



Überall für alle

SPITEX

Kantonalverband
Schwyz SKSZ

Wege in die Zukunft

Prüfung des Leistungsangebots und der Organisation
der «öffentlichen Spitex» im Kanton Schwyz
mit Blick auf das Modell Buurtzorg (NL)

Vorstudie
Vernehmlassungsfassung

Vertraulich und nur für internen Gebrauch

«Spitex
2020»

«Spitex
Schwyz
2030»

«Spitex
Schwyz
Futura»»

Impressum

Spitex Kantonalverband Schwyz SKSZ, 2020

Projektgruppe

Evelyne Reich, Co-Projektleitung,
Vorstand SKSZ
Urs Vögli, Co-Projektleitung, Vorstand SKSZ
Bernadette Keller, Stv. Projektleitung,
Geschäftsführerin SKSZ
Stefan Knobel, Präsident SKSZ
Andrea Müller, Vorstand SKSZ
Agatha Steiner, Sekretariat SKSZ

Beisitzer

Kurt Frei, Spitex Gersau, Geschäftsleitung
Dominic Illi, Spitex Region Schwyz,
Geschäftsführer

Daniela Forni, Vorstand SKSZ,
Ressort Leistungserbringung,
thematisch eingebunden bei Bildungsfragen
Ursula Stäuble, Vorstand SKSZ,
Ressort Kommunikation und Öffentlichkeits-
arbeit, punktuell für Kommunikationsfragen
beigezogen und verantwortlich für
Abschlussarbeit/Gestaltung der Vorstudie

Vom Vorstand des SKSZ zur Vernehmlassung
verabschiedet:

Ibach, 12. November 2020

Die Projektleitung dankt dem Engagement der
Beisitzer und allen weiteren Geschäftsleiter/-
innen (GL) für ihr Mitwirken: Das Thema
Leistungen wurde in einem Workshop unter
Teilnahme GL bearbeitet. Danke auch an die
Geschäftsleitung von Zürich Limmat, die einen
vertieften Einblick in ihr Umsetzungsprojekt
auf das Modell Buurtzorg ermöglicht hat.

Adresse

Spitex Kantonalverband Schwyz SKSZ
Alte Gasse 6, 6438 Ibach
Telefon 041 850 45 11
info@spitexsz.ch
www.spitexsz.ch

Inhalt

Abkürzungen	10
Begriffe (Glossar)	11
1 Zusammenfassung	14
2 Einführung	20
3 Ausgangslage der öffentlichen Spitex	24
4 Herausforderungen	56
5 Entwicklungspotenzial in der Pflege & Betreuung	68
6 Strategien und Ziele zur Weiterentwicklung der öffentlichen Spitex	78
7 Das Modell Buurtzorg & weitere Modelle	82
8 Umsetzungsvarianten im Kanton Schwyz	98
9 Vernehmlassung	108
Anhang	112

Abkürzungen

BFS

Bundesamt für Statistik

BO

Basisorganisation (Spitexdienst mit Leistungsauftrag der Gemeinden)

GesG

Gesundheitsgesetz vom 16. Oktober 2002 (Kanton Schwyz)

GesV

Gesundheitsverordnung vom 23. Dezember 2003 (Kanton Schwyz)

GL

Geschäftsleiter/-innen der Basisorganisationen

KLV

Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung) vom 29. September 1995 (Bund)

KVG

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz) vom 18. März 1994

KVV

Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (Bund)

MVB

Mütter- und Väterberatung

Obsan

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (erarbeitet unabhängige Analysen zum Gesundheitssystem in der Schweiz für Bund und Kantone)

PFV

Pflegefinanzierungsverordnung vom 3. November 2010 (Kanton Schwyz)

RRB

Regierungsratsbeschluss

SKSZ

Spitex Kantonalverband Schwyz

SVS

Spitex Schweiz (Nationaler Dachverband der Schweizer Nonprofit-Spitex)

Begriffe (Glossar)

24/7

Das (Spitex-)Angebot stünde rund um die Uhr (an 24 Stunden pro Tag und 7 Tagen pro Woche) zur Verfügung. Momentaner Stand im Kanton SZ ist gesetzliche Pflicht zur täglichen Abdeckung von 7–22 Uhr.

APN

Advanced Practice Nurses (APN).

BScN

Pflegende mit Abschluss Bachelor of Science in Nursing.

Buurtzorg

Modell der ambulanten Pflege und Betreuung in den Niederlanden (s. Kap. 6).

Hauswirtschaft und Betreuung

Umschreibung des BFS: Zu den hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen gehören:

- Hausarbeiten (Besorgen des Haushalts, Waschen, Bügeln, Einkaufen, Zubereitung von Mahlzeiten usw.)
- sozialbetreuerische Tätigkeiten (z. B. Begleiten beim Einkaufen) und Nachtwachen (Präsenz und Überwachung zu Hause)¹

Kerndienstleistungen

Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung.

Klient/-in

Im vorliegenden Dokument werden Personen, welche Leistungen der Spitex in Anspruch nehmen, als Klient/-innen bezeichnet. Der Begriff ist in der Branche gut akzeptiert, er wird mit dem hohen Grad der Selbstbestimmung der Klienten assoziiert.

KLV-Stunden od. KLV-h

Pflegestunden, welche zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verrechnet werden.

Leistungen gemäss KLV

- a) Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination
- b) Massnahmen der Untersuchung und Behandlung
- c) Massnahmen der Grundpflege

Manteldienste

Nicht-Pflichtleistung in Ergänzung zum Versorgungsgrundangebot wie:

- Mahlzeitendienst
- Krankenmobilitätsverleih
- Kosmetische Fusspflege
- Ergänzende Zusatzleistungen im Bereich Hauswirtschaft und Betreuung usw.

MScN

Pflegende mit einem Abschluss auf Masterstufe (Master of Science in Nursing).

NPO-Spitex

Spitex-Non-Profit-Organisationen (gemeinnützige Organisationen der Spitex); in der vorliegenden Arbeit wird der Begriff synonym mit «öffentliche Spitex» verwendet; weitere NPO-Organisationen im Kanton Schwyz, welche ebenfalls über Spitex-Bewilligungen verfügen sind die Lungenliga, die Stiftung Phönix und einzelne Alters- und Pflegeheime (für betreutes Wohnen).

«Öffentliche Spitex»

Im vorliegenden Dokument wird der Begriff «öffentliche Spitex» verwendet für die zehn nicht gewinnorientierten (Non-Profit) Spitexorganisationen des Kantons Schwyz mit Leistungsauftrag der Gemeinden.

Pflegequote

Pflegebedürftigkeit in Prozent zur Bevölkerungszahl. Die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen kann für jedes Einzugsgebiet separat nach alters- oder genderspezifischen Klientengruppen oder für die Gesamtbevölkerung dargestellt werden.

Private Spitex

Erwerbswirtschaftliche Spitexorganisationen und selbstständige Pflegefachpersonen (ohne Leistungsauftrag der Gemeinden).

¹ Bundesamt für Statistik BFS. März 2015. Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens für die Spitex-Statistik

Was
erwartet
die Spitex
in den
nächsten
10 Jahren?

Welche
Wege
in die
Zukunft
könnte
sie gehen?

1

Zusammenfassung

Die Präsidentenkonferenz des Spitex Kantonalverbandes Schwyz (SKSZ) hat am 25. November 2019 mit Kenntnisnahme des Tätigkeitsprogrammes 2020 grünes Licht gegeben zur Erarbeitung einer Vorstudie zu einer möglichen Entwicklung der Spitex Kanton Schwyz, mit besonderem Blick auf die Erkenntnisse und Ergebnisse aus dem Modell Buurtzorg in Holland. Der Vorstand des SKSZ hat in der Folge die Aufgabe einer Projektgruppe übertragen.

Das ursprünglich als kurze Vorstudie gedachte Projekt hätte Modelle und Organisationsformen prüfen und eine Machbarkeitsstudie zum Modell Buurtzorg und weiterer Varianten erstellen sollen. Ein Folgeprojekt zur Umsetzung empfohlener Massnahmen der Studie der Hochschule Luzern¹ zur Versorgung der Bevölkerung mit Spitexleistungen im Kanton Schwyz aus dem Jubiläumsjahr 2013 des SKSZ, welches aufgrund anderer Prioritäten und Personalwechseln längere Zeit brach lag, hätte wieder aufgenommen werden sollen. Dieser Auftrag erwies sich in der Folge als zu wenig weit ausgelegt. Die Herausforderungen der nächsten Jahre verlangten nach einer differenzierten Auslegeordnung.

Nach den intensiven Monaten der Covid-19-Bewältigung anfangs 2020 wurden die Arbeiten im Mai/Juni mit erweiterten Zielsetzungen aufgenommen. Die Vorstudie erhielt im Frühling 2020 auch ihren definitiven Titel: Spitex Schwyz – Wege in die Zukunft.

¹ Krummenacher, J. & Wächter, M. (2013). Die Versorgung der Bevölkerung mit Spitexleistungen im Kanton Schwyz. Schlussbericht https://www.spitexsz.ch/files/TJQAAN2/oeffentlicher_schlussbericht_04_09_2013.pdf

Auslegeordnung und Kennzahlen

Die im Gesundheitsgesetz des Kantons verankerte Aufgabe der Gemeinden, Hauskrankenpflege und hauswirtschaftliche Dienste für die Bevölkerung sicher zu stellen, wird heute von zehn nicht gewinnorientierten Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag der Gemeinden wahrgenommen (in der Vorstudie unter dem Begriff öffentliche Spitex geführt). Diese sind als privatrechtliche Vereine (Trägervereine) organisiert. Sie beschäftigen knapp 430 Mitarbeitende (rund 190 VZÄ). Getragen werden die Gesamtkosten von rund 20 Mio. Franken von den Versicherungen und den Klient/-innen (2018 zusammen 54%) und knapp zur Hälfte von den Gemeinden (2018: 9.2 Mio. Franken, bzw. 46%). Aus Mitgliederbeiträgen, Spenden und übrigen Einnahmen stehen den Vereinen rund 0.8 Mio. Franken zur Verfügung. Der SKSZ übernimmt übergeordnete Aufgaben und vertritt die Interessen der Spitexorganisationen nach innen und aussen.

Im Kanton Schwyz besitzen etwa 40 private Organisationen und 60 selbstständige Pflegefachpersonen eine Bewilligung zur Erbringung von Spitexleistungen. Der Marktanteil dieser Gruppe hat seit Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung 2011 deutlich zugelegt und beträgt heute 29% bei der Pflege und 56% bei den hauswirtschaftlichen Leistungen. Anbieter ohne Leistungsauftrag der Gemeinden haben ebenfalls Anspruch auf Restfinanzierung der Pflegeleistungen durch die Gemeinden. Diese wird vom Kanton festgelegt und berücksichtigt, dass die Verpflichtungen der öffentlichen Spitex (Aufnahmepflicht, Verfügbarkeit, Erreichbarkeit usw.) für sie nicht gelten.

Die Pflegequote (Anteil der Menschen welche Spitexpflege beziehen pro 1000 Einwohner) im Kanton Schwyz beträgt heute über alle Anbieter gesehen 2.45%. Sie liegt damit im hinteren Mittelfeld der Deutschschweizerkantone, jedoch noch deutlich unter dem schweizerischen Mittel von 3.66%. Die Spitex erbringt auch Hauswirtschafts- und Betreu-

ungsleistungen. 70% der hauswirtschaftlichen Leistungen wird durch Personen beansprucht, die älter als 80 sind (bei Pflegeleistungen sind dies 54%). Die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen (gesamte Spitex) ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen, von 2012 bis 2018 um 51%. Die steigende Nachfrage wurde vor allem in den letzten Jahren mehrheitlich durch die privaten Organisationen abgedeckt. Für die öffentliche Spitex gilt, dass sie sowohl ihre Vollkosten pro verrechnete Stunde wie auch ihren Personalbedarf pro Leistungseinheit auf konstantem Niveau halten konnte.

Wichtigste Herausforderungen bis 2030

Herausforderung demografische Entwicklung

Auch im Kanton Schwyz kommen die grossen Jahrgänge der Nachkriegszeit («Baby-boomer») ins Alter. Die Prognosen gehen davon aus, dass schon 2030 rund 40% mehr Menschen im Alter 65+ und sogar rund 55% mehr über 80-jährige Menschen im Kanton Schwyz leben werden als heute. Entsprechend wird sich der Bedarf an Spitexleistungen entwickeln.

Herausforderung «ambulant vor stationär»

Möglichst lange zu Hause bleiben, in der altersgerechten Wohnung, auch bei Unterstützungsbedarf, wird auch in naher Zukunft dem Bedürfnis der meisten älteren Menschen entsprechen. Mit einer weiteren Verlagerung von «stationär» (Pflegeheim) zu «ambulant», wie sie auch der Regierungsrat in seiner aktuellen (2018) Bedarfsplanung Langzeitpflege (Pflegeheimplanung) postuliert, wird die Spitex zusätzlich gefordert, einerseits durch die steigende Nachfrage nach Spitexleistungen, und andererseits durch den zunehmenden Bedarf an spezialisierter Pflege (Demenz-, Onkologie-, Palliativpflege usw.). Pflege und

Betreuung zu Hause statt im Pflegeheim bringt nicht nur den betroffenen Personen, sondern auch der öffentlichen Hand wesentliche Vorteile durch Einsparungen bei teuren Alters- und Pflegeheimbauten und v.a. bei den Ergänzungsleistungen.

Herausforderung Personal

Der Arbeitsmarkt ist schon heute extrem trocken. Es ist schwierig, offene Stellen zu besetzen. Das treibt die Löhne hoch, und die Lücken belasten das verbleibende Personal. Hochrechnungen in Bezug auf die zu erwartende steigende Nachfrage führten zu einem potenziellen Personalmehrbedarf in der öffentlichen Spitex des Kantons Schwyz von ca. 140 zusätzlichen Spitexfachpersonen bis 2030.

Der Kanton Schwyz bildet noch relativ wenig Pflegenachwuchs aus. Um nur schon den heutigen Bedarf an Pflegepersonal zu einem Drittel selbst auszubilden, müsste die Spitex im Kanton Schwyz sechsmal mehr Ausbildungsplätze für Pflege anbieten. Unterstützte Fort- und Weiterbildungen sowie die höheren Ausbildungen sind selten. Eine gemeinsame Bildungsstrategie und der erklärte Wille, selbst im Kanton mehr Pflegepersonal auszubilden und die fachliche Spezialisierung weiter zu entwickeln, kann u.a. Abhilfe schaffen. Die Arbeitsbedingungen sollen zudem in allen Organisationen ähnlich attraktiv sein.

Herausforderung Leistungsentwicklung

Die Leistungspalette der Pflege sollte vor Ort den Bedarf nach spezialisierter Pflege abdecken: Palliativ Care, Demenz-, Onkologie-, Psychiatriepflege usw. Nur so ist die geforderte weitere Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich möglich und Klient/-innen können auch bei einem komplexem Pflegebedarf zeitnah aus den Spitälern übernommen und im ambulanten Umfeld gepflegt werden. Unterstützend braucht es Personal mit höherer Fachausbildung und spezialisierten Zusatzausbildungen, das über-

regional tätig ist und die Teams vor Ort unterstützt. Die einzelnen Spitexorganisationen sind in der Regel zu klein, dass sie dies selbst aufbauen können. Eine Nachtdeckung mit Pikettdienst sollte genauso selbstverständlich werden.

Herausforderung Vernetzung mit anderen Diensten im Kanton

Es gibt verschiedene andere gut ausgebaut Dienstleistungen (z. B. Pro Senectute, SRK, Verein Triangel, Palliativberatung Spital Schwyz u.a.m.). Mit diesen ist eine enge Kooperation zu suchen. Auch diese Dienste stehen vor den gleichen Herausforderungen wie die Spitex. Die Zusammenarbeit sollte stärker institutionalisiert und z. B. auch durch gut vernetzte IT-Plattformen im Alltag vereinfacht werden. Dieses Thema wird in der vorliegenden Arbeit nur angeschnitten, da in der Studie² aus dem Jubiläumsjahr 2013 ausführlich behandelt und mit Empfehlungen versehen.

Wege in die Zukunft – Modelle, Strategien und Ziele

Der dritte Teil der Arbeit definiert Ziele und Strategien, anhand derer die Herausforderungen in den nächsten Jahren angegangen werden können. Er befasst sich zudem mit möglichen konkreten Lösungsansätzen und Wegen.

Die Prüfung des Modells Buurtzorg hat verschiedene Wirkfaktoren erbracht, welche für sich alleine oder als Gesamtes die geforderte Erhöhung der Wirksamkeit beschleunigen könnten: Der Mensch und sein Umfeld stehen im Zentrum, gut ausgebildetes Personal unterstützt bei der individuellen Kompe-

tenzentwicklung. Oberstes Ziel ist, die Selbstständigkeit zu erhalten und die Lebensqualität zu verbessern. Die Fachlichkeit der Pflegenden und Betreuenden wird durch Lernen voneinander und gezielte Aus- und Weiterbildung abgestützt, bei Bedarf kann Pflegeexpertise zugezogen werden. Die Teams treffen fachliche und organisatorische Entscheidungen selbst. Eine schlanke Administration mit vereinfachten, möglichst standardisierten Abläufen und integralen IT-Lösungen unterstützen die Teams in ihrer Selbstständigkeit, dem Fachaustausch und der Kommunikation.

Ein Ausblick auf Projekte in anderen Ländern mit der Zielsetzung «Verbesserung der Spitex-Versorgung» wird in Kap. 7 zusammengefasst.

Zum Abschluss der Arbeit werden drei Modelle zur Weiterentwicklung der öffentlichen Spitex des Kantons Schwyz, welche sich an den formulierten Strategien und Zielen orientieren, zur Beurteilung und Vernehmlassung vorgestellt:

2 Krummenacher, J. & Wächter, M. (2013). Die Versorgung der Bevölkerung mit Spitexleistungen im Kanton Schwyz. Schlussbericht https://www.spitexsz.ch/files/TJQAAN2/oeffentlicher_schlussbericht_04_09_2013.pdf

M1

Modell 1: «Spitex 2020»

Weiter wie bisher

Die Entwicklungen auf dem Hintergrund der beschriebenen Herausforderungen, Strategien und Ziele sind der Initiative und Regie der einzelnen Spitexorganisationen überlassen. Entsteht in Bezug auf ein Thema ein Konsens, können Projekte angegangen werden, sofern die Gemeinden dafür Beiträge sprechen. Jede Gemeinde und jede Spitexorganisation entscheidet darüber individuell.

M2

Modell 2: «Spitex Schwyz 2030»

Mit grossen Schritten in die Zukunft

SKSZ und Spitexorganisationen entwickeln einen gemeinsamen Plan (Gesamtprojekt) mit Meilensteinen (Teilprojekten) zur Bewältigung der Herausforderungen, orientiert an den in der Vorstudie formulierten Strategien und Zielen. Die Gemeinden sprechen dafür zusätzliche Beiträge für eine Projektleitung und zu Einzelprojekten, die gemeinsam realisiert werden.

Modell 3: «Spitex Schwyz Futura»

M3

Mit 7-Meilen-Stiefeln in die Zukunft

Die öffentliche Spitex im ganzen Kanton Schwyz wird Schritt für Schritt zu einer einzigen Organisation (analog Spitexorganisationen in anderen kleineren Kantonen) und auf das Modell Buurtzorg umgestellt. Die acht Dimensionen von Buurtzorg böten Leitlinien zur Bewältigung der formulierten Herausforderungen, Ziele und Massnahmen könnten nach den acht Dimensionen ausgerichtet werden. Die Umstellung dauert rund vier Jahre. Gemeinsam investieren die Gemeinden in eine Umstellung der Betriebe (Transformationskosten), die unter der Aufsicht der Präsidentenkonferenz nach einem Projektplan durchgeführt wird. Die zusätzlichen Kosten sind durch die veränderte Unternehmensstruktur in späteren Jahren zumindest teilweise zu kompensieren (vgl. Kosteneinsparungen Buurtzorg Holland).

