für diese ambulanten Pflegeleistungen (gemäss KVG) betragen über 418 Millionen Franken. Vergleichsweise waren es 2013 noch knapp 180 Millionen Franken, d. h., über zehn Jahre sind die **Gesamtkosten im ambulanten Bereich** um 132 Prozent¹¹ angestiegen – sie haben sich also mehr als verdoppelt.

¹¹ Gesundheitsdirektion Kanton Zürich: Kenndaten Langzeitversorgung, werden jedes Jahr publiziert.



Pflegerestkosten belasten die Gemeindebudgets

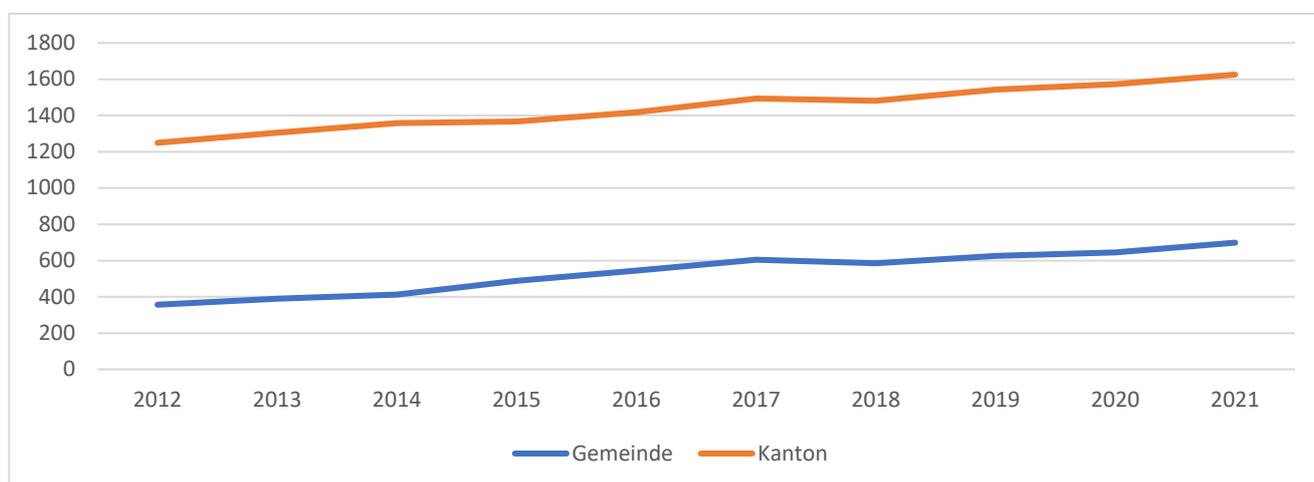
Aufgrund der zunehmenden Kosten pro Pflegestunde bzw. Pflage-tag, des wachsenden Anteils der Gemeinden an diesen Kosten sowie des steigenden Bedarfs in der Zürcher Bevölkerung, haben sich die gesamten Pflegerestkosten für die Gemeinden über zehn Jahre von rund 356 Millionen Franken im 2012 auf rund 698 Millionen Franken im 2021 fast verdoppelt (Tabelle 5¹²). Die Gemeinden können diese Kostentreiber kaum beeinflussen und gemäss Bevölkerungsprognosen wächst der Anteil der älteren Bevölkerung in den nächsten Jahren weiter. Damit nehmen voraussichtlich auch die Pflegerestkosten zu und sie werden die Gemeindebudgets in den nächsten Jahren zunehmend belasten. Deshalb ist eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung gemäss dem Grundsatz ambulant vor stationär für die Gemeinden von grösster Bedeutung (vgl. GeKoZH, Bericht zur Pflegeversorgung, 2022¹³).

Tabelle 5 Pflegerestkosten zulasten der Gemeinden, 2012–2021, in Mio. Fr.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Pflegerestkosten Mio. Fr.	356.5	389.8	411.8	488.2	544.6	604.3	584.9	625.6	644.3	698.5
Zunahme seit 2012	0%	9%	16%	37%	53%	70%	64%	75%	81%	96%

Im gleichen Zeitraum sind auf hohem Niveau auch die Kosten für die Spitalversorgung zulasten des Kantons Zürich um 30 Prozent gestiegen von 1249 Millionen Franken im 2012 auf 1625 Millionen Franken im 2021.