Weiteres Vorgehen

Am 30. November 2020 wird die Vorstudie Spitex Schwyz – Wege in die Zukunft an der Präsidentenkonferenz vorgestellt und eine Vernehmlassung geplant. Die Präsidentenkonferenz und die Delegiertenversammlung werden über die Ergebnisse der Vernehmlassung orientiert. Vorschläge des SKSZ zum weiteren Vorgehen werden diskutiert. An einer Schlusskonferenz wird darüber entschieden und damit das Projekt «Vorstudie» im Laufe des Jahres 2021 abgeschlossen.

Hinweise für den Leser / die Leserin

Auf den folgenden Seiten erfahren Sie nun detailliert, wie Spitex funktioniert, wie sie heute aufgestellt ist, was sie in den nächsten zehn Jahren erwartet und welche Wege in die Zukunft sie gehen könnte ...

Vielleicht sind Ihnen so viele Seiten Spitex (im Moment) zu viel ...

... allen Leserinnen und Lesern empfehlen wir, mindestens die farblich hinterlegten Textpassagen (Kennzahlen, Fazits der Teilkapitel, Strategien/Ziele und Modelle) zu lesen ...

... wenn die Spitex Ihnen nicht so vertraut ist, bringen Ihnen die Kap. 3.1 und 3.2 die elementaren Grundlagen der ambulanten Pflege und Betreuung etwas näher ...

... Fachpersonen (aber nicht nur ihnen) bietet Kap. 5 (Entwicklungspotenzial) eine Vertiefung zu den Herausforderungen

Spitex:
spital-
und heim-
externe

Kranken-
pflege
und Hilfe
zu Hause

2

Einführung

2.1 Allgemeines zur Spitex

Spitex: spital- und heimexterne Krankenpflege und Hilfe zu Hause

Die Spitex unterstützt Menschen bei alters-, krankheits-, unfall- oder invaliditätsbedingten Einschränkungen beim Leben zu Hause. Steht eine ausreichende Unterstützung durch die Spitex zur Verfügung, können Eintritte in Alters- und Pflegeheime sowie Behinderteneinrichtungen verhindert oder hinausgezögert und Aufenthalte in Spitälern und Rehakliniken verkürzt werden. Die Spitex leistet somit einen wesentlichen Beitrag zur sozialmedizinischen Versorgung der Bevölkerung und dient gleichzeitig dem Wunsch vieler Menschen, möglichst lange in ihrem angestammten Umfeld leben zu können.

2.2 Auftrag

Die Erarbeitung der vorliegenden Vorstudie «Spitex Schwyz: Wege in die Zukunft» versteht sich als Wiederaufnahme eines Projektes, welches von den GL an der GL-Tagung 5-16 beantragt wurde und vom SKSZ-Vorstand gemäss Beschluss vom 30. Januar 2017 zur Weiterverfolgung gutgeheissen wurde. Dieses Projekt sollte mögliche neue Leistungen und Organisationsformen sowie eine engere Zusammenarbeit der Spitexorganisationen im Kanton Schwyz prüfen. Aufgrund anderer Prioritäten und Personalwechsel lag diese Arbeit längere Zeit brach.

Mit Kenntnisnahme der SKSZ-Tätigkeitsschwerpunkte 2020 hat die Präsidentenkonferenz am 25. November 2019 grünes Licht zur Erarbeitung der vorliegenden Vorstudie gegeben und der Vorstand des SKSZ hat in der Folge einer Projektgruppe die Aufgabe übertragen.

2.3 Ziele der geplanten Vorstudie

Die geplante Vorstudie soll die heutige Situation der Spitex mit Leistungsauftrag der Gemeinden («öffentliche Spitex») im Kanton Schwyz aus verschiedenen Aspekten beleuchten und mögliche Wege einer zukünftigen Organisation und Leistungsabwicklung aufzeigen. Es wird insbesondere aufgezeigt, wie den künftigen Herausforderungen fachlich, organisatorisch und finanziell erfolgreich begegnet werden kann.

Als Referenz dienen dabei die positiven Erfahrungen der Stiftung Buurtzorg in den Niederlanden. Buurtzorg hat die Spitex in acht Dimensionen umfassend neu definiert und organisiert.

Ziele im Einzelnen

- Die heutige Situation der «öffentlichen Spitex» im Kanton Schwyz ist unter den Aspekten Leistungsspektrum, Kosten, Finanzierung, Personal- und Aus-/ Weiterbildungssituation, Konkurrenz/ Markt dargestellt. Die Stärken und Schwächen sind eruiert.
- Die Herausforderung der Zukunft an die Spitex bezüglich Leistung (Umfang, Leistungsspektrum), Personalbedarf, Kosten/Finanzierung sind soweit möglich für den Zeitraum bis 2030 ermittelt oder geschätzt.
- Modelle für eine Anpassung der aktuellen Spitexorganisation oder neue Organisationsformen –insbesondere orientiert am Beispiel des Modells Buurtzorg (NL) sind nachvollziehbar beschrieben und bewertet.
- Die Auswirkungen möglicher Änderungen der heutigen Spitexorganisation im Kanton Schwyz sind untersucht und beschrieben
 - in Bezug auf Leistungsspektrum,
 - organisatorisch,
 - personell,
 - finanziell,
 - strukturell,
 - rechtlich
 - usw.
- Die Kosten für die Umsetzung der Vorschläge zur Neuorganisation der Spitex sind aufgezeigt, soweit sie eruiert oder realistisch geschätzt werden können. Die erforderlichen Massnahmen und ein Zeitplan zur Umsetzung sind skizziert.
- Die Vorstudie ist für ca. drei Monate involvierten und interessierten Gremien zur Vernehmlassung unterbreitet worden.
- Der Vorstand des SKSZ hat die Vorstudie im Sinne der Ergebnisse der
 - Vernehmlassung überarbeitet und
 - konkrete Vorschläge betreffend das weitere Vorgehenzuhanden der Präsidenten- und Delegiertenkonferenzen 2020/21 formuliert. Mit Beschlüssen der Präsidentenkonferenz und der Delegiertenversammlung (voraussichtlich im Juni 2021) ist das Projekt abgeschlossen.

Jede
Person
in der
Schweiz
hat
Anspruch

auf «die
für ihre
Gesund-
heit not-
wendige
Pflege».

3

Ausgangslage der öffentlichen Spitex

3.1 Spitex im Kanton Schwyz

3.1.1 Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung, Kern- und Manteldienste

Pflege – auch als Hauskrankenpflege bezeichnet – wird durch qualifiziertes Pflegepersonal geleistet. Bei der Spitex beinhaltet sie im Wesentlichen: Abklärung des Pflegebedarfs, Beratung zu den Angeboten, Hilfe zur Körperpflege, Hilfe bei der Mobilisation (Aufstehen und zu Bett gehen), Vorbereiten und Verabreichen von Medikamenten, Kontrolle des Blutzuckers, Blutdruck messen, Wundversorgung, Begleitung von Sterbenden.¹ Organisationen oder selbstständige Pflegefachpersonen, welche Pflege anbieten, brauchen eine Bewilligung des Kantons und unterstehen seiner Aufsicht. Pflegeleistungen werden durch die obligatorische Krankenversicherung mitfinanziert.

Mit ihren **hauswirtschaftlichen Diensten und sozialbetreuerischen Leistungen** unterstützt die Spitex ihre Klient/-innen bedarfsorientiert, massgeschneidert und auf die individuelle Fallsituation abgestimmt. Diese Leistungen stehen oft am Anfang einer Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit. Dank Früherkennung können Massnahmen zum Erhalt und zur Förderung einer selbstständigen Alltagsbewältigung rechtzeitig eingeleitet werden und tragen zur Entlastung von pflegenden Angehörigen bei.

Hauskrankenpflege, Hauswirtschaft und Betreuung, Entlastungsdienst für betreuende und pflegende Angehörige sowie Sozialberatung müssen im Kanton Schwyz durch jede Gemeinde ihren Bewohner/-innen zwingend angeboten werden. Diese Dienste werden als **Kerndienste** bezeichnet. Die Hauskrankenpflege und Hauswirtschaft und Betreuung werden dabei durch die Spitexorganisationen im Auftrag der Gemeinden angeboten. Der Entlastungsdienst wird durch das Schweizeri-

sche Rote Kreuz Kanton Schwyz geleistet, für die Sozialberatung kennen die Gemeinden unterschiedliche Lösungen. Fahrdienst, Mahlzeitendienst, Hilfsmittelverleih, Notrufdienst und weitere Angebote ausserhalb des Pflichtangebotes der Gemeinden werden als **Manteldienste** bezeichnet, teils auch unter anderen Begriffen geführt. In der Abdeckung mit Manteldienste bestehen grosse regionale Unterschiede. Manteldienste werden nicht überall vom selben Dienstleister erbracht.

3.1.2 Öffentliche Spitex und private Spitex

Die Bundesverfassung (Art. 41 Abs. 1 Bst. b) garantiert jeder Person in der Schweiz einen Anspruch auf «die für ihre Gesundheit notwendige Pflege». Die Kantonsverfassung des Kantons Schwyz (§ 21 Abs. 1) verpflichtet den Staat, sich für eine ausreichende und für alle tragbare Gesundheitsversorgung einzusetzen. Zur Umsetzung dieses Anspruchs, bzw. dieser Verpflichtung, sind Hauskrankenpflege, hauswirtschaftliche Unterstützung und Betreuung und Entlastungsdienst im Kanton Schwyz den Gemeinden übertragen. Aktuell nimmt keine der 30 Gemeinden diese Aufgabe selber wahr. Mittels Leistungsvereinbarungen werden 10 Vereine als Träger der Spitexdienste (BO der öffentlichen Spitex) mit den Aufgaben Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung sowie teils mit Aufgaben der Manteldienste beauftragt.

Neben den 10 BO im Auftrag der Gemeinden sind rund 40 private Organisationen und rund 60 selbstständige Pflegefachpersonen mit einer Bewilligung des Kantons berechtigt, im Kanton Schwyz ambulante Krankenpflege anzubieten («private Spitex»)². Gemäss Spitex Statistik³ machen jedoch nur 15 Organisationen und 3 selbstständige Pflegefachpersonen von diesem Recht in wesentlichen Umfang Gebrauch⁴. Leistungserbringer, welche keine

1 Kurzfassung in Anlehnung an Art. 7 KLV [s. Kap. 3.2]

2 Quelle: www.sz.ch/pflegefinanzierung; Rubrik «Ambulante Krankenpflege», Merkblatt 8

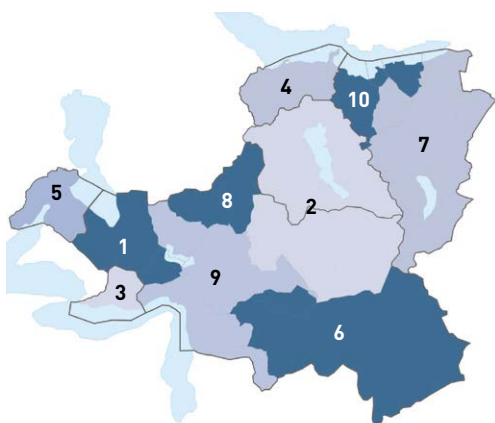
3 Quelle: BFS. Spitex-Statistik. 10.2 Synopse nach Kanton. Spitex 2018

4 Selbstständige Pflegefachpersonen, welche weniger als 250 Stunden Pflege pro Jahr abrechnen, werden von der Statistik nicht erfasst.

Pflege anbieten und somit nicht über eine Bewilligung verfügen müssen, ergänzen das Angebot. Ihre Leistungen zur Unterstützung einer selbstständigen Haushaltsführung, Pflege sozialer Kontakte usw. sind statistisch nicht erfasst.

3.1.3 10 Organisationen der öffentlichen Spitex⁵

Abbildung 1:
Die 10 Spitexorganisationen (Karte)



- 1 Spitex Regio Arth-Goldau
- 2 Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal
- 3 Spitex Gersau
- 4 Spitex Höfe
- 5 Spitex Küssnacht
- 6 Spitex Muotathal-Illegau
- 7 Spitex Obermarch
- 8 Spitex Sattel-Rothenthurm
- 9 Spitex Region Schwyz
- 10 Spitex Untermarch

Tabelle 1:
Die 10 Spitexorganisationen (Tabelle)

ORGANISATION	GEMEINDEN	EINWOHNER (PER 31.12.2019)
1 Spitex Regio Arth-Goldau	Arth Lauerz	13 156
2 Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal	Alpthal Einsiedeln Unteriberg Oberiberg	19 891
3 Spitex Gersau	Gersau	2 314
4 Spitex Höfe	Feusisberg Freienbach Wollerau	29 123
5 Spitex Bezirk Küssnacht	Küssnacht Immensee Merlischachen	13 270
6 Spitex Muotathal-Illegau	Illegau Muotathal	4 264
7 Spitex Obermarch	Galgenen Innerthal Reichenburg Schübelbach Vorderthal	19 326
8 Spitex Sattel-Rothenthurm	Rothenthurm Sattel	4 359
9 Spitex Region Schwyz	Ingenbohl Morschach Riemenstalden Schwyz Steinen Steinerberg	29 747
10 Spitex Untermarch	Altendorf Lachen Tuggen Wangen	24 202
Kanton Schwyz		159 652

⁵ Quellen:

- SKSZ; Statistik 2018; Personal – Klient/-innen – Leistungen
- Kanton Schwyz, Amt für Wirtschaft, 2020. Wohnbevölkerung im Kanton Schwyz per 31.12.2019

3.1.4 Spitex Kantonalverband Schwyz SKSZ

Der SKSZ als politisch neutraler Verein stellt die Rahmenorganisation der öffentlichen Spitex dar. Er wird von den 10 BO mit Leistungsauftrag der Gemeinden getragen und ist ein Bindeglied zu den kantonalen Behörden und zu Spitex Schweiz (SVS), dem nationalen Dachverband der Nonprofit-Spitex.

Der SKSZ bezweckt⁶:

- a) die Förderung und Unterstützung seiner Mitglieder bei der Verwirklichung ihrer gemeinsamen Ziele, Aufgaben und Interessen
- b) die Verbindung seiner Mitglieder untereinander und mit der Umwelt
- c) die kontinuierliche Beobachtung und Analyse der Verhältnisse und Entwicklungen innerhalb der Branche und in ihrem massgeblichen Umfeld, die Ableitung von Informationen und Verhaltensempfehlungen zuhanden seiner Mitglieder und der Umwelt sowie das Ergreifen erforderlicher Massnahmen
- d) die Erbringung von Dienstleistungen für seine Mitglieder und Dritte

Er beschafft sich für die Erbringung seiner Dienstleistungen seine erforderlichen finanziellen Mittel durch Mitgliederbeiträge der zehn BO, Abgeltung für Dienstleistungen für seine Mitglieder und Dritte sowie Spenden und Gönnerbeiträge.⁷

Die jährliche Delegiertenversammlung und die Präsidentenkonferenz (Budget, strategische Fragen, Politik, Finanzen) sind die bestimmenden Organe. Sie nehmen den Leistungsbericht ab, bestimmen die weitere Ausrichtung der Verbandsarbeit und geben grössere Projekte in Auftrag.

Durch den Anschluss an den SKSZ sind die BO in die geltenden Administrativ- und Tarifverträge des SVS eingebunden.

⁶ SKSZ-Statuten, 2014
<https://www.spitexsz.ch/Ueber-uns/PJLeT/>

⁷ Zu Aufgaben und Organe s. Anhang 2.

3.1.5 Einbindung der öffentlichen Spitex

Tabelle 2:
Öffentliche Spitex – Einbindung⁸

AKTEUR	AUFGABE	GRUNDLAGEN	BESTIMMUNGEN
Kanton	Bewilligung und Aufsicht	Betriebs- und Berufsausübungsbewilligungen	Gesundheitsgesetz; Gesundheitsverordnung
Gemeinde	Sicherstellung Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung, MVB; Finanzierung	Leistungsvereinbarung mit Spitexträger	Gesundheitsgesetz; Budgetbeschlüsse
Versicherungen	Finanzierung	Administrativ- und Tarifverträge	Krankenversicherungsgesetz; Krankenpflege-Leistungsverordnung
Spitex-Verein (kommunal/regional)	Träger des Spitex-Betriebs (BO)	– Leistungsvereinbarung mit Gemeinde – Auftrag für eigene Leistungen	– Statuten des Vereins – Beschlüsse GV
Spitexbetrieb (BO)	Umsetzung Leistungsvereinbarungen der Gemeinde; Umsetzung Auftrag des Vereins (eigene Leistungen)	Fachpersonal; Organisationsstruktur (Geschäftsleitung, Administration, Bereichsleitungen usw.); Betriebsmittel	Auftrag des Vereins
SKSZ	Koordination; Unterstützung; Entwicklung	Aufträge der Präsidentenkonferenz / Delegiertenversammlung	Statuten des Verbands

3.2 Gesetzliche und weitere Grundlagen⁹

3.2.1 Bundesrecht

Im Krankenversicherungsgesetz (KVG) ist im Grundsatz geregelt, welche Leistungen die obligatorische Krankenpflegeversicherung unter welchen Voraussetzungen finanziert.

In der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; vom Bundesrat erlassener Vollzugserlass zum KVG) sind in Art. 51 die Bedingungen, welche eine Spitexorganisation erfüllen muss, damit sie über die Grundver-

sicherung abrechnen darf und in Art. 77 die Verpflichtung zur Qualitätssicherung geregelt.

Die Krankenpflegeverordnung¹⁰ (KLV; Erlass des Eidg. Departements des Innern) präzisiert das KVG und die KVV. Für die Spitex bedeutend sind die Art. 7 bis 9 (Umschreibung des Leistungsbereichs der Spitex, Beiträge der Grundversicherung an die Leistungen, Bestimmungen über den ärztlichen Auftrag, die ärztliche Anordnung, die Bedarfsabklärung, das Kontroll- und Schlichtungsverfahren sowie das Abrechnungsverfahren).

Für die Pflege und deren Finanzierung bei Unfall und Invalidität gelten die Gesetzgebungen für die Unfall-, Militär- und Invaliditätsversicherungen.

⁸ Quelle: SKSZ-eigene Darstellung

⁹ Auszüge aus den gesetzlichen Grundlagen: s. Anhang 1

¹⁰ Krankenpflegeverordnung: s. www.admin.ch → Bundesrecht → systematische Rechtssammlung → 832.113.31

3.2.2 Kantonales Recht

Das Gesundheitsgesetz (GesG) regelt für den Kanton Schwyz das öffentliche Gesundheitswesen. Es verpflichtet die Gemeinden ein Mindestangebot an Spitexleistungen sowie einen Entlastungsdienst sicher zu stellen und zu finanzieren. Zudem ermächtigt es die Gemeinden, weitere Dienstleistungen anzubieten.

In der Gesundheitsverordnung (GesV; Vollzugserlass des Regierungsrates zum GesG) sind in den §§ 35 und 36 die Bewilligungsvoraussetzungen für eine Spitexorganisation sowie die Bestimmungen über die Betriebsführung festgehalten.

Mit der Pflegefinanzierungsverordnung (PFV) wird das Bundesgesetz über die Pflegefinanzierung (Änderung des KVG) auf kantonaler Stufe umgesetzt. Darin wird der Auftrag der Gemeinden bezüglich der ambulanten Pflege konkretisiert.

3.2.3 Weitere Grundlagen

In Administrativverträgen zwischen SVS, dem nationalen Verband, und den Versicherern sind zahlreiche operative Abläufe und Durchführungsbestimmungen verbindlich geregelt, beispielsweise

Anerkennung von interRAI-Instrument als Bedarfsabklärungsinstrument, Schnittstelle zum ärztlichen Dienst (Pflege erhebt Bedarf, Arztdienst unterzeichnet), usw.

Rechnungstellung, Kostenteilung, Fakturierung zu Lasten des Versicherers, Wirtschaftlichkeitsprüfung, Informationspflicht der Pflege (beispielsweise zum Grad der Hilflosigkeit),

Ausgestaltung zahlreicher Formulare, Regeln zum Datenaustausch, Detailfragen zur Leistungserbringung im Spital/zu Nachtzeiten usw.

Erforderliche Qualifikation zur Ausführung der jeweiligen Massnahmen der Pflege.

In einem Tarifvertrag zwischen den nationalen Spitexverbänden und den Unfall-, Militär- und Invalidenversicherern ist die Abgeltung der Pflege bei Unfall und Invalidität geregelt. In diesen Fällen gelten national einheitliche Tarife.

Qualitäts- und Finanzmanual regeln brancheninterne Vorgaben. Der SVS erarbeitet diese unter Einbezug von Fachpersonen aus der Praxis.

3.3 Inanspruchnahme von Leistungen der Spitex (2018)

3.3.1 Kennzahlen für die gesamte Spitex im Kanton Schwyz (öffentlich und privat)¹¹

a) Pflege (KLV-Leistungen)

Klient/-innen:	3861
verrechnete Stunden:	171 354
pro Klient/-in:	44.4
Pflegequote:	2.45%
<i>Vergleich Pflegequote CH:</i>	<i>3.66%</i>

«Marktanteile» (nach KLV-Stunden):

öffentliche Spitex:	70.94%
private Spitex:	29.05%

b) Hauswirtschaft und Betreuung

Klient/-innen:	1385
verrechnete Stunden:	84 504
pro Klient/-in:	61.0

«Marktanteile» (nach Stunden Hauswirtschaft und Betreuung):

öffentliche Spitex:	43.41%
private Spitex:	56.59%

Bei der Pflegequote (gesamte Spitex, nach KLV-Klient/-innen pro 1000 Einwohner) liegt der Kanton Schwyz im hinteren Mittelfeld der Deutschschweizer Kantone¹², vor den übrigen Kantonen der Zentralschweiz, jedoch deutlich unter dem schweizerischen Mittelwert.

3.2.1 Kennzahlen 2018 für die öffentliche Spitex¹³

a) Pflege (KLV-Leistungen)

Klient/-innen:	2160
verrechnete Stunden:	121 571
pro Klient/-in:	56.28
Pflegequote:	1.37%
<i>Vergleich Pflegequote CH:</i>	<i>2.86%</i>

Inanspruchnahme

durch Personen im Alter 80+

<i>nach Stunden:</i>	<i>56.17%</i>
----------------------	---------------

b) Hauswirtschaft und Betreuung

Klient/-innen:	1195
verrechnete Stunden:	36 684
pro Klient/-in:	30.70
Quote:	0.76%
<i>Vergleich Quote CH:</i>	<i>1.43%</i>

Inanspruchnahme durch Personen

<i>im Alter 80+ nach Stunden:</i>	<i>42.35%</i>
-----------------------------------	---------------

Die Spitex-Pflegequote des Kanton Schwyz beträgt nur 67% der Durchschnittsquote der Schweiz (Pflegefälle pro 1000 Einwohner/-innen: Kanton Schwyz 24,5; Schweiz 36,6). Noch tiefer fällt die Quote, wenn man die öffentliche Spitex separat betrachtet. Sie liegt mit 48% markant unter dem nationalen Vergleichswert und an zweitletzter Stelle aller Kantone. Der Vergleich der beiden Kennzahl-Übersichten für die gesamte Spitex und die öffentliche Spitex zeigt weiter, dass die private Spitex 2018 sehr viele Stunden Hauswirtschaft und Betreuung geleistet hat, dies jedoch für relativ

11 Quellen: BFS; Statistik Hilfe und Pflege zu Hause 2018

12 <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/hilfe-pflege-hause.assetdetail.10627275.html>

13 Quellen: SKSZ; SKSZ-Statistik 2018; Personal – Klient/-innen – Leistungen

wenige Klienten/-innen. Eine private Spitex leistet im Schnitt 251.7h pro Klient/-in, die öffentliche Spitex 30.7h pro Klient/-in.

3.3.3 Leistungen nach Basisorganisation (BO)

Tabelle 3:
Öffentliche Spitex – Stunden,
Klient/-innen, Quoten¹⁴

ORGANISATION	WOHN- BEVÖL- KERUNG	STUNDEN 2018	Klienten	Quote Einzugs- gebiet	STUNDEN 2018	Klienten	Quote Einzugs- gebiet	STUNDEN 2018	Klienten	Quote Einzugs- gebiet
	per 31.12.2017	KRANKENPFLEGE INKL. AÜP			HAUSWIRTSCHAFT/ BETREUUNG			KERN- DIENSTLEISTUNGEN		
Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal	19 638	15 655	338	1.72%	4 328	139	0.71%	19 983	477	2.43%
Spitex Gersau	2 304	1 982	40	1.74%	890	25	1.09%	2 872	65	2.82%
Spitex Höfe	28 679	21 513	377	1.31%	8 560	228	0.80%	30 073	605	2.11%
Spitex Küssnacht	12 988	7 473	138	1.06%	1 215	74	0.57%	8 688	212	1.63%
Spitex Untermarch	23 992	17 867	314	1.31%	6 932	199	0.83%	24 799	513	2.14%
Spitex Obermarch	19 229	20 931	305	1.59%	6 602	218	1.13%	27 533	523	2.72%
Spitex Regio Arth-Goldau	12 941	8 733	176	1.36%	1 854	80	0.62%	10 587	256	1.98%
Spitex Muotathal-Illegau	4 305	2 407	44	1.02%	601	31	0.72%	3 008	75	1.74%
Spitex Sattel- Rothenthurm	4 314	1 555	51	1.18%	873	36	0.83%	2 428	87	2.02%
Spitex Region Schwyz	29 461	23 455	377	1.28%	4 829	165	0.56%	28 284	542	1.84%
TOTAL 2018	157 851	121 571	2 160	1.37%	36 684	1 195	0.76%	158 255	3 355	2.13%
		76.82%			23.18%			100.00%		

Sowohl für den Bereich Pflege wie auch für die Hauswirtschaft und Betreuung bestehen deutliche Unterschiede zwischen den Versorgungsregionen der einzelnen Organisationen in der Inanspruchnahme (s. Quote Einzugsgebiet).

¹⁴ Quelle: SKSZ-eigene Berechnung auf Basis SKSZ-Statistik 2018; Personal – Klient/-innen – Leistungen

3.4 Entwicklungen 2012–18 der Spitex

Als Vergleichsmassstab: Von 2012 bis 2018 hat die gesamte Bevölkerung des Kantons Schwyz jährlich um durchschnittlich 0.96% und jene der über 65-Jährigen (Anteil mit höherem Unterstützungsbedarf durch die Spitex) um 3.30% zugenommen.

a) Kennzahlen Entwicklungen für die gesamte Spitex im Kanton Schwyz (öffentlich und privat)¹⁵

Tabelle 4:
Kennzahlen gesamte Spitex Kanton Schwyz¹⁶

	2012	2018	2012–2018 VERÄNDERUNG IN%	PRO JAHR VERÄNDERUNG IN%
KRANKENPFLEGE				
Klient/-innen	2 404	3 861	+ 60.6%	+ 10.1%
Stunden (verr.)	113 333	171 354	+ 51.2%	+ 8.5%
HAUSWIRTSCHAFT UND BETREUUNG				
Klient/-innen	1 181	1 385	+ 17.3%	+ 2.9%
Stunden (verr.)	61 343	84 504	+ 37.8%	+ 6.3%

Für die gesamte Spitex (öffentlich und privat) gilt, dass im Vergleichszeitraum (2012–18) die Leistung (verrechnete Stunden) sowohl in der Pflege (Faktor 2.6)¹⁷ wie auch in Hauswirtschaft und Betreuung (Faktor 1.9) deutlich stärker zugenommen hat, als die Bevölkerung 60+.

15 Zahlen und Grafiken zur Entwicklung s. Anhang 4

16 Quellen:

- SKSZ-eigene Berechnung auf Basis SKSZ-Statistik 2012 und 2018, Personal – Klient/-innen – Leistungen
- BFS; Statistik Hilfe und Pflege zu Hause 2018

17 Entwicklung Stunden Pflege in% = 2.6 x Entwicklung Einwohnerzahl 65+ in%

b) Kennzahlen Entwicklungen für die öffentliche Spitex im Kanton Schwyz

Tabelle 5:
Kennzahlen öffentliche Spitex Kanton Schwyz¹⁸

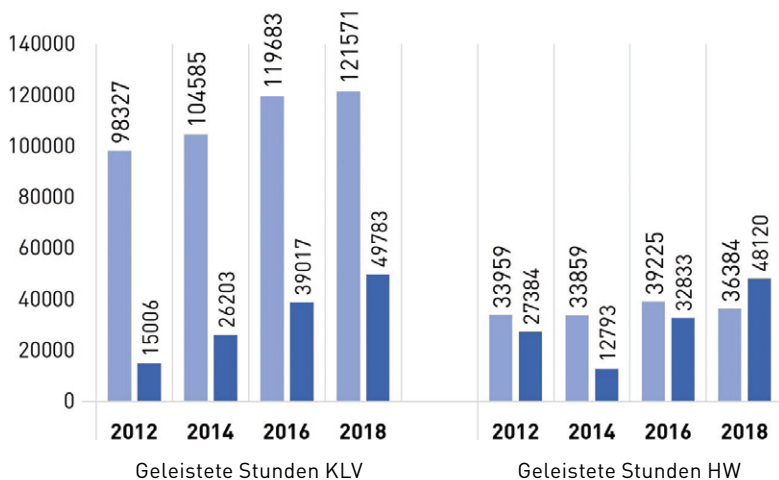
	2012	2018	2012-18 VERÄNDERUNG IN%	PRO JAHR VERÄNDERUNG IN%
KRANKENPFLEGE				
Klient/-innen	2233	2160	- 3.3%	- 0.5%
Stunden (verr.)	98327	121571	+ 23.6%	+ 3.9%
HAUSWIRTSCHAFT UND BETREUUNG				
Klient/-innen	1082	1195	+ 10.4%	+ 1.7%
Stunden (verr.)	33959	36684	+ 8.0%	+ 1.3%

Für die öffentliche Spitex liegt die Entwicklung der Leistung (Pflege und Hauswirtschaft und Betreuung) wesentlich unter den Werten für die gesamte Spitex und damit unter den Werten für die private Spitex.

¹⁸ Quelle: SKSZ; SKSZ-Statistik 2012 und 2018;
Personal - Klient/-innen - Leistungen

3 Ausgangslage der öffentlichen Spitex

Abbildung 2:
Stunden Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung
(öffentliche und private Spitex)¹⁹



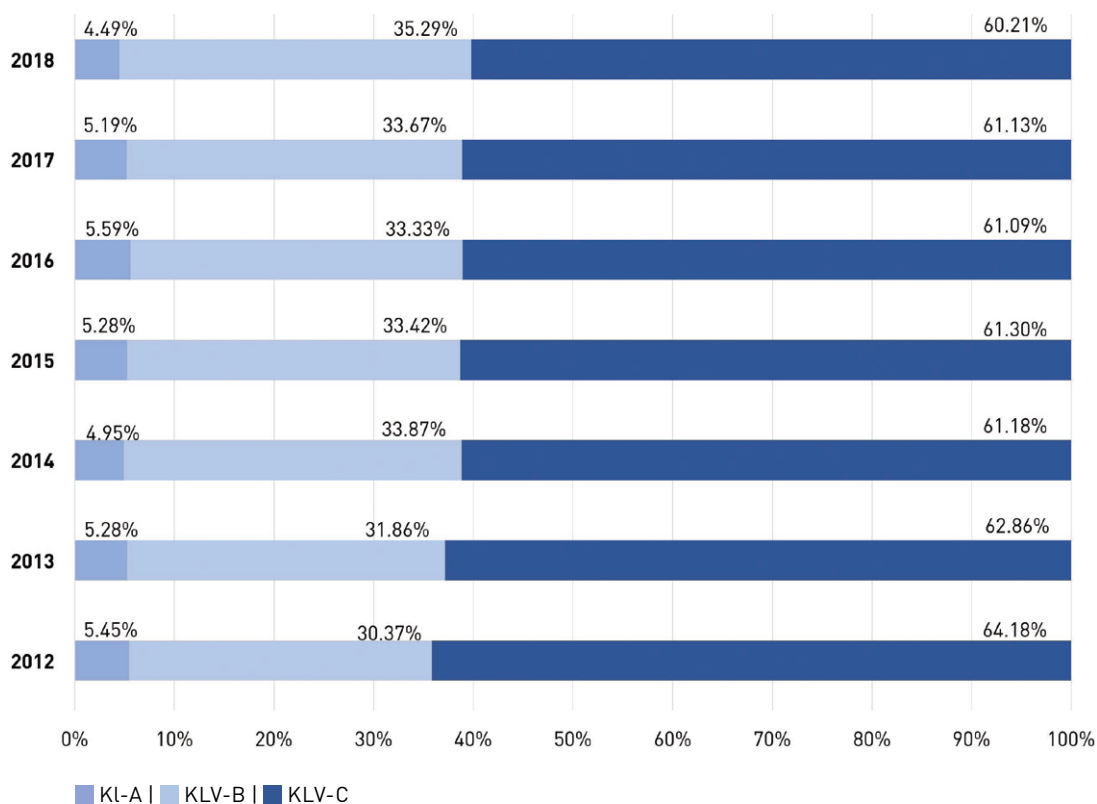
■ Spitex **mit** Leistungsauftrag | ■ Spitex **ohne** Leistungsauftrag

Seit Inkrafttreten der «neuen» Pflegefinanzierung (1. Januar 2011) hat die private Spitex ihre Leistungen deutlich ausgebaut und im Bereich Pflege von 2012 bis 2018 verdreifacht. 2018 hat sie erstmals mehr Stunden Hauswirtschaft und Betreuung geleistet als die öffentliche Spitex.

¹⁹ Quellen:
 – SKSZ-eigene Berechnung auf Basis SKSZ-Statistik 2018; Personal – Klient/-innen – Leistungen
 – BFS; Statistik Hilfe und Pflege zu Hause 2012-2014-2016-2018

3.4.1 Entwicklung der Art der Leistung nach Art. 7 Abs. 2 Bst. a – c KLV²⁰

Abbildung 3:
Entwicklung Leistung nach Leistungsart
(öffentliche Spitex)²¹



Der steigende Anteil Behandlungspflege (KLV-B-Leistungen) weist auf eine im Durchschnitt zunehmende Komplexität der Pflegefälle hin.²²

20 a) Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination; b) Massnahmen der Untersuchung und Behandlung; c) Massnahmen der Grundpflege

21 Quelle: SKSZ; SKSZ-Statistik 2012–18; Personal – Klient/-innen – Leistungen

22 s. Begründungen unter 4.3.3 sowie Anhang 8

3.4.2

Entwicklung von «stationär zu ambulant» (Pflegeheim-Inanspruchnahme)

2016 lebten 1 681 Personen mit Herkunft Kanton Schwyz in Pflegeheimen. Davon waren 62 (3.7%) jünger als 65, 344 (20.5%) gehörten der Altersklasse 65 bis 79 Jahre an und 1 275 (75.8%) waren älter als 80.

Von den Einwohnern des Kantons Schwyz lebten 2016 6.1% (CH 5.7%) der Altersklasse 65+ und 18.5% (CH 16.4%) der Altersklasse 80+ in Pflegeheimen. Gegenüber 2012 haben sich diese beiden Inanspruchnahme-Raten deutlich und wesentlich stärker als im Durchschnitt der Schweiz nach unten verschoben.

Tabelle 6:
Entwicklung der Pflegeheimquoten 65+ und 80+ (SZ und CH)²³

	2012	2016 ²⁴	VERÄNDERUNG
65+, SZ	7.0	6.1	-0.9
65+, CH	6.0	5.7	-0.3
80+, SZ	21.1	18.5	-2.6
80+, CH	17.3	16.4	-0.9

Die Entwicklung der Pflegeheimquoten zeigt, dass im Kanton Schwyz im untersuchten Zeitraum eine deutlich stärkere Entwicklung von «stationär zu ambulant» erfolgt ist als dies für die gesamte Schweiz der Fall ist. Der gesamtschweizerische Trend zu betreutem Wohnen dürfte auch im Kanton Schwyz zum Ausbau entsprechender Angebote führen und diese Tendenz zusätzlich stützen.

²³ Quelle: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN); Damian Hediger / Monika Diebold; Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2016–40 Kanton Schwyz, Neuchâtel, Oktober 2016

²⁴ Die Obsan-Studie wurde im Oktober 2018 erstellt mit Referenzjahr 2016.

3.5

Personal und Infrastruktur

3.5.1

Kennzahlen 2018 für die öffentliche Spitex²⁵

Tabelle 7: Personal öffentliche Spitex 2018²⁶

Personen (Mitarbeitende)	430
Stellen (Vollzeitäquivalente, VZÄ)	190.12
Durchschnittliches Anstellungspensum	44.2%

Die 190.12 Vollzeitstellen setzen sich zu 90.54% aus Anstellungen in der Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung (samt Kerndienst-/Pflegedienstleitungen) und knapp 9.46% Anstellungen in der Leitung und Administration (Leitungspersonal der BO, Personal- und Kundendisponentinnen, Buchhaltungspersonal, Abwartspersonal, Sekretariatspersonal und Mitarbeitende am Hauptsitz ohne Leitungsfunktion) zusammen.

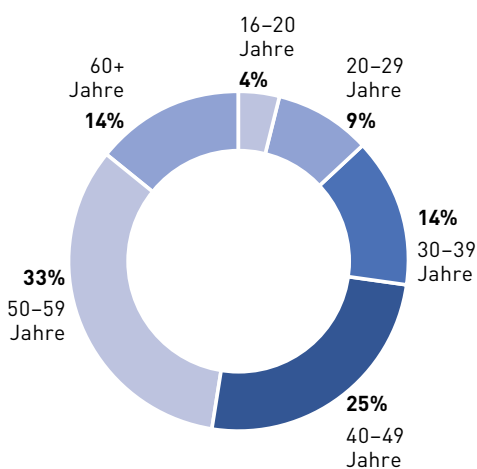
Während in kleineren Organisationen Geschäftsleitungsaufgaben fliessend von der Kerndienstleitung wahrgenommen werden, sind in grösseren Organisationen die Aufgaben klar getrennt.

²⁵ Die Zahlen für die private Spitex (nur beschränkt verfügbar) sind für die nachfolgenden Kapitel nicht bedeutsam.

²⁶ Quelle: SKSZ; SKSZ2Statistik 2018; Personal – Klient/-innen – Leistungen

3.5.2 Personal nach Alter

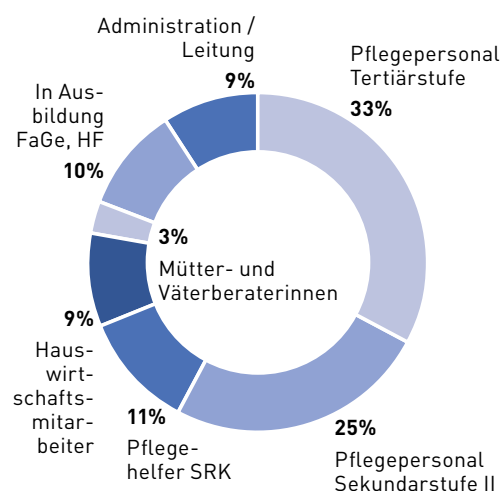
Abbildung 4: Zusammensetzung der Altersgruppen in Prozent²⁷



In Bezug auf den mangelnden Nachwuchs in der Pflege ist das Durchschnittsalter der Pflegenden eine wichtige Kennzahl. Das durchschnittliche Alter über alle Beschäftigungsprofile gibt ein ungefähres Abbild, fast die Hälfte aller Angestellten ist über fünfzig Jahre alt: Aufgrund einer Hochrechnung dürfte in den nächsten zehn Jahren über ein Drittel der diplomierten Pflegepersonen das Pensionsalter erreichen.