Grafik 5: Kosten für Pflege- und Spitalversorgung, 2012-2021, in Mio. Fr.



Ungedeckte Betreuungskosten eine zunehmende Herausforderung

Mit steigendem Alter sind Menschen nicht nur auf Pflege, sondern auch auf Betreuung und Unterstützung im Alltag angewiesen. Die Kosten für Betreuung tragen die Betroffenen selbst, bzw. werden diese kostenlos von Angehörigen, Bezugspersonen und Freiwilligen erbracht. Eine Studie zeigt einen ungedeckten Bedarf an Betreuung in der ganzen Schweiz bei 620 000 Personen¹⁴. Eine weitere Studie¹⁵ berechnet Kosten für eine bedarfsgerechte Betreuung von Menschen zu Hause auf, z. B. auch Einsamkeitsprävention.

¹² Angaben der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

¹³ Auf www.geko-zh.ch publiziert.

¹⁴ Paul Schiller Stiftung (2021): Kosten und Finanzierung für eine gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Zürich. www.gutaltern.ch

¹⁵ Meier et al (2020): Betreuung von Seniorinnen und Senioren zu Hause: Bedarf und Kosten. Eine Studie im Auftrag von Pro Senectute Schweiz. Winterthur.

4. Erfahrungsanalyse der letzten 10 Jahre

Der Blick zurück zeigte Herausforderungen sowohl für die einzelnen Gemeinden als auch im Zusammenwirken mit weiteren Akteuren in der Pflegefinanzierung. Durch die partizipativen Prozesse wurde eine Vielzahl von Erfahrungen gesammelt und analysiert. Die Analyse zeigte, dass sich die Erfahrungen in drei Cluster einordnen lassen:

- hoher Einsatz der Gemeinden
- Schwächen des Systems
- Herausforderungen in der Zusammenarbeit mit Dritten

Hoher Einsatz der Gemeinden

Jede Gemeinde für sich – grosser Ressourceneinsatz

Basierend auf dem Bundesgesetz entstanden 26 unterschiedliche Umsetzungen der Pflegefinanzierung in den Kantonen. Die Umsetzung des Zürcher Modells wurde in den rund 160 Zürcher Gemeinden wiederum in den meisten Fällen unterschiedlich umgesetzt. Jede Gemeindeverwaltung erarbeitete Wissen und Instrumente, um die neue Aufgabe zu meistern. Das war ein hoher Einsatz, führt aber heute dazu, dass wir ein breit vorhandenes Wissen und mehrere mögliche Umsetzungssysteme zur Sicherung der Versorgung und zur Kontrolle der Einzelrechnungen haben. Dieses Wissen und diese Instrumente stellen eine wichtige Ressource für den weiteren Umgang mit der Pflegefinanzierung dar. Oftmals handelt jede Gemeinde eigenständig Tarife mit spezialisierten ambulanten Leistungserbringern aus, was auch für die Leistungserbringer aufwändig ist. Zudem ist die Aufrechterhaltung des Know-hows in den Gemeinden bei Personalwechsel anspruchsvoll.

Immer im Wandel – jährliche Anpassungen ohne auf Gemeinden ausgerichtete Kommunikation

Neue Normdefizite aber insbesondere auch Anpassungen auf Bundesstufe führen dazu, dass die Pflegefinanzierung laufend im Wandel ist. Die Umsetzung der laufenden Anpassungen ist für die Gemeinden ein grosser Aufwand, umso mehr, als dass wenig aktive Kommunikation oder nur geringe Unterstützung der Gemeinden durch den Kanton erfolgt. Die Information muss sich im Normalfall jede Gemeinde einzeln beschaffen. Insbesondere bei Sonderfällen kann es schwierig sein, das geltende Recht zu interpretieren und die richtige Lösung zu finden. Neben der Broschüre und den jährlichen Kreisschreiben der Gesundheitsdirektion gibt es einen kurzen schriftlichen Praxisleitfaden oder den Einführungskurs (2–3 jährlich), bzw. Erfahrungsaustausch (1 Mal jährlich) des vzgv (vgl. Referenzen).