3.5.3 Personal nach Ausbildung

Abbildung 5: Personalstellen nach Ausbildung öffentliche Spitex²⁸



Das heisst, 69% der Angestellten übernehmen Pflegeaufgaben. Richtet man den Blick nur auf diese 69% des Personals, das Leistungen nach KLV a-c übernimmt, ist davon knapp die Hälfte (48%) diplomiertes Pflegepersonal (AKP, DNI, DNII, HF, inkl. Leitungs- und Ausbildungsfunktionen), die Sekundarstufe (FaGe, FaSRK) ist mit 36% im Einsatz und Pflegehelfer/-innen SRK decken 16% der Stellenprozente.

3.5.4 Infrastruktur, Mobilität, IT-Unterstützung

Jede BO ist eine eigenständige Organisation und trifft ihre betriebswirtschaftlichen Entscheide autonom und eigenständig. Im Bereich Räumlichkeiten, Fahrzeugpark und IT-Infrastruktur gibt es keine Kooperation. Jede BO verfügt je nach Grösse über einen völlig anders ausgebauten Stützpunkt mit Arbeitsplätzen für die Leitung, Administration, Einsatzplanung sowie Räumlichkeiten für Sitzungen oder Beratungsgespräche sowie Behandlungen

27 Quelle: SKSZ IG-BeSSOS Besoldungssystem Erhebung 2018

28 Quelle: SKSZ; Statistik 2018; Personal – Klient/-innen – Leistungen, eigene Darstellung

(z. B. für podologische Behandlungen oder Wundversorgung). Bei kleineren Organisationen ist die MVB-Stelle integriert, andere Organisationen verfügen über zusätzliche externe Räumlichkeiten für diesen Fachbereich.

Die 38899 Stunden, welche die Spitexmitarbeitenden 2018 an Wegzeiten zu und von Klient/-innen zurücklegten, wurden mit den bekannten Spitex-Autos, aber auch Privatautos der Mitarbeiter/-innen mit entsprechender Entschädigung oder mit E-Bikes zurückgelegt. Verfügen die kleinen Organisationen über meist nur ein Auto, besitzen die grösseren Organisationen eine Flotte an Fahrzeugen. Bei der Beschaffung der spitexeigenen Fahrzeuge kann die Spitex die Spezialangebote diverser Automarken oder persönliche Kontakte mit lokalen Autogaragen nutzen. Teilweise wird die Finanzierung der Fahrzeuge über Gönner oder Sponsoren gedeckt.

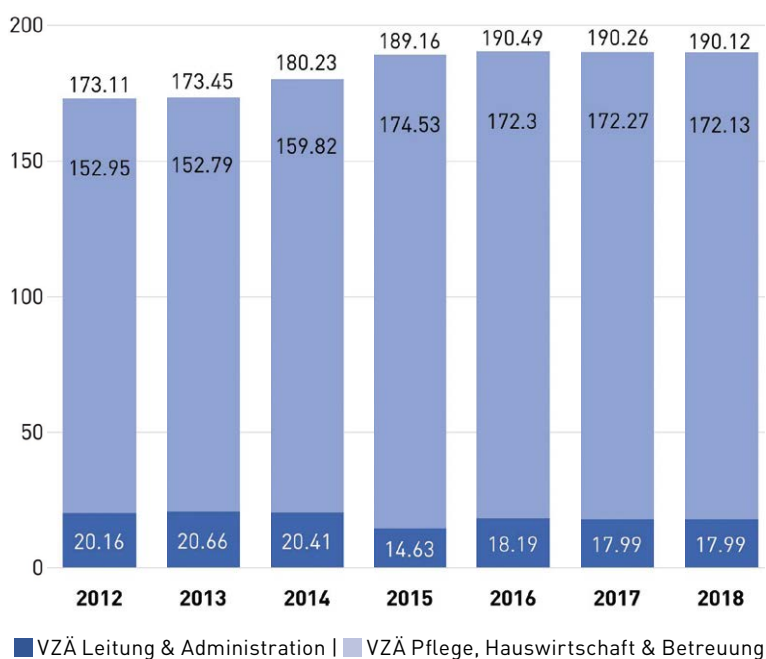
Die Spitex ist längst im IT-Zeitalter angekommen und die Entwicklung geht hin zu stets mobileren Lösungen. Praktisch alle BO haben im Verlauf der letzten Jahre die Digitalisierung vorangetrieben. Die Mitarbeiter/-innen sind heute mit Tablets und Smartphones bei den Klient/-innen, haben jederzeit Zugang zu den Klientendaten und können Bedarfsabklärungen durchführen sowie Informationen für die nächste Mitarbeiter/-innen hinterlegen. Auch im betriebswirtschaftlichen Bereich sind die Organisationen einheitlich unterwegs. Die immer neuen technischen Möglichkeiten erfordern die stetige Anschaffung neuer Hardware, damit die Systemanforderungen an die neuen regelmässigen Softwareupdates auch erfüllt werden können. Dies ist zeit- und kostenintensiv. Für die Spitex im Kanton Schwyz benutzt seit 2011 dieselbe Spitexsoftware eines spezialisierten Rechenzentrums in der Ostschweiz.

Finanzielle Vorteile, beispielsweise vergünstigte Abonnements (Telefon), Lizenzen, o.ä. werden vom SVS oder dann vom SKSZ ausgehandelt (beispielsweise alle 2 Jahre Routine-IT-Hausbesuch, Kollektivmitgliedschaften bei Verbänden, usw.). Eine institutionalisierte Zusammenarbeit gibt es nicht, je-

doch punktuell Gelegenheiten, sich bei einer andern BO anzuschliessen. Dies funktioniert über den SKSZ auch mit anderen Zentralschweizer Kantonen (z. B. Rabatt für Tablets, wenn ein Nachbarkanton eine Grossbestellung macht).

3.5.5 Entwicklungen 2012–18²⁹

Abbildung 6: Entwicklung Personalbestand öffentliche Spitex³⁰



Der Personalbestand (Pflege und Hauswirtschaft und Betreuung) hat sich im Vergleichszeitraum proportional zu den erbrachten Kerndienstleistungen (Pflege und Hauswirtschaft und Betreuung) entwickelt. Entsprechend der Entwicklung der verrechneten Stunden stagniert er seit 2016. Der Anteil Leitung/Administration ist nicht gewachsen, sondern hat anteilmässig abgenommen.

²⁹ Zahlen und Grafik s. Anhang 5

³⁰ Quelle: SKSZ; SKSZ-Statistik 2012–18; Personal – Klient/-innen – Leistungen auf Basis der Erhebung gemäss BFS-Statistik Hilfe und Pflege zu Hause

3.6 Kosten und Finanzierung

3.6.1 Kosten

Die Spitexdienstleistungen erzeugen Personalkosten und übrige Betriebskosten. Die eigentlichen Personalkosten beinhalten die Löhne, Sozialleistungen, die Kosten für Aus- und Weiterbildung, für die Personalbeschaffung sowie Spesenentschädigungen. Als übrigen Personalkosten fallen an: der Bezug von Fachleistungen Dritter, Personalanlässe, Bekleidung usw. Die Personalkosten stellen mit rund 85.1% der Gesamtaufwendungen den grössten Kostenträger einer Spitexorganisation dar.

Zu den übrigen Betriebskosten gehören insbesondere die Aufwendungen für Pflegematerialien, die Beschaffung und der Unterhalt der Fahrzeuge, die Miete und der Unterhalt der Räumlichkeiten, die Anschaffung von Büroeinrichtungen und Verbrauchsmaterial, die Kosten für die IT (Hard-, Software und Lizenzen), für Buchführungs- und Beratungsaufwand, sowie für Versicherungen.

3.6.2 Finanzierung

a) Finanzierung der Pflege

Für die Finanzierung der Pflege, welche zulasten der obligatorischen Krankenversicherung erbracht wird, gelten die Regeln der Pflegefinanzierung nach Bundes- (KVG und KLV) und kantonalem Recht (Gesundheitsgesetz und Pflegefinanzierungsverordnung). Diese beinhalten im Wesentlichen:

- Es gelten schweizweit einheitliche Beiträge der obligatorischen Krankenversicherung an die Pflegeleistungen. Diese betragen seit dem 1. Januar 2020 (KLV Art. 7 Abs. 2) pro verrechnete Stunde³¹:
Abklärung/Beratung: CHF 76.90, Behandlung: CHF 63.00 Grundpflege: CHF 52.60.
- Die Kostenbeteiligung der versicherten Person beträgt im Kanton Schwyz 10% des Beitrages der Krankenversicherung, jedoch max. CHF 7.65 pro Tag (zusätzlich zur ordentlichen Selbstbeteiligung und der gewählten Franchise).
- Die durch diese beiden Beiträge nicht gedeckten Kosten (Restfinanzierung) sind im Kanton Schwyz durch die Gemeinden zu tragen. Sie werden im Leistungsauftrag mit der jeweiligen Spitexorganisation geregelt.³²

Die Akut- und Übergangspflege (vom Spitalarzt nach einem Spitalaufenthalt für maximal 14 Tage angeordnete Pflege) sowie Pflege, welche zulasten der Unfall-, Militär oder Invalidenversicherung erbracht wird, werden nach speziellen Regelungen finanziert. Da Leistungen nach diesen Finanzierungen nur marginal anfallen, wird im vorliegenden Bericht nicht weiter darauf eingegangen.

31 Bis Ende 2019 vergütete die Krankenversicherung folgende Beiträge: Abklärung/Beratung: CHF 76.90, Behandlung: CHF 63.00 Grundpflege: CHF 52.60. Diese liegen den Kalkulationen in der vorliegenden Arbeit zugrunde

32 Für eine ausführliche Erklärung der Finanzierung der Pflege im Alter s. www.aksz.ch → Produkte → Pflegefinanzierung → Präsentation «Wer bezahlt die Pflege im Alter?» (PDF)

b) Finanzierung der Hauswirtschaft und Betreuung

Während das Bundesrecht keine Bestimmungen über eine «Betreuungsfinanzierung» kennt, beschränkt sich das kantonale Recht auf die Bestimmung im Gesundheitsgesetz (§ 15 Abs. 2), wonach die Gemeinden auch die hauswirtschaftlichen Dienste zu finanzieren haben, «soweit die Aufwendungen nicht durch gesetzliche Verpflichtungen Dritter oder die Person, welche die Leistung beansprucht, gedeckt werden.»

Somit haben die Gemeinden (als Auftraggeber) und die Spitexorganisationen (als Auftragnehmer) die Aufteilung der Vollkosten zu regeln. Die Spitexorganisationen können ihren Kostenanteil vollumfänglich den Klient/-innen verrechnen oder sich mit eigenen Mitteln (Mitgliederbeiträge, Spenden usw.) daran beteiligen. Die Klient/-innen haben die ihnen in Rechnung gestellten Kosten zu tragen, soweit sie nicht von einer Zusatzversicherung übernommen werden. Leistungen der Hauswirtschaft und Betreuung können nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechnet werden.»

c) Finanzierung der übrigen Leistungen

Erbringt eine Spitexorganisation ausser den Pflichtleistungen der Gemeinden (Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung) weitere Leistungen, so gelten dafür unterschiedliche Finanzierungsmöglichkeiten: Die Gemeinde kann sich an den Kosten beteiligen, die Leistungen werden kostendeckend erbracht oder die Spitexorganisation beteiligt sich mit eigenen Mitteln (Mitgliederbeiträge, Spenden, Legate) an den Kosten.

3.6.3 Kennzahlen 2018 für die öffentliche Spitex im Kanton Schwyz³³

Total Kosten:	CHF 20019306		
Personalkosten:	CHF 17026761	85.1%	
<i>Vergleich CH:</i>			<i>85.0%</i>
Übrige			
Betriebskosten:	CHF 2992545	14.9%	

Total Ertrag:	CHF 19951454		
Beiträge der öffentlichen Hand:	CHF 9195580	46.1%	
<i>Vergleich CH:</i>			<i>47.0%</i>

Krankenversicherer + Patientenbeteiligung	CHF 8018533	40.2%	
Hauswirtschaft und Betreuung	CHF 1225659	6.1%	
Andere Dienstleistungen wie Mahlzeitendienst	CHF 854667	4.2%	
Mitgliederbeiträge, Spenden	CHF 657015	3.3%	

Verrechenbarkeit der geleisteten Stunden:	48.3%
--	--------------

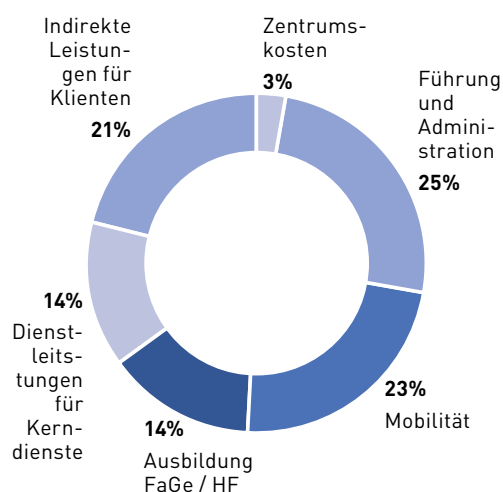
Vollkosten pro verrechnete Stunde:	
Pflege (KLV):	CHF 121.40
Hauswirtschaft und Betreuung:	CHF 78.66

Die Verrechenbarkeit konnte im kantonalen Schnitt von 43% (2012) auf 48% (2018) gesteigert werden.

³³ Quelle: SKSZ; SKSZ-Statistik 2018; Finanzen – Entwicklungen

3.6.4 Gliederung der nicht verrechenbaren Stunden

Abbildung 7:
Gliederung der nicht verrechenbaren Stunden
(öffentliche Spitex)³⁴



Die Spitex konnte 2018 von den geleisteten Stunden 51.7% weder Kranken-, Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung noch Klient/-innen weiterverrechnen. Diese Zahl erscheint als hoch, allerdings geben die gesetzlichen Grundlagen die Verrechenbarkeit gegenüber Dritten klar vor und es besteht kein Handlungsspielraum. Die Gesetzgebung schreibt vor, welche Leistungen zu welchem KLV-Tarife bis zu welcher Obergrenze abgerechnet werden können. Zudem gehen die Wegzeiten voll zulasten der Organisation, weder die geleistete Arbeitszeit noch der Mobiliätsaufwand kann in Rechnung gestellt werden. In Randgebieten führen 30-minütige Anreisezeit zum Leistungsbezüger bei Kurzeinsätzen von rund 15 Minuten unweigerlich zu einem Verlust. Diese Restkosten sind gemäss Pflegefinanzierungsverordnung durch den Restfinanzierer zu decken und im Gegenzug erbringt die Spitex mit Leistungsauftrag bei allen Einwohnern im Einzugsgebiet Leistungen, auch wenn die betriebswirtschaftliche Rentabilität nicht gegeben ist.

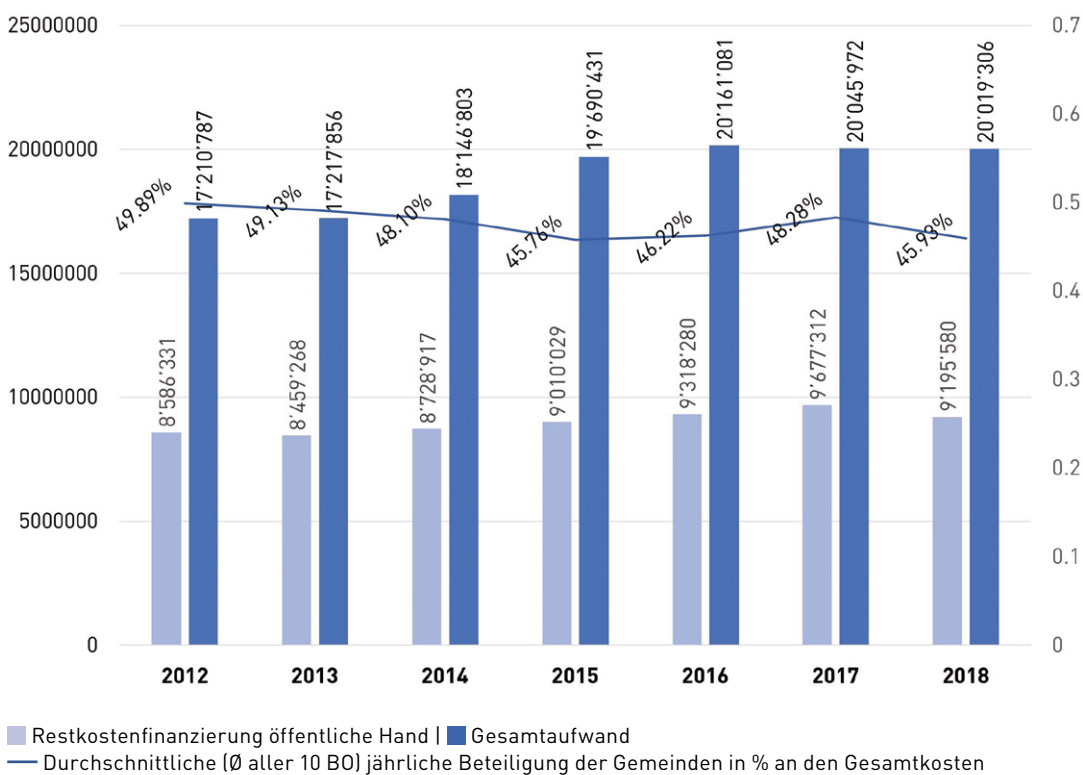
Die nicht verrechenbaren Zeiten setzen sich, prozentual von ihrem Ausgangswert aus betrachtet, wie folgt zusammen:

- Unter den **Zentrums-kosten** ist hauptsächlich der Aufwand für die Reinigung und Wartung der Infrastruktur verbucht und fällt mit 5896 und 3% der nicht verrechenbaren Stunden gerings aus.
- In den geleisteten Stunden der **Führung und Administration** ist die betriebswirtschaftliche Organisation und strategische Ausrichtung der Spitexorganisation angesiedelt. Diese beanspruchte 43311 h, resp. 25% der nicht verrechenbaren Zeit.
- Allein 2018 wurden unter **Mobilität** 38899 h Wegzeiten (inkl. Fahrzeugunterhalt) erbracht, dies entspricht 23% der nicht verrechenbaren Leistungen.
- Ein weiterer nicht verrechenbarer Posten sind die Aufwendungen für die **Ausbildung von Fachangestellten Gesundheit (FaGe) und Pflegefachfrauen HF** mit 23248 h, resp. 14%. Der Ausbildungsaufwand ist bei der Spitex um ein Vielfaches höher ist als in den anderen Versorgungsbereichen (vergleiche 3.10).
- Unter die **Dienstleistungen für Kerndienste** fallen mit 23708 h, resp. 14% die Einsatzplanung, Anleitung und Einführung in die Kerndienste, Teamrapporte, Sitzung, Arbeitskoordination, Weiterbildung und Qualitätssicherung.
- Die **indirekten Leistungen für Klient/-innen** von 36063 h, resp. 21% umfassen Dienstleistungen für Klient/-innen wie Koordination mit anderen Playern und Angehörigen, Kommunikation über Klient/-innen (Kardex), Pflegeplanung, Datenbearbeitungen.

³⁴ Quelle: SKSZ; Statistik 2018; Personal – Klient/-innen – Leistungen

3.6.5 Entwicklung der Kosten der öffentlichen Spitex 2012–18 (Gesamtkosten und Kosten der öffentlichen Hand)

Abbildung 8:
Gesamtkosten und Kosten öffentliche Hand (öffentliche Spitex)³⁵



Die Restkostenfinanzierung (Beteiligung der Gemeinden an den Kosten der Spitex) unterliegt jährlichen Schwankungen. Sie bewegte sich in den Jahren 2012 bis 2018 zwischen 46 und 50% der Gesamtkosten der öffentlichen Spitex (Durchschnittswerte aller 10 BO, vergleiche mit horizontaler Linie in Abbildung 8). Analog wie bei den einzelnen BO unterschiedliche Vollkosten pro Stunde Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung anfallen,³⁶ differieren auch die Restkosten (pro Leistungseinheit), welche die einzelnen Vertrags-

gemeinden ihren BO ausrichten müssen. Die Vollkosten – und damit auch die Restkosten – ergeben sich im Wesentlichen einerseits aus den Personal- und den übrigen Betriebskosten und andererseits aus der Produktivität, d. h. aus dem Verhältnis der verrechenbaren Stunden zu den geleisteten Stunden. Sowohl anfallende Kosten wie auch Produktivität sind nur beschränkt steuerbar. Löhne müssen branchenüblich, Mieten ortsüblich bezahlt werden. Lange, nicht verrechenbare Wegzeiten bei kurzen verrechenbaren Behandlungszeiten, eine ungünstige Auslastung des Personals aufgrund der schwankenden Nachfrage nach Spitexleistungen sowie einzelne Administrativ- und Führungsaufgaben (z. B.

³⁵ Quelle: SKSZ; SKSZ-Statistik 2012–18; Finanzen – Entwicklungen

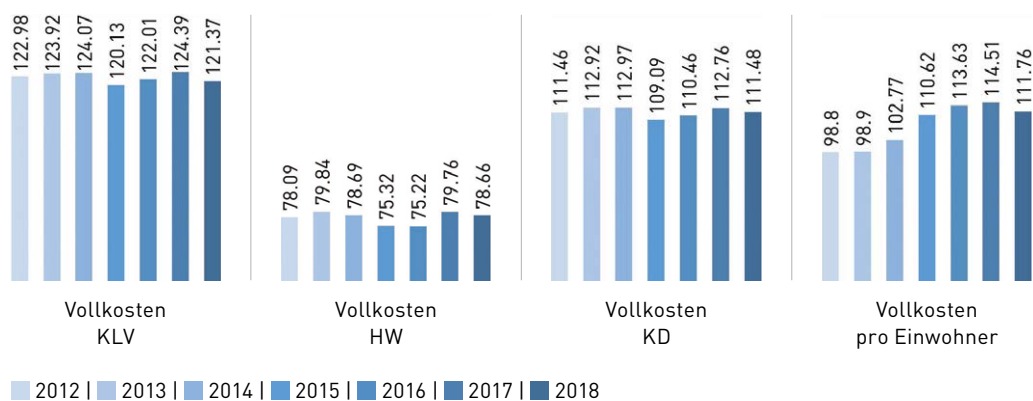
³⁶ s. Anhang 7

3 Ausgangslage der öffentlichen Spitex

Statistik, Besuch Konferenzen), welche bei der kleinen BO in gleichem Umfang anfallen wie bei der grossen, wirken sich ungünstig auf die Produktivität aus.

Die Spitex hat ihre Leistungen über die letzten Jahre nicht verteuert, sondern der Mehraufwand der Gemeinden erklärt sich über das Plus an nachgefragter Leistung.

Abbildung 9:
Entwicklung Vollkosten pro Stunde
(öffentliche Spitex)³⁷



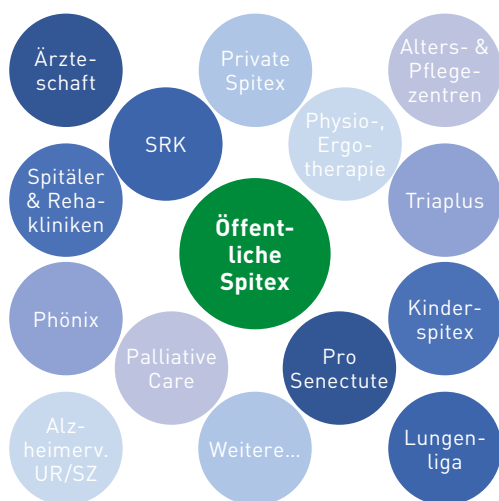
Die stagnierenden Vollkosten (Teuerung während dem untersuchten Zeitraum ist nicht relevant) sowohl für Pflege wie auch für Hauswirtschaft und Betreuung zeigen, dass weder in der Lohnentwicklung noch betreffend Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung von 2012 bis 2018 wesentliche Veränderungen erfolgt sind.

³⁷ Quelle: SKSZ; SKSZ-Statistik 2012–18; Finanzen – Entwicklungen

3.7 Öffentliche Spitex im Kontext der ambulanten Versorgung

Die öffentliche Spitex hat Schnitt- und Nahtstellen zu einer Vielzahl ambulanter und stationärer Leistungserbringer.

Abbildung 10:
Öffentliche Spitex im Kontext
der ambulanten Versorgung³⁸



Jede BO pflegt ihre eigenen Kontakte (vergleiche Abbildung 9) und ist lokal gut vernetzt. In Kooperation werden passende Lösungen für einzelne Klient/-innen entwickelt, um den Verbleib zu Hause zu ermöglichen. Netzwerkpflege und Schnittstellenarbeit sind Aufwand, den die BO als «interne Stunden» nicht verrechnen können, dies setzt Grenzen.

Für die Klärung übergeordneter Fragen wird oft der SKSZ beauftragt, um das Thema kantonal einheitlich zu bearbeiten.

Berührungspunkte der BO bestehen zum SRK. Die Pflegehelfer/-innen SRK des Entlastungsdienstes erbringen jährlich über 21 000 Leistungsstunden. Mit CHF 20.00 ist der Beitrag für Klient/-innen tragbar. Gestützt auf das Schwyzer Gesundheitsgesetz (GesG) leisten alle Gemeinden einen Beitrag von CHF 20.00 an jede für ihre Einwohner/-innen geleistete Einsatzstunde im Entlastungsdienst für betreuende Angehörige. (Nach 600 Stunden/Jahr klärt die Gemeinde die Umstände ab, bevor weitere Unterstützung zugesagt wird).

SRK-Freiwillige (208 Personen im 2019) erbringen im Fahrdienst, im Besuchs- und Begleitedienst und als Betreuer/-in für Notrufsysteme Einsätze bei Klient/-innen, deren Haushalt der Spitex oft schon vertraut ist.

Die Ergotherapie vom Spital Schwyz ist beim SRK angesiedelt, sie alleine leistet jährlich über 5000 Leistungsstunden: Das Volumen steigerte sich von 3419 Stunden (2010) auf 5021 Stunden (2019). Die weiteren Ergotherapiepraxen werden privat geführt oder sind den anderen Spitälern angegliedert, hierzu liegen keine Zahlen vor.

Die Pro Senectute füllt mit Besuchsdienste, Steuerklärungsdienst, Treuhanddienst und unentgeltlicher Sozialberatung ebenfalls eine wichtige Lücke. Verschiedene auf Prävention ausgerichtete Bildungs- und Sportmöglichkeiten ergänzen das Angebot und in der Ausserschwyz wird zusätzlich ein Fahrdienst angeboten.

Mit der Alzheimervereinigung Uri/Schwyz verbindet das grosse gemeinsame Thema der Gesundheitsversorgung von Demenz betroffenen Menschen. Noch ist die Vereinigung in Uri aktiver als im Kanton Schwyz. Der SKSZ bietet Hand zum Aufbau von dezentralen Beratungs- und Unterstützungsangeboten, der Lead ist jedoch bei Alzheimer Uri/Schwyz.

Die engere Vernetzung aller Dienste im Sinne einer reibungslosen Zusammenarbeit mit möglichst geringem Koordinationsaufwand ist eine Forderung, die bereits in der

38 Quelle: SKSZ-eigene Darstellung

Studie von 2013³⁹ postuliert wurde. Die 2019 abgeschlossene Charta zwischen SRK, Pro Senectute, Curaviva Schwyz und SZKB zielt verstärkt in diese Richtung.

3.8 Leistungserbringung

In der Leistungserbringung erfüllen die BO die Tarif- und Administrativverträge⁴⁰ und folgen in der Umsetzung weitgehend den Empfehlungen vom Schweizerischen Dachverband SVS⁴¹. Vor Ort bedeutet dies

- Die KVG-bedingte Unterteilung von Grund- und Behandlungspflege diktiert teilweise, welches Personal welche Tätigkeiten ausführt.
- Das spezialisierte Fachwissen aus den Bereichen Palliative Care, Fallmanagement, Psychiatriepflege, usw., ist im Alltag oft fallübergreifend gefragt.
- Es sind nicht in allen BO zu jedem Spezialgebiet Kompetenzen aufgebaut. Abwesenheiten erschweren den Zugang vor Ort. Ein institutionalisierter fachlicher Austausch unter Pflegenden verschiedener BO findet praktisch kaum statt, fachlicher Austausch funktioniert punktuell über inoffizielle Kontakte.

Die Erreichbarkeit der Spitex wurde in den letzten Jahren in vielen Gebieten der Schweiz ausgeweitet. Zahlreiche private und öffentliche Spitexen bieten Nachtdeckung oder Pikett an. Diese Leistungserweiterungen konnte im Kanton Schwyz noch nicht realisiert

werden, dazu wäre ein regionaler Schulterschluss notwendig.

Problematisch ist die Grundanlage mit der formalen Trennung von Pflege- und Betreuungsleistungen⁴². Seit der Revision des KVG kann die Pflege betreuende Aspekte in der somatischen Pflege nicht mehr verrechnen. Die Zeitbudgets für die Einsätze sind so eng, dass wenig Zeit bleibt, um mit Klient/-innen eine Alltagssituation oder Sinnfragen zu besprechen. Grundpflege wie Behandlungspflege und Prävention werden zwar von den Gesundheitsfachpersonen mit einer betreuenden Grundhaltung ausgeführt. Gespräche zur Sinnfindung, Spiritualität, Alltagsbewältigung und Alltagsgestaltung, Versuche und Erfolge zur Teilnahme am sozialen Leben der Gemeinde, Einsamkeitsgefühle, belastende Familiensituationen, finanzielle Ängste, Zukunftsplanung usw. können in der Regel von den Pflegenden jedoch nicht spontan weiterverfolgt werden. Betreuung heisst Zeit haben, den Moment wachsen lassen, verfügbar sein, eine Beziehung eingehen⁴³. Dies passt nicht immer zum durchgetakteten Zeitplan der Spitexpflege.

Es wird zwar häufig das Problem (z. B. Einsamkeitsgefühle) erkannt, jedoch lautet die Verordnung auf Grundpflege und Behandlungspflege. Das Trainieren von Alltagsfertigkeiten und Unterstützung im Strukturieren des Alltags oder der sozialen Kontaktaufnahme sind Leistungen, welche nur als psychiatrische Pflege verrechnet werden können. Das Fördern der gesellschaftlichen Teilhabe, das Unterstützen im Unterhalten eines Netzwerkes, das Prüfen von niederschweligen Angeboten oder erstmalige Begleiten an einen Anlass sind jedoch Beispiele für Bedürfnisse vieler älterer, oft alleine lebender Klient/-innen. Bedürfnisse der Klient/-innen, welche in das Feld der Betreuung fallen, können oft nicht nachhaltig und damit befriedigend gelöst

39 Krummenacher, J. & Wächter, M. [2013]. Die Versorgung der Bevölkerung mit Spitexleistungen im Kanton Schwyz. Schlussbericht https://www.spitexsz.ch/files/4UH8KX7/presentation_oeffentliche_abendveranstaltung_04_09_2013.pdf

40 <https://www.spitex.ch/Nonprofit-Spitex/Vertraege/PQUag/>

41 Kompetenzrahmen für die Mitarbeitenden in der Hilfe und Pflege zu Hause, 2012 <https://www.spitexzh.ch/files/LXKDWBX/kompetenzrahmen.pdf>

42 https://www.spitex-bedarfsabklaerung.ch/files/S3Z19EL/2020_07_15_list_leistungskatalog_fuer_die_spitex_version_oktober_2015_dt.pdf

43 https://gutaaltern.ch/wp-content/uploads/2020/05/Wegweiser_gute_Betreuung_im_Alter.pdf

werden. Damit wird das präventive Potenzial der Hauswirtschaft und Betreuung nicht voll ausgeschöpft.

Finanziell lohnt es sich für die BO nicht, mit betreuender Grundhaltung Pflege oder Hauswirtschaftsleistungen zu erbringen. Wird die öffentliche Spitex präventiv aktiv, beispielsweise wenn nach der Beobachtung von Auffälligkeiten oder Überforderungsanzeichen von Hauswirtschaftsklient/-innen mit ihnen und evtl. Angehörigen das Gespräch gesucht wird, trägt in der Regel die BO die Kosten selbst. Dadurch erhöhen sich die nicht-verrechenbaren Kosten. Im wirtschaftlichen Vergleich scheint die BO paradoxerweise weniger rentabel als eine Spitex, welche dieselbe Situation erst passiv verfolgt, um dann auf Verordnung des Hausarztes oder nach einem stationären Aufenthalt aktiv zu werden. Gleichzeitig hindern die hohen Betreuungskosten Betagte daran, Unterstützung für Haushalt, Betreuung und soziale Begleitung in Anspruch zu nehmen. «Die Ergänzungsleistungen übernehmen für sehr tiefe und tiefe Einkommen und Vermögen die Betreuungs- und Pflegekosten. Rentnerinnen und Rentner mit mittleren Einkommen und Vermögen tragen die Kosten grösstenteils selber»⁴⁴.

Historisch gesehen, entwickelte sich die Hauswirtschaft und Betreuung aus dem Auftrag, «vorübergehend» Hilfe zur Selbsthilfe leisten zu können. Mit zunehmendem Alter der Klient/-innen wurden hauswirtschaftliche und betreuende Leistungen in den letzten Jahren eine längerfristig gewährte Unterstützung zur praktischen Bewältigung des Alltags. Eine höhere Anzahl Betagter lebt länger alleine zu Hause. Gleichzeitig stieg der Bedarf an (professionelle) Betreuung: Betagte benötigen Unterstützung zur Teilhabe an der Gesellschaft, der Alltagsgestaltung, usw. Die Spitex sieht sich mit einem wandeln-

den Umfeld konfrontiert, beispielsweise leben Angehörige häufiger in grösserer Distanz, eine direkte Unterstützung aus dem nahen Umfeld müsste aufgebaut werden können. Die öffentliche Spitex im Kanton Schwyz hält sich an den Leistungsauftrag und deckt die Hauswirtschaft und Betreuung bedarfsgerecht⁴⁵ ab, d.h. es werden die Leistungen erbracht, welche in der Bedarfserhebung erfasst und abgerechnet werden können. Wie oben beschrieben können die Bedürfnisse der Klient/-innen beträchtlich abweichen. Unter bedürfnisgerechter Hauswirtschaft und Betreuung verstehen die BO Leistungen, welche sich zwar aufgrund objektiv feststellbarer und subjektiv geäusselter Zustände fachlich legitimieren liessen. In diesem Feld sind die Möglichkeiten der öffentlichen Spitex jedoch beschränkter. Einige BO vermitteln die Dienste von vertrauenswürdigen Dritten, andere leisten teilweise selbst erweiterte Einsätze, zusammengefasst unter Komfortleistungen oder als «Spitex Plus»-Angebot zu einem marktgerechten Tarif.

Die Spitex ist auch mit einem wandelnden Altersbild konfrontiert und nimmt je nach finanziellem Stand, Alter der Klient/-innen oder auch geografischer Zugehörigkeit als neueres Phänomen eine gewisse Anspruchshaltung wahr. Als wachsende Herausforderung beschreiben einzelne BO die Gratwanderung, die Türe zu diesen typischerweise jüngeren Betagten einen Spalt breit offen zu halten. Die Absprachen (oder Absagen) erfolgen mit fachlicher Begründung und orientieren sich am Leistungsauftrag.

Die Hauswirtschafts- und Betreuungsleistungen orientieren sich an keinem Modell oder theoretischem Fundament, an dem sich die Haltung oder der Bildungsbedarf der Mitarbeitenden ausrichten könnte. Auch wenn es wichtig ist, dass das Angebot jeder BO zu lokalen Gegebenheiten passt, so könnte die jeweilige Ausprägung doch von einem einheitlichen

44 Knöpfel Carlo, Leitner Johanna, Meuli Nora, Pardini Riccardo (2019): Das frei verfügbare Einkommen älterer Menschen in der Schweiz. Eine vergleichende Studie unter Berücksichtigung des Betreuungs- und Pflegebedarfs. Muttens. <https://www.einkommen-im-alter.ch/de>

45 Spitex Schweiz (2016) Hauswirtschaftliche und sozialbetreuende Leistungen in der NPO Spitex – Eine Notwendigkeit. Haltungspapier <https://www.spitex.ch/files/ODK3REY/Hauswirtschaftliche-und-sozialbetreuende-Leistungen.pdf>

Verständnis für den Begriff Betreuung oder der gemeinsamen präventiven Aufgabe profitieren. Die Diskussion darüber haben 2019 drei Abendveranstaltungen im Kanton Schwyz zum Thema «Gute Betreuung im Alter für alle» mit Prof. Carlos Knöpfel angestossen. Grundlage seines Referates bildete die 2018 publizierte Studie Gute Betreuung im Alter⁴⁶.

3.9 Spezialisierung in der Spitex

Der Begriff Spezialpflege wird in dieser Vorstudie oft gleichgesetzt mit einer Fachweiterbildung in einem klinischen Bereich: z.B. in Palliative Care, Fallmanagement, Psychiatriepflege, Pflege und Betreuung bei Demenz, Onkologiepflege, aber auch beim Anwenden von Kinästhetik, Wundpflege, Podologie usw. Je nach Grösse der BO sind einzelne HF-Pflegende pro Stützpunkt speziell ausgebildet, d.h. sie verfügen über einen Zertifikats- oder eidgenössisch anerkannten Weiterbildungsabschluss oder sind auf dem Weg dazu. In der Praxis decken oft HF-Pflegende nach Einarbeitung, Fortbildung zum Thema und Erfahrung dieselben Einsätze ab. Die Anforderungen an ihr Fachwissen sind hoch:

- Fallmanagement bedeutet, dass Dritte einbezogen werden, Angehörige oder weitere Dienstleister (Hausärzte, Entlastungsdienst SRK, KISS, Pro Senectute, usw.). Nicht nur die kommunikativen Fähigkeiten sind gefordert, auch aktuelles Fachwissen ist gefragt um «am Runden Tisch» die pflegerische Perspektive sicher vertreten zu können.

- Am deutlichsten bei der Verantwortung für Klienten, welche von Demenz betroffen sind, aber auch in anderen klinischen Feldern ist Wissen aus der Psychiatrie für die somatische Pflege hilfreich. Fallbesprechungen beispielsweise verlaufen besonders gewinnbringend, wenn eine anwesende Person über ein psycho-gerontologisches Fachwissen verfügt.

Klinisch gesehen überschneiden sich die Gebiete, beispielsweise umfasst «Schmerzmanagement» ein Fachwissen, das in Onkologie und Palliative Care wichtig ist. Oder ein Begriff kann auch eine Spezialisierung in sich abdecken, z. B. wenn eine Onkologiepflegende auch über psychoonkologische Kenntnisse verfügt.

In der Praxis geben Diplomierte zu erkennen, wenn ihre Kompetenz zu der Übernahme einer Pflegesituation nicht ausreicht, unter Umständen verzögert sich die Aufnahme eines Klienten, bis eine passende Einsatzplanung erfolgen kann. Die Übergänge sind fließend, besondere Auflagen oder eine spezielle Vergütung (wie beispielsweise für die stationäre Palliativ Care) gilt nur für Psychiatriepflege. Der Tarif für jede andere Spezialpflege ist gemäss KLV, es gibt keine Abstufung innerhalb der Behandlungspflege.