Wo das System Schwächen zeigt

Beim genauen Betrachten wurden Schwächen der aktuellen Pflegefinanzierung in den letzten 10 Jahren deutlich. Sie zeigen sich wie folgt:

- **Im Grundsatz:** Mit dem fixen Anteil der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger (Patientenbeteiligung) und der Krankenkassen wird sämtliche Kostenentwicklung auf die Gemeinden abgewälzt – ohne dass diese wirklich mitsteuern können.
- **Bei der Umsetzung:** Durch die kleinflächige Umsetzung innerhalb der Gemeindegrenzen ist ein effektives Controlling der Rechnungen und Leistungserbringer aufwändig. Hohe Kosten bei Einzelfällen führen zu unplanbaren Belastungen des Budgets.
- **Bei einem zu engen Fokus:** Die Pflegefinanzierung fokussiert auf die medizinischen Pflegeleistungen. Die präventiv wirkenden Betreuungsleistungen zur Erhaltung der Selbstständigkeit sind für den Grundsatz «ambulant vor stationär» zentral, werden aber nicht finanziert. Neue (integrierte) Versorgungsformen sind schwierig zu finanzieren.
- **Immer frühere Entlassungen aus Spitälern:** Mit Einführung des neuen Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetzes bzw. der DRG-Fallpauschalen wurden die Spitalaufenthalte tendenziell kürzer. Gleichzeitig wurde die Akut- und Übergangspflege zu Hause oder im Pflegeheim eingeführt. Allerdings sind hier insbesondere im stationären Bereich noch verschiedene Probleme bekannt¹⁶, z.B. ist die auf zwei Wochen beschränkte Akut- und Übergangspflege meist zu kurz, es gibt unklare Anforderungen an Leistungser-

¹⁶ Ecoplan (2022): Akut- und Übergangspflege, Schlussbericht. Im Auftrag des BAG.

bringer und die Vergütung gilt als unzureichend. Nicht alle Institutionen sind optimal für diese Übergangspflege aufgestellt und die AÜP kommt in der Praxis eher selten zur Anwendung. Die Kosten für die AÜP tragen die Gemeinden und Krankenkassen vollumfänglich, ohne PatientInnenbeteiligung.

- **Bei der Zukunftstauglichkeit:** Vor zehn Jahren wurde die Pflegefinanzierung eingeführt, in weiteren zehn Jahren wird der Anteil über 80-jähriger Menschen mehr als doppelt so hoch sein als bei der Einführung. Das ist ein Ausbau, der aktiv gestaltet werden muss um negative Auswirkungen möglichst zu verhindern.

Haupt Herausforderung: «Wer zahlt, befiehlt» nicht eingelöst – Gemeinden tragen Kostensteigerung mit wenig Steuerungsmöglichkeiten

Eine grosse Herausforderung liegt in der Starrheit des aktuellen Finanzierungssystems, da jegliche Kostenveränderungen (-steigerungen) den Gemeinden als Restfinanzierer zugewiesen werden. Dass die Beiträge der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger und der obligatorischen Krankenkassen fixiert sind, war politisch gewollt (um Prämienanstiege möglichst tief zu halten). Das System sieht auch keine regelmässigen Anpassungen der OKP-Beiträge vor, das letzte Mal wurden sie 2020 minimal nach oben angepasst. Unbefriedigend ist die Tatsache, dass die Gemeinden damit als Hauptkostenträgerinnen den anstehenden Entwicklungen ausgeliefert sind und gleichzeitig wenig Steuerungsmöglichkeiten haben.