In den meisten BO hat sich ein System mit Fallverantwortlichen Pflegenden eingespielt. Fallbesprechungen nutzen die Fallverantwortlichen als Gefäss, um das vorhandene Spezialwissen aus dem Team zu nutzen. HF-Pflegende beschreiben es als befriedigend, nebst normalen Klienteneinsätzen mit der dazugehörigen Fallverantwortung auch noch die übergeordnete Verantwortung für ein Spezialgebiet im Betrieb zu übernehmen. Sie besuchen regelmässig Fortbildungen zu ihrem «Spezialfeld», halten Merkblätter aktuell oder unterstützen eben fallbezogen mit praktischen Hinweisen oder ihrem Erfahrungswissen. Jede Fallverantwortliche kann sich bei der Fachverantwortlichen eines Themas ausser Turnus spezifisches Fachwissen holen, beispielsweise wenn die Massnahmen einer Pflegeplanung nicht greifen. Ein Problem ist

46 Knöpfel, Carlo/ Pardini, Riccardo/ Heinzmann, Claudia (2018): Gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Zürich: Seismo Verlag

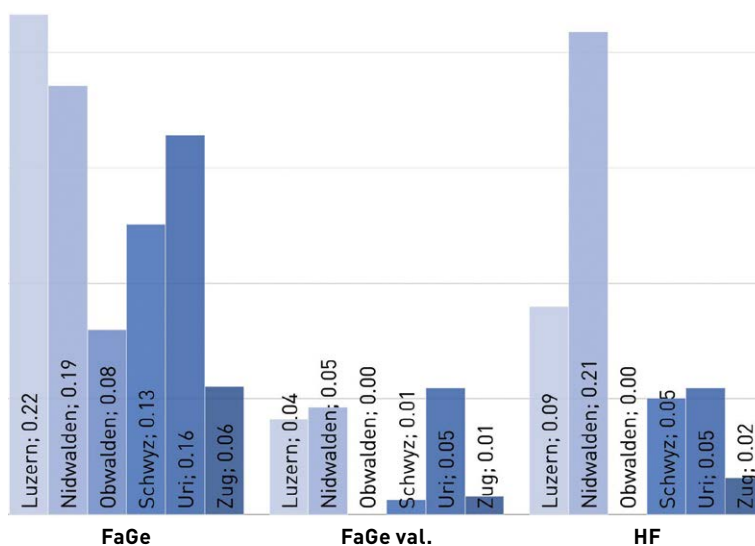
dabei die Erreichbarkeit: Die Fachverantwortliche mit Spezialwissen hat vielleicht gerade Frei, Ferien, oder ist krank oder im Mutterschaftsurlaub.

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass für Fallbesprechungen oder besonders komplexe Pflegeprobleme eine vertiefte Pflegeexpertise sinnvoll wäre, jedoch nicht zur Verfügung steht. Für Best Practices, evidenzbasierte Pflege und Problemlösung mit Hilfe neuester Literatur existieren bei den genannten Fachverantwortlichen – wo vorhanden – kaum Ressourcen. Analysen von sich repetierenden Schwierigkeiten, das Aufbereiten von Theorie für Leitfäden, Schulungen oder Konzeptarbeit kommt zu kurz. Pflegeentwicklung findet so nur punktuell, situationsabhängig, praxisorientiert und dezentral statt, ohne einen nennenswerten Etat.

3.10 Aus- und Weiterbildung

Im Vergleich mit den andern Innerschweizer Kantonen (z.B. Uri, Luzern oder Nidwalden) werden im Kanton Schwyz wenig Lernende ausgebildet:

Abbildung 11: Ausbildungsplätze bei der Spitex 2019–20⁴⁷



Ausbildungsplätze pro 1000 Einwohner

Kanton Luzern | Nidwalden | Obwalden | Schwyz | Uri | Zug

Ein Kanton sticht mit höheren Ausbildungszahlen heraus: Der Kanton Nidwalden verfolgt konsequent eine starke Bildungsstrategie. Mit Ausbildungsbeiträgen von CHF 20 000.- pro Ausbildungsplatz der Grundausbildung und einem jährlichen Weiterbildungsbudget von CHF 100 000.- bis CHF 140 000.- für eidgenössisch anerkannte Abschlüsse wird der pflegerische Nachwuchs sowie die qualitative Weiterentwicklung sichergestellt.

Die öffentliche Spitex im Kanton Schwyz mit 434 Mitarbeitenden zählt 28 Lernende in der Grundausbildung, dabei stehen FaGe und HF im Verhältnis 6:1 (Stand Oktober 2020).

⁴⁷ Quelle: Ausbildungszahlen eigene Darstellung auf Basis der Zentralschweizer Ausbildungszahlen

Bis 2015 organisierte der SKSZ regelmässig gemeinsame Weiterbildungen für das Personal aller BO. In den letzten Jahren reduzierte sich das Angebot auf wenige spezifische, auf den Kanton Schwyz abgestimmte Schwerpunkte. Manche BO bieten freie Plätze einer internen Fortbildung den Nachbarorganisationen an.

Der finanzielle Aufwand für Grundausbildung ist beträchtlich: Der Nachbarkanton Zürich beziffert die Nettonormkosten für Ausbildung in der Langzeitpflege (enthalten sind auch die Lohnkosten der Ausbilderinnen und Ausbilder entsprechend ihrem zeitlichen Ausbildungsaufwand) mit CHF 7200 pro Praktikum/jährlichem Ausbildungsplatz für Pflege HF/FH, und mit CHF 1700 pro Lehrjahr für FaGe⁴⁸. Es wird kein Unterschied gemacht zwischen Ausbildungskosten in der Spitex oder Pflegeheimen. Eine Berufsauswertung FaGe im Rahmen der jüngsten Kosten-Nutzen-Erhebung der beruflichen Grundbildung⁴⁹ zeigte jedoch einen deutlichen Mehraufwand für Ausbildung in der Spitex auf:

«An der Untersuchung nahmen 36 Spitäler, 25 Spitex-Betriebe und 52 Pflegeheime teil. Bei einer genaueren Analyse nach diesen Betriebsarten zeigt sich, dass Betriebe aus dem Spitalbereich im Durchschnitt einen Nettonutzen erzielen. Dieser liegt über die gesamte Lehrdauer bei durchschnittlich 2 550 Franken pro Lehrverhältnis. Spitex-Betriebe weisen dagegen Nettokosten von 14 500 Franken und Betriebe aus dem Pflegebereich von gut 2 000 Franken aus. Dies bedeutet, dass der Durchschnitt der Nettokosten beziehungsweise Nettonutzen aufgrund der grossen Unterschiede zwischen den

48 Verordnung über die Ausbildungspflicht in der Langzeitpflege (ALV), Kanton Zürich, 2018 unter «Erläuterungen über die Ausbildungspflicht in der Langzeitpflege – Verordnung unter <https://www.zh.ch/de/suche.html?q=ausbildungsverpflichtung>

49 Observatorium für die Berufsbildung des Eidgenössischen Hochschulinstituts für Berufsbildung (OBS EHB), Kosten-Nutzen Berufsbildung 2019, Berufsauswertung Fachmann/-frau Gesundheit EFZ; Autoren der Berufsauswertungen: Alexander Gehret, Manuel Aepli, Andreas Kuhn, Jörg Neumann, Fabian Sander, Jürg Schwenker: <https://www.ehb.swiss/knbb-prof22>

Versorgungsbereichen schwanken kann, je nachdem, welche Betriebe in die Stichprobe gelangen.»

3.11 Qualität

Die Qualitätskontrolle und kontinuierliche Verbesserung der Leistungen, Abläufe und Prozesse liegt in der Hand jeder BO. Der SKSZ kann themenbezogen Informationen bündeln, recherchieren und Sachverhalte darstellen (Themendossiers), Impulse geben, Instrumente zur Verfügung stellen, usw. Diverse, vom SKSZ moderierte Sitzungsgefässe gewährleisten einen institutionalisierten Austausch zu Problemen, Instrumenten und Vorgehen auf verschiedenen Ebenen der BO (s. Anhang 2).

Das Qualitätsmanual ist das seit über 10 Jahren angewandte Instrument des SVS für die qualitative Weiterentwicklung der angeschlossenen Mitglieder. Die auf Selbstdeklaration basierende Berichterstattung zwingt jede BO anhand von Reflexionsfragen genau hinzuschauen, den Ist-Zustand zu beschreiben, den Effekt vergangener Massnahmen zu bewerten und jährliche Ziele/Verbesserungspotenziale zu benennen. Die Qualitätsverantwortlichen haben in der Regel eine Führungsausbildung. Ohne rechtliche Verbindlichkeit (es handelt sich um eine reine Empfehlung des SVS) haben die Schwyzer BO in den letzten dreizehn Jahren ihre Qualitätsberichte eingereicht und jährlich mindestens einen sogenannten Qualitätszirkel abgehalten. Vergleiche im Qualitätsbereich finden im Rahmen dieses jährlichen Qualitätszirkels, aber auch punktuell an GL-Tagungen oder bilateral statt. Strukturelle Unterschiede werden deutlich, Abläufe unter subjektiven Gesichtspunkten verglichen und besprochen. Das Qualitätsmanual wird ab 2021 auf nationaler Ebene überarbeitet und weiterentwickelt.

Fast alle BO machen mit unterschiedlichen Instrumenten regelmässig Umfragen zur Klienten- und häufig auch Mitarbeiterzufrie-

denheit. Teilweise über ein kostenpflichtiges externes Tool (mit Benchmark) oder beim Abschluss des Auftrags wird der scheidenden Klientel ein Fragebogen abgegeben. Die Auswertungen sind nicht zugänglich. Auch das Beschwerdemanagement ist nach unterschiedlichen Standards und Abläufen organisiert. Interne Fehlermeldungen und deren Aufarbeitung folgt je eigenen Prozessen, einige BO sind noch im Aufbau eines Fehlermeldesystems.

Die Vergleichbarkeit und Datenqualität im Finanzbereich werden durch die Nutzung einheitlicher Instrumente gewährleistet.

Eines der Instrumente, welchem sich die BO verbindlich anschliessen, ist das sogenannte Finanzmanual. Das Manual macht Vorgaben zur finanziellen und betrieblichen Buchführung, Leistungs- und Zeiterfassung und gibt mögliche Umlageschlüssel, Vorgaben zu Abschreibungen usw. vor. Das bestehende Finanzmanual wird derzeit auf nationaler Ebene überarbeitet und ist bereits bei Pilotbetrieben und weiteren ersten Organisationen im Einsatz.

Während die finanzielle Buchführung von allen BO mit derselben Buchhaltungssoftware, allerdings in unterschiedlicher Ausführung, geführt wird, kommt bei der Leistungs- und Zeiterfassung ein Modul aus der Perigon-Gesamtlösung für die Spitex zum Einsatz. Diese IT-Lösungen sind miteinander über Schnittstellen verknüpft und die Daten fließen in die Kostenrechnung KORE für die Spitex ein. Dieses Benchmark-Tool beinhaltet eine Vielzahl von nützlichen Arbeitsmasken, in denen relevante Kennzahlen übersichtlich gruppiert, dargestellt und vor allem verarbeitet werden. Das Benchmark-Tool ist bewusst flexibel angelegt, damit die Lösung jederzeit und ohne grosse Aufwendungen individuell den Bedürfnissen angepasst werden kann.

Die einheitlich ermittelten Kennzahlen werden für die BFS-Statistik, aber auch für die kantonale Spitex Statistik hinzugezogen. Die Tücke liegt hier im Detail, eine 100% Einheitlichkeit bei der Datenerfassung ist nicht zu

erreichen und dies trotz einheitlicher Arbeitsinstrumente und Vorgaben. Im Weiteren sagen die ermittelten Kennzahlen nichts über die Wirtschaftlichkeit eines Betriebes aus, denn lokale politische und geografische Unterschiede sowie die organisatorische Ausrichtung der Betriebe können die Zahlen verzerren. Es benötigt entsprechende Erläuterungen dazu.

Dem Datenpool HomeCareData⁵⁰ des SVS sind die Schwyzer BO nicht angeschlossen. Die anonymisierten Daten können zur Qualitätsentwicklung oder für betriebliche Zwecke hinzugezogen werden.

3.12 Öffentlichkeitsarbeit

Nebst der durch den Verband (SVS und SKSZ) für alle BO ausgerichteten Öffentlichkeitsarbeit (Spitex Magazin, nationale Kampagnen, regionale Medienauftritte) pflegt jede BO eigene Kontakte und Aktionen und veröffentlicht beispielsweise ihren Jahresbericht oder Infos zum eigenen Leistungsangebot. Dies bestärkt die lokale Verankerung und deckt das Informationsbedürfnis der Bevölkerung. Alle Spitexorganisationen im Kanton Schwyz verwenden die geschützte nationale Wort-Bild-Marke der NPO-Spitex und treten unter Einhaltung des CD und der CI des nationalen Verbandes SVS in der breiten Öffentlichkeit mit dieser Marke auf. Im Weiteren verwenden alle Organisationen dieselbe nach einem einheitlichen Content aufgebaute Webseite. Modulweise können weitere Seiten dazugekauft werden. Grosse, finanzkräftigere BO pflegen einen Newsletter und verschiedene Unterseiten, kleine BO leisten sich das Grundmodul mit fünf Seiten. Der Webauftritt ist entsprechend divers.

⁵⁰ <https://www.spitex-bedarfsabklaerung.ch/HomeCareData/Prx9J/>

3.13 Kultur

Aus Hinweisen der GL darf auf eine positive Betriebskultur geschlossen werden: Die hohe Versorgungssicherheit, die gute Qualität, die zufriedenen Klient/-innen und weiteren Partner, viele persönliche, teils langjährige Klientenbeziehungen und die hohe Mitarbeiterzufriedenheit zeigen, dass die zehn BO sehr vieles richtigmachen. Die Spitex ist fest verankert in der Bevölkerung und geniesst einen guten Ruf. Die Geschäftsleitungen und Vorstände fühlen sich als Partner der Behörden anerkannt und «getragen». Die Zusammenarbeit zwischen Geschäftsleitungen und Vorständen ist geprägt von Vertrauen. Vielerorts herrscht eine gute Kultur der Zusammenarbeit mit Ärzten und Spitalern.

Das Personal ist flexibel und motiviert, vielerorts zeigt sich eine hohe Konstanz in den Teamzusammensetzungen und eine geringe Fluktuation. Mitarbeitende schätzen, dass sie Mitspracherecht haben, es herrscht in der Regel ein guter Teamgeist, was nicht selten ist bei flachen Hierarchien. Spitexpflege ist partizipativ, auf eine gute Betriebskommunikation wird Wert gelegt, Weiterbildung geniesst einen hohen Stellenwert. Die Betriebsgrösse bestimmt momentan mit, wie gross die Chancen sind, dass Pflegenden sich fachlich spezialisieren können. Von der Betriebsgrösse und Auslastung der Betriebe leiten sich Schichtmodelle ab, was wiederum die Rekrutierung (Teilzeitarbeit) oder das Profil (Wiedereinsteigerinnen) und damit die Teamzusammensetzungen beeinflusst.

3.14 Fazit Ausgangslage

Organisation, Einbindung, Administrativaufwand

- Die **Organisation** der öffentlichen Spitex im Kanton Schwyz mit zehn selbstständigen Einheiten ist sehr **heterogen**. Die Spitex Gersau versorgt eine Gemeinde mit 2314 Einwohnern, die Spitex Region Schwyz sechs Gemeinden mit 29 747 Einwohnern. Gewisse **Fixkosten** (z. B. IT-Lizenzen) fallen zehnfach an, Administrativarbeiten (z. B. Statistik, Rechnungswesen, HR-Bereich, telefonische Bereitschaft, Umsetzung neuer Vorgaben) sind zehnfach zu erledigen. Dies beeinträchtigt die Wirtschaftlichkeit, insbesondere kleinerer Organisationen.
- Diesen Nachteilen steht die **gute Verankerung in der Bevölkerung** (Mitgliederbeiträge, Spenden) sowie die Möglichkeit, auf die individuellen Bedürfnisse der Region und der auftraggebenden Gemeinden eingehen zu können, gegenüber.
- Die öffentliche Spitex – insbesondere der Bereich Pflege – unterliegt einer starken Einbindung in übergeordnete Körperschaften und rechtliche Bestimmungen (Vorgaben Bundes- und kantonales Recht, Gemeinden, Versicherungen, Trägerorganisationen usw.). Dies **schränkt den Gestaltungsspielraum ein**.
- Die starke Reglementierung der Pflege – nebst den gesetzlichen Vorgaben insbesondere durch die Administrativverträge mit den Versicherern – verursacht einen **hohen Administrativaufwand** vor allem für die Leistungserfassung (drei Leistungsarten) und die Rechnungsstellung (drei Finanzierer bei KLV-Leistungen, unterschiedliche Versicherer).

- Im administrativen und betrieblichen Bereich, in der Öffentlichkeitsarbeit, usw. fällt vielfacher Aufwand an, der durch das Nutzen von Synergien vermindert werden könnte.

«Ambulant vor stationär»

- 2018 wurden gesamthaft (öffentliche und private Spitex) 57 921 Stunden Pflege mehr verrechnet als 2012. Dies entspricht einer Steigerung um 51.1%.
- Für den Bereich Hauswirtschaft und Betreuung beträgt das Plus 23 161 Stunden (37.8%). Dies bei einer Entwicklung der Gesamtbevölkerung im gleichen Zeitraum von 5.8% und jener der Bevölkerungsklasse 65+ von knapp 20%.
- Gegenüber den Vorjahren zeichnet sich ein Wandel ab, wie unter Ziff. 3.4.2 vertieft dargelegt, hat die Entwicklung von stationär zu ambulant seit einigen Jahren deutlich eingesetzt. 2016 lag die Pflegeheimquote des Kantons Schwyz mit 18.5%⁵¹ noch deutlich über dem schweizerischen Mittelwert (16.4%), was darauf hinweist, dass ein weiteres Potenzial für «ambulant vor stationär» besteht.

Öffentliche und private Spitex

- Der Mehrbedarf an Pflegeleistungen (2012–18) wurde zu 40.0% von der öffentlichen Spitex und zu 60.0% von der privaten Spitex geleistet, jener an Hauswirtschafts- und Betreuungsleistungen zu 11.5% von der öffentlichen und zu 88.5% von der privaten Spitex.
- Während die GL der BO eine hohe Zufriedenheit ihrer Klient/-innen erfassen (s. Kap. 3.13), wirft der rückläufige Marktanteil der öffentlichen Spitex die Frage auf, warum heute viele Klient/-innen (Neuklient/-innen) einer privaten Spitex den Vorzug gegenüber der öffentlichen Spitex geben.

Personal

- Geeignetes Fachpersonal zu gewinnen, stellt eine Herausforderung dar und gelingt teils nur unter grossem Entgegenkommen an neue Mitarbeiter/-innen, was die Wirtschaftlichkeit der Organisation beeinträchtigt.
- Die Ausbildung von Fachpersonal verursacht der Spitex im Gegensatz zu anderen Betrieben des Gesundheitswesens zusätzliche Kosten.
- Die schwankende Nachfrage nach Spitexleistungen beeinträchtigt die Auslastung der Spitex-Mitarbeiter/-innen und stellt hohe Anforderungen an ihre Flexibilität.
- Vertiefte Fachkenntnisse in Themen wie z.B. Palliative Care oder Schmerzmanagement, sind nicht durchgängig vorhanden.

51 Pflegeheimquote: Anteil der Bevölkerung 80+, der in einem Pflegeheim lebt

Kennzahlen «öffentliche Spitex»; Entwicklungen 2012–18:

- **Pflege:** Zahl der Klient/-innen: stagnierend; verrechnete Stunden: + ca. 4% pro Jahr
- **Hauswirtschaft und Betreuung:** Klient/-innen: + ca. 1.7% pro Jahr; verrechnete Stunden: stagnierend
- Die Zunahme des Anteils an Behandlungspflege (2018: + 5% gegenüber 2012) deutet auf eine zunehmende durchschnittliche Komplexität der Pflegefälle hin.
- **Personalbedarf:** Pro Vollzeitstelle wurden 2018 durchschnittlich 832 Stunden Kerndienst-Leistung erbracht. Gegenüber 2012 hat sich dieser Wert um 68 Stunden (8.9%) erhöht, seit 2016 stagniert er.
- **Kosten und Finanzierung:** Die durchschnittlichen Vollkosten pro verrechnete Stunde Pflege wie auch Hauswirtschaft und Betreuung stagnieren seit 2012. Die Hypothese, dass grosse Organisationen im Verhältnis tiefere Fixkosten aufweisen und daher die Leistungen zu tieferen Vollkosten erbringen können, wird durch die vorliegenden Statistiken nicht bestätigt. Die Grossorganisationen haben in den Vergleichsjahren die Leistungen nie zu Vollkosten unter den kantonalen Mittelwerten erbracht. Gleichzeitig weist die jüngste Entwicklung darauf hin, dass die Kleinstorganisationen seit drei Jahren mit ihren Vollkosten deutlich über den kantonalen Mittelwerten liegen.

Leistungserbringung

- **Die Kernleistungen** werden zuverlässig und mit stabiler Qualität erbracht. Palliative Care, Fallmanagement, Psychiatriepflege, Pflege und Betreuung bei Demenz und Nachtdeckung sind Leistungsbrennpunkte, die einer Entwicklung bedürfen.
- Ohne eine überregionale Zusammenarbeit kann die erforderliche flächendeckende Leistung in Palliative Care nicht erbracht werden. Die bestehenden Arbeitszeitmodelle genügen den Ansprüchen nicht mehr, der Rekrutierungsaufwand beim Pflegepersonal wird immer grösser. Ein überregionales pflegerisches Kompetenznetz existiert nicht, auch sind die Ausbildungszahlen relativ tief.
- Hauswirtschafts- und Betreuungsleistungen werden divers erbracht. Die Ausprägung orientiert sich mehrheitlich an der lokalen Nachfrage oder der Marktsituation, ein übergreifendes Konzept (Betreuungsmodell, Prävention) liegt nicht vor.
- **Die Mantelleistungen** prägen zwar nach aussen das Gesicht der Spitex mit. Die entsprechenden Leistungsaufträge sind jedoch höchst unterschiedlich. Die Manteldienste stellen aus präventivem Gesichtspunkt ein sehr sinnvolles ergänzendes Angebot dar. Die BO sind in der Ausgestaltung und den Tarifen sehr frei, die Gemeinden tragen die Mehrkosten (z. B. Raummiete, ungenügende Auslastung, usw.) über die Restfinanzierung oder die BO setzt je nach Fondsreglement Spendengelder ein. Die feine Verzahnung von Angebot, Nachfrage und Finanzierungsbeitrag ist organisch über die Jahre gewachsen. Mantelleistungen müssten eingebettet in ein Betreuungsmodell und Finanzierung gesehen werden.

Vernetzung

Die verstärkte Zusammenarbeit verschiedener Dienste, die Leistungen für die Bevölkerung erbringen, trägt zu einer besseren Versorgung derjenigen Personen bei, die nach einem Spitalaufenthalt möglichst rasch nach Hause zurückkehren und im Alter möglichst lange dort verbleiben wollen. Die engere Vernetzung aller Dienste im Sinne einer reibungslosen Zusammenarbeit mit möglichst geringem Koordinationsaufwand ist eine Forderung, die bereits in der Versorgungsstudie der Hochschule Luzern⁵² aus dem Jahr 2013 postuliert wurde. Die 2019 unterzeichnete Charta zwischen SRK, Pro Senectute, Curaviva und SKSZ ist ein wichtiger Schritt in die Richtung einer verstärkten, formalisierten Zusammenarbeit.

Qualität

- Der qualitative Aspekt von Leistungen oder betriebsinternen Prozessen wird sehr ernst genommen. Fachfragen oder individuelle (klientenbetonte) Situationen werden vor Ort mit Pflegefachwissen gelöst. Ein informelles Netzwerk zum pflegerischen Wissensaustausch funktioniert lokal.
- Administration, Betriebswirtschaft, Vertragswesen, Personalwesen, rechtliche Fragen, Öffentlichkeitsarbeit, aber auch Anschaffungen und Investitionen (IT, Lizenzen) usw. sind Themen, bei denen die Geschäftsleitungen vom Austausch profitieren, der Aufwand für kleinere Organisationen jedoch überproportional hoch ausfällt.
- Erschwerend wirkt, dass die Bedürfnisse der BO oft zeitverschoben an Dringlichkeit zunehmen. Re-Investitionen beispielsweise unterliegen eigenen Rhythmen, deshalb sind Kooperationen nicht einfach umzusetzen, das Nutzen von Synergien nicht einfach anzustossen.
- Die lokale Verbundenheit und die gewachsenen Strukturen (Trägervereine, Gemeinden) sind wertvoll, weil sie unkomplizierte lokale Lösungen erleichtern. Auf das Bewältigen grösserer, übergeordneter (Entwicklungs-) Aufgaben sind die Strukturen weniger ausgerichtet.

52 Krummenacher, J. & Wächter, M. (2013). Die Versorgung der Bevölkerung mit Spitexleistungen im Kanton Schwyz. Schlussbericht
https://www.spitexsz.ch/files/TJQAAN2/oeffentlicher_schlussbericht_04_09_2013.pdf

Kt. SZ

Über 55%
Menschen
Alter 80+

2030:

mehr

im

als heute

4

Herausforderungen

4.1 Demografische Entwicklung

Für die Abschätzung des künftigen Bedarfs an Leistungen der Spitex, an erforderlichem Personal sowie an finanziellen Mitteln zur Sicherstellung der ambulanten sozialmedizinischen Versorgung ist die Betrachtung der erwarteten Entwicklung der Bevölkerung von Bedeutung. Das Bundesamt für Statistik unterscheidet bei seinen Prognosen drei «Grundszenarien»: Das Referenzszenario geht von einem anhaltenden Wachstum der Bevölkerung aus, das «hohe» Szenario sieht ein stärkeres Wachstum voraus, das «tiefe» Szenario ein langsames Wachstum.

Der Regierungsrat des Kantons Schwyz hat mit Beschluss Nr. 890/2018 am 4. Dezember 2018 die Bedarfsplanung Langzeitpflege für die Jahre 2019-2040 erlassen. Dabei geht es darum, den einzelnen Gemeinden aufzuzeigen, wie viele Pflegebetten sie für eine adäquate stationäre Versorgung in den kommenden Jahren verfügbar haben müssen. Eine wesentliche Grundlage für diesen Erlass bildete das Dokument «Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2016-2040»¹. Betreffend Bevölkerungsentwicklung berücksichtigt der Regierungsrat das Referenzszenario. Die nachfolgenden Berechnungen zur Abschätzung der zu erwartenden Spitexleistungen gehen ebenfalls von diesem Szenario aus.

Bevölkerungsentwicklung Kanton Schwyz²

STÄNDIGE WOHNBEVÖLKERUNG SZ	2020	2025	2030	2020-30 IN%
Referenzszenario	162 637	171 276	179 684	10.5%

Spitexleistungen werden je nach Altersgruppe der Bevölkerung sehr unterschiedlich in Anspruch genommen. 2018 waren rund 3/4 der KLV-Klient/-innen und 2/3 der Hauswirtschaft und Betreuung-Klient/-innen 65-jährig oder älter. Innerhalb der Altersgruppe 65+ waren sowohl für den Bereich Pflege (KLV) wie auch für den Bereich Hauswirtschaft und Betreuung rund 60% der Klient/-innen älter als 80³. Es ist somit erforderlich, für die Abschätzung des künftigen Bedarfs mindestens zu unterscheiden zwischen den Entwicklungen der Altersgruppen 0 bis 64, 64 bis 79 und 80+.

¹ Obsan; Hediger, Damian & Diebold, Monika (2018) Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2016-2040. Kanton Schwyz. https://www.sz.ch/public/upload/assets/38132/Grundlagenstudie_Pflegeheime_SZ_2016-2040.pdf

² Quelle: BFS, T 01.03.02.01; Ständige Wohnbevölkerung nach Kantonen gemäss dem Referenzszenario AR-00-2020, 2020-2050

³ Spitex Statistik SKSZ 2018

Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen (Referenzszenario)

	2020	2025	2030	2020-30 IN%	QUELLE
0 bis 64	132 655	135 953	137 380	3.6%	4
65+	29 982	35 323	42 294	41.1%	3
80+	7 894	9 823	12 279	55.5%	5

Während betreffend Entwicklung der jüngeren Bevölkerung des Kantons Schwyz von einem moderaten Wachstum ausgegangen wird, gehen die Prognosen davon aus, dass 2030 rund 40% mehr Menschen im Alter 65+ und sogar rund 55% mehr über 80-Jährige im Kanton Schwyz leben als 2018. Die Altersklassen mit hohem Pflegebedarf erfahren also eine Entwicklung weit über jener der Gesamtbevölkerung.

4.2 Inanspruchnahme stationäre Pflege («ambulant vor stationär»)

Die Bedarfsplanung des Kantons sieht für die Jahre 2025 bis 2040 eine Bandbreite mit einer Obergrenze und einer Untergrenze für den Bedarf an Pflegebetten vor. Die Obergrenze berücksichtigt entsprechend dem aktuellen Trend (stationär zu ambulant) eine Verlagerung von 10% vom stationären in den ambulanten Bereich. Die Untergrenze geht davon aus, dass der Trend der Verschiebung sich noch verstärken wird und geht von einer Verlagerung von 20% aus.

In seinem Beschluss zum Erlass der Bedarfsplanung Langzeitpflege⁶ spricht sich der Regierungsrat zur Strategie «ambulant vor stationär» aus. Er hält fest, dass die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich dem Wunsch der Betagten entspreche, aber auch aus einer «gesamtwirtschaftlichen» Sicht sinnvoll sei. Der Regierungsrat führt verschiedene Massnahmen aus seinem Schwerpunktprogramm «Herausforderung Alter» auf, welche der angestrebten Verlagerung dienen sollen.⁷

4 BFS, T 01.03.02.02, Anzahl der unter 20-Jährigen, der 20-64-Jährigen, der 65-Jährigen und Älteren nach Kantonen gemäss dem Referenzszenario AR-00-2020, 2020-2050

5 Obsan; Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2016-2040

6 Regierungsrat; Beschluss Nr. 890/2018 vom 4. Dezember 2018; Bedarfsplanung Langzeitpflege

7 s. Anhang 3

Wie unter 3.4.2 dargelegt, haben sich zwischen 2012 und 2016 die Pflegeheimquoten im Kanton Schwyz deutlich und wesentlich stärker als im nationalen Durchschnitt verringert. Sie liegen aber immer noch über dem schweizerischen Mittelwert. In ihrem Beschluss hält die Regierung fest, dass es für die weitere Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich die Förderung der ambulanten Pflege sowie weiterer Dienste und Infrastrukturen für die alternde Bevölkerung braucht.

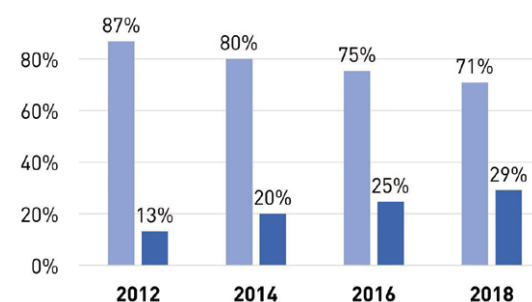
4.3 Weitere Entwicklungen mit Auswirkungen auf die Spitex

4.3.1 Öffentliche Spitex im «Markt»

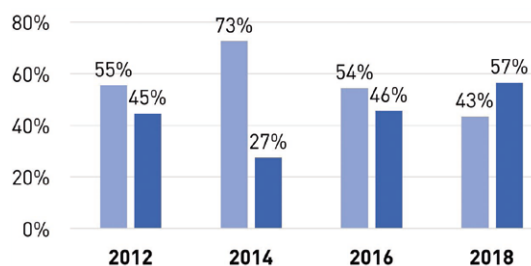
Die Kerndienstleistungen (Pflege und Hauswirtschaft und Betreuung) werden durch die Anbieter öffentliche Spitex und private Spitex (private Spitex-Organisationen und selbstständige Pflegefachpersonen) erbracht. Für die künftige Nachfrage nach Leistungen der öffentlichen Spitex ist einerseits wesentlich, zu welchen Anteilen auch Hauswirtschaft und Betreuung durch diese angeboten werden und andererseits, wie sich der künftige Bedarf an Leistungen auf die beiden Anbieter öffentliche und private Spitex verteilt («Marktanteile»).

Abbildung 12:
Entwicklungen Leistung
öffentliche Spitex – private Spitex

Prozentualer Anteil an KLV-Leistungen der Spitex mit/ohne Leistungsauftrag



Prozentualer Anteil an Hauswirtschaft/Betreuung der Spitex mit/ohne Leistungsauftrag



■ Spitex mit Leistungsauftrag | ■ Spitex ohne Leistungsauftrag

Die Zahlen der Leistungsstatistik für die Jahre 2012 bis 2018 zeigen insbesondere, dass die private Spitex sowohl in der Pflege und noch stärker in der Hauswirtschaft und Betreuung an «Marktanteilen» dazugewonnen hat. Dabei ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass im Bereich Hauswirtschaft und Betreuung von der Statistik nur jene Anbieter erfasst sind, welche über eine Bewilligung zur Leistungserbringung von Pflege verfügen. Von allen anderen sind keine Daten erfasst.

Bei der Hauswirtschaft und Betreuung treffen mangelnde Abdeckung durch Krankenkassen, wenig verbindlicher gesetzlicher Auftrag, ein sich wandelndes Klientenbedürfnis und damit der freie Markt aufeinander. Die Spitex will nicht jedes Segment bedienen, muss jedoch – um als Ganzes stark zu bleiben – mit Hauswirtschaft- und Betreuungsleistungen im Angebot bleiben.

4.3.2

Wohn-, Haushalts- und Lebensformen

Analog zur Entwicklung der Bevölkerung des Kantons Schwyz in den vergangenen Jahrzehnten (2000 bis 2019: +19.4%) und den Prognosen für die Zukunft (s. Kap. 4.1) hat und wird sich das Angebot an Wohnraum erweitern. Sowohl bei der Renovation von Wohnungen wie auch bei neuen Wohnbauten wird in der Regel darauf Wert gelegt, dass diese «altersgerecht» sind und auch bei gewissen Einschränkungen in der Mobilität den Bewohner/-innen ein längeres Verbleiben «zu Hause» – vielfach dank Unterstützung durch die Spitex – ermöglichen.

Der Trend zu Haushalten mit weniger Personen oder zu Einpersonenhaushalten wie auch die Entwicklung, dass im Gegensatz zu früher heute Frauen vermehrt regelmässig

erwerbstätig sind und somit nicht mehr in dem Umfang für die Betreuung Angehöriger zur Verfügung stehen, schmälern das Angebot an Unterstützung aus dem Umfeld der Klient/-innen und wirken sich ebenfalls auf die Nachfrage nach professionellen Spitexleistungen aus. Mitbestimmend für den tatsächlichen Bedarf an ambulanter Versorgung sind auch Tendenzen⁸ wie

- das Leben in grösserer Distanz zu Familienangehörigen, dies macht es für Kinder schwieriger, Unterstützungsleistungen zu erbringen
- eine steigende Anzahl von Menschen (häufiger Frauen), welche keine Kinder haben, nicht in einer Partnerschaft leben

4.3.3

Komplexe Pflege- und Unterstützungssituationen

Aufgrund der aktuell geltenden Spitalfinanzierung (Fallpauschalen) werden heute Patient/-innen tendenziell früher nach Hause entlassen und benötigen teils Pflege (z. B. Wundbehandlung, Frührehabilitation), welche früher noch im Spital geleistet wurde. Das zunehmende Alter, der Wunsch möglichst lange Zuhause zu bleiben und das Anliegen vieler Menschen, auch zu Hause zu sterben, fordert die Spitex in mehrfacher Hinsicht. Diese Entwicklungen und Bedürfnisse lösen einen Mehrbedarf an Leistungen aus, erfordern eine Verfügbarkeit rund um die Uhr (24/7), ein Angebot an spezialisierten Spitexpflegeleistungen (Behandlung multimorbider Erkrankungen, Psychiatrie-, Onkologie-, Demenzpflege, Palliativ Care, Wundbehandlung usw.) sowie Koordination beim Einsatz verschiedener Fachpersonen und Beratung.^{9 10}

8 Knöpfel, Carlo und Nora Meuli (2020). Alt werden ohne Familienangehörige. Explorative Studie. MuttENZ: Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit

9 s. Spitex Schweiz. 2019. Strategische Ziele Spitex Schweiz 2019-2022

10 s. Anhang 8: Zunahme Multimorbidität und chronische Erkrankungen

4.4 Schätzung des Bedarfs an Leistungen der Spitex bis 2030

4.4.1 Grundsätzliches

Die Ermittlung des künftigen Bedarfs an Pflege- und Betreuungsleistungen erfolgt differenziert für die Altersklassen 0 bis 64 Jahre, 65 bis 79 Jahre und 80 Jahre und älter. Die Spitex Statistik zeigt, dass der Bedarf (durchschnittliche Stunden pro Klient/-in) zwischen diesen Altersklassen deutliche Unterschiede aufweist¹¹.

Betreffend Pflegebedürftigkeit unterscheidet die Obsan Studie «Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2016–40» drei Szenarien betreffend Entwicklung der Pflegebedürftigkeit:

1) **Referenzszenario**: Die Dauer der Pflegebedürftigkeit bleibt gleich wie heute. Die durch die erhöhte Lebenserwartung gewonnenen Lebensjahre sind gesunde Lebensjahre.

2) **Szenario «pessimistisch»**: Die Dauer der Pflegebedürftigkeit verlängert sich. Die gewonnenen Lebensjahre sind Jahre in Pflegebedürftigkeit.

3) **Szenario «optimistisch»**: Die Dauer der Pflegebedürftigkeit verkürzt sich. Mehr als die gewonnenen Lebensjahre sind gesunde Lebensjahre.

Analog wie die Pflegeheimplanung soll nachfolgend auch für die Abschätzung des Bedarfs an künftigen Spitexleistungen einzig auf das Referenzszenario abgestützt werden.

4.2.2 Schätzung des Bedarfs an Leistungen Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung

Tabelle 8: Schätzung Bedarf Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung 2025 und 2030

	GESAMT		ÖFFENTLICHE SPITEX		MEHRBEDARF ÖFFENTLICHE SPITEX GEGENÜBER 2018	
	KLV-STD.	HW-STD.	KLV-STD. (70%)	HW-STD. (45%)	KLV-STD. IN%	HW-STD. IN%
2018	171354	84504	121571	36684		
2025 +10%	228504	115053	159953	51774	31.6	41.1
2025 +20%	249277	125513	174494	56481	43.6	54.0
2030 +10%	271757	139470	190230	62762	56.5	71.1
2030 +20%	296462	152149	207523	68467	70.8	86.6

Marktanteile 2018: KLV 70.9% / HW: 43.4%

¹¹ Berücksichtigte Kriterien und Methode der Schätzung s. Anhang 9

Lesebeispiel «2030 +10%»: Unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung (differenziert nach den o.e. Altersklassen) und der Erwartung, dass sich der Bedarf an Pflege-, Hauswirtschafts- und Betreuungsleistungen aufgrund weiterer Faktoren (s. Kap. 4.3) um 10% erhöhen wird, und dass die öffentliche Spitex 70% Marktanteil bei der Pflege und 45% bei der Hauswirtschaft und Betreuung halten kann, hat die öffentliche Spitex ihre Leistung bis 2030 im Bereich Pflege um 56.5% und bei der Hauswirtschaft und Betreuung um 71.1% gegenüber 2018 zu steigern.

4.5 Schätzung des Bedarfs an Personal

In den letzten drei Jahren der Vergleichsperiode waren gleichbleibend für 1 000 verrechnete Stunden Kerndienstleistung (Pflege und Hauswirtschaft und Betreuung) 1.20 Stellen (Vollzeitäquivalente) erforderlich. Für die Abschätzung des künftigen Bedarfs an Personal wird mit diesem Wert gerechnet.

Künftiger Personalbedarf öffentliche Spitex:

**Tabelle 9: Schätzung des Bedarfs an Personal
2025 und 2030 (öffentliche Spitex)**

	2018	2025 +10%	2025 +20%	2030 +10%	2030 +20%
Personalbedarf (Vollzeitäquivalente)	190	254	277	304	331
Mehrbedarf gegenüber 2018		64	87	114	141
in %		33.7	45.9	59.8	74.3

Lesebeispiel «2030 + 10%»: Unter Berücksichtigung der gleichen Kriterien wie bei Tab. 8 sind 114 zusätzliche Vollzeitstellen (Vollzeitäquivalente) bzw. ein um rund 60% (59.8%) höherer Personalbedarf notwendig als 2018.