- **Normkosten steigen stetig:** Bereits in den letzten Jahren waren die Gemeinden dem sich immer selbst antreibenden System mit den steigenden Normkosten ausgeliefert: Kosten der Anbieter steigen immer etwas an, was sich in den Normkosten direkt niederschlägt, da sie auf den verrechneten Pflegekosten basieren. Dieser Kostenanstieg wird vollumfänglich über die Restkostenfinanzierung der Gemeinden gedeckt.
- **Keine systematische Kontrolle der Kostenrechnungen:** Niemand ist in dem System steuernd unterwegs, die Kosten konnten sich laufend gegen oben weiterentwickeln. Die Kostenrechnungen der Leistungserbringer werden vom Kanton bei der Festsetzung der Normkosten nicht kontrolliert. Wir wissen deshalb nicht, ob die ausgewiesenen Kosten mit den erbrachten Leistungen übereinstimmen. Stichprobenkontrollen der Stadt Zürich bei den Kostenrechnungen nicht beauftragter Organisationen weisen darauf hin, dass zumindest ein Teil der eingereichten Kostenrechnungen zu hoch ist.
- **Vergütung gemäss Vollkosten mit nicht beauftragten Leistungserbringern unrealistisch:** Die Gemeinden können anstelle der Normkosten tiefere Beiträge gemäss Kostenrechnung der Leistungserbringer vereinbaren für Pflegeleistungen von Spitex-Organisationen oder Heimen, deren Vollkosten gemäss Betriebsrechnungen tiefer liegen als die Normkosten. Diese theoretische Möglichkeit der Gemeinden, unterhalb des Normdefizits zu bezahlen, ist verbunden mit dem Belegen von tieferen, effektiven Kosten dieser Institutionen. Aufgrund der grossen Anzahl an Leistungsanbietern ist dies für die meisten Gemeinden nicht realistisch. Zudem ist zu erwarten, dass der kostendämpfende Effekt nach wenigen Jahren verpufft wäre, weil die Leistungserbringer jeglichen Anreiz verlieren, kostengünstiger als die Normkosten zu arbeiten – und damit zu einem weiteren Anstieg der Normkosten beitragen würden.
- **Anpassung der verwendeten Instrumente RAI/BESA:** Der Wechsel auf die neueren Versionen der Instrumente wurde 2021 auf Antrag der Leistungserbringer vom Kanton genehmigt. Die daraus resultierenden finanziellen Konsequenzen tragen die Gemeinden. Da dieser Wechsel erst in der zweiten Jahreshälfte 2021 angekündigt wurde, konnten die Gemeinden ihre Budgets für 2022 nicht mehr rechtzeitig erhöhen.

Weitere Herausforderungen

Kleinräumigkeit und Fehlanreize

Die Tatsache, dass die Pflegekosten kleinflächig innerhalb der Gemeindegrenzen abgewickelt werden, führt zu mehreren Herausforderungen, beispielsweise:

- Muss eine Gemeinde von einem Jahr aufs nächste für die Restkosten einer Person mit hohem Pflegeaufwand im Heim aufkommen, so kann das gerade bei kleinen Gemeinden das Budget für die Ausgaben sofort vervielfachen. Eine Planung ist quasi unmöglich und eine Erhöhung des Steuerfusses aufgrund von Einzelfällen manchmal die letzte Möglichkeit.



- Die Anreize für Gemeinden, Angebote am Übergang ins fragile Alter anzubieten, sind nicht gegeben. Im Gegenteil: Wer solche Wohnformen und Dienstleistungen («Wohnen mit Service», «betreutes Wohnen») anbietet, zieht ältere Menschen auf sein Gemeindegebiet. Wenn diese später Spitex-Leistungen beanspruchen oder ins Pflegeheim wechseln, muss die Gemeinde deren Pflegekosten bezahlen. Trotzdem ist zu beobachten, dass viele Gemeinden mit Altersleitbildern etc. sich um eine gute Alterspolitik inkl. Wohnen im Alter bemühen. Im jetzigen Finanzierungssystem müssen jedoch Gemeinden, die gute, bedarfsge-rechte Angebote für Menschen während des gesamten Alterungsprozess realisieren, eine höhere finanzielle Belastung in Kauf nehmen.

Fehlende Kommunikationskanäle

Gerade für kleine Gemeinden ist es aufwändig, über laufende Anpassungen in der Pflegefinanzierung à jour zu bleiben. Der Kanton teilt diese zwar mit, es gibt aber weder Webinare, noch Austauschtreffen oder eine kantonale Beratungsstelle, die offen ist für Fragen aus den Gemeinden und schwierige Fälle klärt. Es gibt einen informellen Austausch unter einigen Gemeinden, dennoch gibt es keine gemeinsame Praxis in der Handhabung von Unklarheiten.

Nichtberücksichtigen der Betreuung und neuer Angebotsformen

Die Pflegefinanzierung fokussiert eng auf die ärztlich angeordnete Pflege, deren Kosten durch die Krankenpflegeversicherung mitfinanziert werden. Psychosozial ausgerichtete Betreuungsleistungen, die die Selbstständigkeit und Teilhabe der älteren Menschen über längere Zeit erhalten könnten, werden hingegen meist nicht finanziert. Sie müssen heute von Betroffenen eigenständig bezahlt werden und/oder von deren An- und Zugehörigen erbracht werden. Auch im Rahmen der Ergänzungsleistungen, die in der Langzeitpflege im Alter häufig zum Tragen kommen, ist diese Leistung nur ungenügend abgedeckt. Auch neue Versorgungsformen, wie sie zum Beispiel im intermediären Bereich entwickelt wurden, sind mit der engen Pflegefinanzierung nicht gut abgedeckt, obwohl sie einen wichtigen Beitrag zu einer Versorgungslandschaft leisten. Um die steigenden Kosten abzufedern, ist eine gute Versorgung alter Menschen, die die Selbstständigkeit möglichst lange erhält und die Ressourcen der Angehörigen durch Entlastung langfristig sichert, im Interesse der gesamten Gesellschaft. Die Pflegefinanzierung fokussiert hingegen stark auf medizinisch-körperliche Leistungen.

Unklare Datenschutzsituation

Stimmt die Einstufung in die Pflegestufe? Warum wird hier genau diese Leistung verrechnet? Wieso sind die Kosten im letzten Monat plötzlich explodiert? Solche und viele weitere Fragen stellen sich den Gemeinden bei der Rechnungskontrolle und bei der Überprüfung von Einstufungen im Sinne eines Controllings. Die Krankenkassen, die dieselben Rechnungen auch erhalten, haben Einblick in die Krankenakte, kennen die Fälle und überprüfen diese häufig auch. Die Resultate dieser Überprüfungen sollten die Leistungserbringer der Gemeinde melden, manchmal kriegen die Gemeinden die Information aber nur auf Rückfrage bei der zuständigen Krankenkasse, die mehr oder weniger ausführlich antwortet. Es herrscht Unklarheit, welche Informationen unter Wahrung des Datenschutzes zu den Gemeinden fließen können. So kann es passieren, dass eine Gemeinde die Restkosten für eine Person weiterfinanziert, während die Krankenkasse eine Leistung abgelehnt hat und schon lange nicht mehr bezahlt.

Keine einheitliche Darstellung und zu tiefe Standards bei Rechnungen führen zu grossem Aufwand

Die Rechnungen der Leistungserbringer kommen in unterschiedlichen Formen daher und enthalten unterschiedliche Informationen. Für die Gemeinden ist die Rechnungskontrolle entsprechend schwierig und teilweise sehr aufwändig. Es bestehen heute keine gemeinsamen Standards zu Aufbau und Inhalt der Rechnungen. Das könnte auf Seite der Leistungserbringer und bei der Rechnungskontrolle eine Erleichterung bedeuten.

Impressum

Über die GeKoZH: Der Verein wurde Ende 2019 gegründet und hat über 100 Zürcher Mitgliedsgemeinden und einen Vereinsvorstand von 18 Personen. Im Fokus der GeKoZH steht die Gesundheits-, Alters- und Pflegeversorgung aus Sicht der Gemeinden.

Redaktion Bericht: Miriam Wetter, mcw

Ausschuss und Projektteam:

- Astrid Furrer, Stadt- und Kantonsrätin, Wädenswil (GeKoZH Ausschuss, bis Ende 2022)
- Caroline Rau, Gemeinderätin, Dällikon (GeKoZH Ausschuss)
- Judith Hartmann, Fachverantwortliche Alter & Gesundheit, Illnau-Effretikon (GeKoZH Ausschuss)
- Karin Fehr, Stadt- und Kantonsrätin, Uster (Projektteam)
- Ursula Feiner, Fachbereichsleiterin Alter & Sozialversicherungen, Männedorf (Projektteam)
- Evelyne Bucher, Abteilungsleiterin Gesellschaft, Richterswil & Kursleitung (Projektteam)
- Claudia Farley, Geschäftsführerin GeKoZH (Projektmanagement)

© 2023