4.6 Schätzung der Kostenentwicklung

Wie unter Kap. 3.6 aufgezeigt, haben sich die Vollkosten pro Stunde Kerndienstleistung der öffentlichen Spitex zwischen 2012 und 2018 abgesehen von geringfügigen Schwankungen im kantonalen Durchschnitt nicht verändert. Somit kann die Schätzung der Kosten für die Folgejahre mit dem Wert CHF 11.50 pro Stunde (Wert für das Jahr 2018) erfolgen.

Der Anteil der öffentlichen Hand wird mit 50% angenommen (2018: 51.9%). Es wird erwartet (erhofft), dass der Anteil der Krankenversicherung an die Leistungen der Pflege in den nächsten Jahren nach oben korrigiert wird, was die öffentliche Hand (Gemeinden) entlasten würde.

**Tabelle 10: Schätzung des Bedarfs an Kosten
2025 und 2030 (öffentliche Spitex)**

	2018 EFFEKTIV	2025 +10%	2025 +20%	2030 +10%	2030 +20%
Gesamtkosten (Kerndienste)	17 641 536	23 607 521	25 753 685	28 208 541	30 772 935
Mehrkosten gegenüber 2018		5 966 660	8 112 824	10 567 680	13 132 074
Kosten öffentliche Hand (50%)	9 155 580	11 803 761	12 876 842	14 104 271	15 386 468
Mehrkosten öff. Hand		2 983 330	4 056 412	5 283 840	6 566 037

Berechnung: Verrechnete Stunden x durchschnittliche Vollkosten

4.7 Fazit Herausforderungen

Herausforderung **«Demografische Entwicklung»**

Gemäss der erwarteten demografischen Entwicklung der Bevölkerung des Kantons Schwyz werden 2030

- rund 40% mehr Menschen im Alter 65+ und
- rund 55% mehr im Alter 80+ in unserem Kanton leben als heute (2020).

Diese Entwicklung allein löst 80 bis 90% des erwarteten Mehrbedarfs an Spitexleistungen aus.

Herausforderung **«ambulant vor stationär»**

- Aufgrund der Entwicklung der vergangenen Jahre ist davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme stationärer Pflege und Betreuung (Alters- und Pflegeheime) weiterhin zurückgeht («ambulant vor stationär»).
- Entsprechend wird dadurch ein zusätzlicher Bedarf an ambulanter Unterstützung (v.a. Spitexleistungen) ausgelöst.
- Die Bedarfsplanung des Kantons geht von einer Verlagerung von 10 bis 20% vom stationären in den ambulanten Bereich aus.
- Ein zunehmender Anteil altersgerechter Wohnungen sowie neue Wohnformen (betreute Alterswohnungen usw.) begünstigen diese Entwicklung, aber nur ein ausreichendes Unterstützungsangebot ermöglicht sie.

Herausforderung **Leistungsangebot**

Unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und anderer Trends mit Auswirkungen auf die Nachfrage nach Spitexleistungen (z. B. ambulant vor stationär) ist für die gesamte Spitex zu erwarten, dass sie

- 2025 zwischen rund 90 000 und 120 000 zusätzliche Stunden (verrechnete) Kerndienstleistungen (Pflege und Hauswirtschaft und Betreuung) und 2030 sogar zwischen 150 000 und 190 000 gegenüber 2018 erbringen muss.
- Bei gleichem Marktanteil wie heute werden davon bei der öffentlichen Spitex 2025 zwischen rund 50 000 und 70 000 Mehrstunden und 2030 zwischen 90 000 und 120 000 Mehrstunden anfallen.
- Gleichzeitig verdichtet sich der Trend zu anspruchsvollerer Pflege, Multimorbidität und komplexe Pflegesituationen nehmen zu.

Neben der erforderlichen Erweiterung des Umfangs an Spitexleistungen (quantitative Entwicklung) ist auch eine Erweiterung des Angebots (qualitative Entwicklung) erforderlich.

- Die Verantwortlichen der BO beurteilen den Ausbau der Spezialpflege als dringend.
- Insbesondere bei Palliative Care, Fallmanagement, Psychiatriepflege, Pflege und Betreuung bei Demenz sowie Onkologiepflege, aber auch beim Anwenden von Kinästhetik (bei Bewegungseinschränkungen/Sturzgefahr), Schmerzmanagement, Diabetes, Inkontinenz und anderen chronischen Krankheiten besteht Bedarf.

- Eine ganzheitliche Versorgung, v.a. bei komplexen Pflegesituationen und bei Palliative Care erfordert eine Nachtdeckung (24/7) und ein etabliertes Fallmanagement und Pflegeexpertise.
- Der Ausbau der Spezialpflege ist nur mit ausreichend qualifiziertem Pflegepersonal, praxisbezogener Weiterbildung und dem Aufbau von Modellen zur überregionalen Zusammenarbeit (Dienst-, Abgeltungsregelungen usw.) zu realisieren.
- Bei der erwarteten weiteren Entwicklung zu «ambulant vor stationär» werden zunehmend Menschen mit mittlerem oder sogar höherem Pflegebedarf zu Hause leben und auf Spezialpflege durch die Spitex angewiesen sein.

Herausforderung Personal

- Seit Jahren warnen Fachkreise der Gesundheitsversorgung, dass in Zukunft die Sicherstellung der Pflege wegen fehlendem Pflegepersonal gefährdet sein wird.
- Spätestens mit Einreichung der Pflegeinitiative (2017) hat diese Forderung auch die Politik erreicht.
- Die Berufsverweildauer Pfleger (90% der diplomierten Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner arbeiten sechs Jahre nach Abschluss noch im Beruf, und 90% davon möchten auch in zehn Jahren noch im Pflegebereich tätig sein – aber nur, wenn sich die aktuelle Situation im Pflegebereich verbessere^{12]} ist durch entsprechende Massnahmen zu fördern.

12 Schaffert R., Robin D. (2019). Was Pflegefachpersonen erwarten, um langfristig im Beruf zu bleiben. *SRK Krankenpflege*, 06/2019 https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/18293/1/Schaffert_Robin_2019_Krankenpflege-Soinsinfirmier_Nr06_DE-FR.pdf

- Mit den Babyboomern geht eine Generation Pfleger in naher Zeit in Pension, die heute bis zu 50% des Personals im Heimbereich ausmachen.
- Es existiert kein übergreifendes Ausbildungskonzept im Kanton Schwyz. Im Hinblick auf den zukünftigen Bedarf werden auf jeder Stufe zu wenig Fachkräfte ausgebildet.

Herausforderung «privat neben öffentlich»

Die öffentliche Spitex hat im untersuchten Zeitraum (2012 bis 2018) im Vergleich mit der privaten Spitex an Marktanteil verloren bzw. ist nicht im selben Ausmass gewachsen. Die Gründe für diese Entwicklung sind für den Kanton Schwyz nicht untersucht. Das Qualitätsmerkmal «Kundenkontinuität» (Einsatz von einem Minimum an Mitarbeitern beim gleichen Kunden) und das Abdecken längerer Betreuungszeiten (Bedarfs- vs. Bedürfnisorientierung) dürfte eine Rolle spielen.

Der Vergleich der Kennzahlen «verrechnete Stunden pro Klient/-in Hauswirtschaft und Betreuung» für das Jahr 2018 (öffentliche Spitex 30.7 Std./Klient/-in; private Spitex 251.7 Std./Klient/-in) gibt Hinweise darauf, dass öffentliche und private Spitex in diesem Bereich nach unterschiedlichen Kriterien Leistungen erbringen.

Herausforderung Finanzierung

Muss sich die Spitex in den nächsten Jahren entsprechend den aktuellen Herausforderungen weiterentwickeln, wird auch der Bedarf an öffentlichen Mitteln steigen.

- Die demografische Entwicklung, eine weitere Verlagerung von stationär zu ambulant, Investitionen in die Aus- und Weiterbildung u.a. zur Stärkung der Spezialpflege und Sicherstellung des Personalnachwuchses fordern ihren Preis.

- Dem Wunsch vieler betagten Menschen, möglichst lange zu Hause bleiben zu können, und damit der Strategie «ambulant vor stationär» zu entsprechen, kann jedoch nur eine starke öffentliche Spitex mit einem gut ausgebauten Angebot nachkommen.

Dem erforderlichen Aufwand der Gemeinden in Investitionen zur Stärkung der ambulanten Versorgung steht gegenüber, dass die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich die Gemeinden bei der Finanzierung der stationären Langzeitpflege deutlich entlastet.

- 2018 leisteten sie an die öffentliche Spitex rund CHF 2750.– pro Klient/-in¹³, an eine Bewohnerin/einen Bewohner im Pflegeheim CHF 12700.– (Restfinanzierung Pflege)¹⁴.
- Da sich die Gemeinden zu 50% an den Ergänzungsleistungen für die Heimfinanzierung beteiligen müssen, besteht auch bei dieser Aufgabe der Gemeinden ein erhebliches Sparpotenzial.
- Wie Musterbeispiele in einer Präsentation der Ausgleichskasse/IV-Stelle Schwyz¹⁵ zeigen, kann ein Heimaufenthalt Ergänzungsleistungen von mehreren zehntausend Franken pro Jahr erfordern, wenn das Vermögen ganz oder grösstenteils aufgezehrt ist und die AHV- und allenfalls BVG-Renten nur einen Teil der Heimkosten decken.
- Für die Gemeinden ist die Investition in eine starke Spitex auch finanziell lohnend und somit, wie der Regierungsrat in seinem Beschluss zur Bedarfsplanung Langzeitpflege festhält «gesamtökonomisch sinnvoll».

Herausforderung Wirtschaftlichkeit

- Die Vollkosten pro verrechnete Stunde Pflege wie auch für Hauswirtschaft und Betreuung der einzelnen BO weichen wesentlich voneinander ab (s. Anhang 7).
- Sowohl Kosten wie Produktivität sind aufgrund der heutigen Organisation nur beschränkt steuerbar. Die Vergleiche in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit unter den verschiedenen BO macht nur dann Sinn, wenn auch der Outcome und das Engagement in Aus- und Weiterbildung sowie z.B. die Wegzeiten entsprechend gewichtet werden können.
- Das Leistungsportfolio, die unterschiedlichen geografischen Bedingungen, Engagement für Aus-, Fort- und Weiterbildung, die Wegzeiten, usw. werden nicht in Kennzahlen erfasst.

¹³ SKSZ, SKSZ-Statistik 2018, Finanzen – Entwicklungen

¹⁴ Ausgleichskasse – IV-Stelle Schwyz, PFLEGE-FINANZIERUNG IM KANTON SCHWYZ, Hintergrundbericht der stationären Langzeitpflege 2018

¹⁵ s. https://www.aksz.ch/fileadmin/files/pdf/Diverses/Praesentation_PF-Info_2018_.pdf

Palliative Care
Management
Pflege
umgebung
Sozialpflege
Management...

re Fallman-
psychiatriepf-
und Betreu-
enz Onkolo-
schmerzma-

■

5

Entwicklungspotenzial in der Pflege & Betreuung

5.1 Zusammenarbeit

Bei den BO¹ bestehen Wille und Interesse an einer intensiveren Zusammenarbeit, am Nutzen von Synergien. Dabei wird nicht von «Aushelfen» oder «Personal leihen bei Ausfällen» gesprochen – diese Art der Zusammenarbeit wird bereits jetzt praktiziert. Praktisch alle BO halten es jetzt für notwendig, gemeinsam an der Weiterentwicklung der Versorgung der Bevölkerung, insbesondere im Bereich der Spezialpflege, zu arbeiten.

5.2 Spezialpflege

Der Bedarf am Ausbau der Leistungen im Bereich der Spezialpflege ist am Grössten. Insbesondere in Palliative Care, Fallmanagement, Psychiatriepflege, Pflege und Betreuung bei Demenz, Onkologiepflege, Schmerzmanagement, Pflege von Menschen mit Diabetes, bei Bewegungseinschränkungen (Sturzgefahr), Inkontinenz und anderen chronischen Erkrankungen besteht grosser Bedarf.

Für Palliative Care und das Fallmanagement chronisch Kranker braucht es in erster Priorität zusätzlich ausgebildetes Personal. Palliative Care entlastet Klient/-innen und Angehörige am Meisten, wenn die Pflege auch nachts auf Abruf zur Verfügung steht. Ein Pikettdienst gewährt die notwendige Sicherheit, wenn Klient/-innen mit der Begleitung ihrer Angehörigen zu Hause sterben. Das Einholen eines entsprechenden Leistungsauftrages, verlängerte Dienstzeiten und der Aufbau eines Pikettdienstes, Weiterbildung des Personals, usw. können jedoch von den BO nicht einzeln realisiert werden.

¹ Das Kapitel berücksichtigt Aussagen der Geschäftsleiter/-innen an einem Workshop zum Thema «Leistungen» am 24.8.2020 resp. 9.9.2020

Die Form, Dienst- und Abgeltungsmodelle, welche die Zugänglichkeit von speziell ausgebildetem Personal für Mitarbeitende im Praxiseinsatz überregional und 24/7 sicherstellen, müssten ausgearbeitet werden. Eine entsprechende Planung setzt eine hohe Verbindlichkeit voraus. Aufgrund der unterschiedlichen Voraussetzungen (z. B. geschätzte Auslastung, vorhandene Ausbildungen im Team, bestehende Arbeitszeitmodelle, Ziele und Mittel usw.) ist das Risiko sonst gross, dass sich Partner abwartend verhalten oder beim Strukturaufbau zurücknehmen – insbesondere wenn das Tagesgeschäft fordert und Ressourcen fehlen. Dies würde die notwendigen Kooperationen zum Stocken oder Erliegen bringen.

5.3 Fallmanagement

Das Fallmanagement ist ein zweiter Eckpfeiler einer verbesserten Versorgung: Um Klient/-innen und Angehörigen aus einer Hand ein kompetentes Fallmanagement zu bieten, benötigt es geschulte Diplomierte (gute medizinisch-pflegerische wie auch Sozialversicherungs- und rechtliche Kenntnisse) und eine Umstellung von internen Prozessen. Die Spitex ist prädestiniert, den Lead für diese Aufgabe zu übernehmen. In Absprache mit dem Hausarzt und den Angehörigen bei Bedarf «Alles aus einer Hand» wäre eine Erleichterung für Klient/-innen. Die notwendigen Konstrukte müssten rechtlich geklärt sein. Dazu benötigt es Aufbauarbeit und IT-Lösungen zur sicheren Datenübermittlung zwischen allen Beteiligten.

Erfahrungen aus früheren Versuchen, ein bereichsübergreifendes Fallmanagement aufzuziehen, sollten berücksichtigt werden. Sie zeigen, dass die Kompetenz zum Fallmanagement von der öffentlichen Spitex aus inneren Strukturen aufgebaut werden muss und eng mit den Kompetenzen der diplomierten Pflegemitarbeitenden, aber auch mit der Erreichbarkeit und Abdeckung nachts zusammenhängt.

Fallmanagement sollte proaktiv verstanden und präventiv betrieben werden. Die derzeitigen gesetzlichen Grundlagen zur Ausübung der Pflege und Hilfe zu Hause engen ein. Ungenügend ausgeschöpfte Möglichkeiten oder fehlende Verrechenbarkeit z. B. für Rundtisch-Gesprächen vor Spitalaustritten, Koordinationsarbeiten, Abklärungen usw. schränken ein. Nicht nur Fallmanagement, sondern überhaupt gute Pflege durch passend ausgebildetes Personal leistet einen Beitrag, um den Pflegebedarf zu senken. Es kommt also durch Frühkontakte, präventive Besuche usw. nicht zur Mengenausweitung, sondern zu mehr Selbstständigkeit und Lebensqualität sowie zur Entlastung der pflegenden Angehörigen. Je besser sich Angehörige gestützt und entlastet fühlen, umso eher bleiben sie selbst gesund. Der Einbezug der pflegenden Angehörigen in das Fallmanagement der Spitex ist eine Investition, die sich mittel- und langfristig gesamtökonomisch positiv auswirkt.

Nebst den Angehörigen sollte sich die Spitex besser mit Dritten vernetzen (Hausärzte, Entlastungsdienst SRK, KISS, Pro Senectute, Alzheimervereinigung, usw.) und schrittweise verbindliche Kooperationen aufgleisen. Auch die stationäre Alterspflege spielt hier eine wichtige Rolle: Intermediäre Strukturen könnten gemeinsam aufgebaut werden und Klienten beispielsweise ein Pendeln zwischen Heim und Zuhause ermöglichen, wenn es denn nur eine temporäre Entlastung braucht.

5.4 Fachpersonal, Aus- und Weiterbildung

Der Fachkräftemangel ist real. Es ist zunehmend schwieriger, geeignetes Fachpersonal zu gewinnen; immer wieder ist zum Überbrücken von Engpässen betrieblicherseits ein grosser Aufwand erforderlich (beeinträchtigt Wirtschaftlichkeit). Von den Mitarbeitenden ist eine grosse Flexibilität gefordert. Die Organisation betriebsinterner Fortbildung (insbesondere für die kleinen BO) ist aufwändig. Die

Ausbildungszahlen für HF-Lernende sind zu tief. Es gibt keine kantonale Strategie oder ein übergeordnetes Konzept, um diesen Umstand zu beheben.

Die Ausbildung von Lernenden beeinflusst gemäss den GL die Qualität der Leistungen: «Lernende tragen Impulse und aktuellstes Fachwissen in die Betriebe, sie hinterfragen Prozesse und Pflegeabläufe.» Viele Mitarbeitende begleiten gerne Lernende und erleben dies – unter den richtigen Bedingungen – als befriedigend. Die Ausbildungszahlen müssen, auch zur Sicherung des Fachkräftenachwuchses, gesteigert werden. Soll nur ein Drittel der Pflegenden (Familienzeit, Pensionierungen und Kündigungen) mit eigenem Nachwuchs abgedeckt werden, müssten die Betriebe eine geschätzte sechsfach höhere Anzahl Ausbildungsplätze HF/FH anbieten.

Drei grössere BO bilden HF Pflegenden aus. Für kleine BO ist es schwierig HF auszubilden. Zwei der drei Kleinstorganisationen bilden auch keine FaGe aus. Zwar arbeiten in den drei Kleinstorganisationen prozentual gesehen mehr Diplomierte als in den grossen – trotzdem werden keine Lernenden ausgebildet, weil die geforderte Lernumgebung nicht genügend vielfältig zur Verfügung steht oder weil die geforderten Stellenprozente zur Lernbegleitung nicht gestellt werden können. Das könnte durch die Zusammenarbeit mit anderen Pflegeinstitutionen, und die gemeinsame Nutzung von Ausbildungsverantwortlichen verändert werden.

Derzeit besteht im Kanton Schwyz weder eine Ausbildungsverpflichtung noch ein Bonus/Malussystem. Dies finden die Geschäftsleitenden richtig. Der notwendige zeitliche Aufwand für die Ausbildung wird durch die Gemeinden als Restkostenfinanzierer übernommen. Eine teilweise Kompensation der betrieblichen Ausbildungskosten (vergleiche 3.10), beispielsweise nach Abschluss, wäre ein fairer Anreiz. Als genauso wichtig wird eine strukturelle Unterstützung zur Erhöhung der Ausbildungszahlen, z. B. durch Ressourcen zum Aufbau von Verbundlösungen, erachtet.

Praxisbezogene Weiterbildung ermöglicht den Mitarbeitern, ihre Aufgaben kompetent zu erledigen. Dies erhöht die Berufszufriedenheit und senkt die Personalfluktuation. In weiteren Spezialgebieten wie der Demenzpflege, Onkologiepflege, Pflege von Menschen mit Diabetes, Inkontinenz sollten nach Auffassung fast aller Geschäftsleitenden im Bereich der Weiterbildung und des Erfahrungsaustausches die Ressourcen optimaler genutzt und die Zusammenarbeit punktuell verstärkt werden. Die Grundkompetenzen für die unter 5.1 und 5.2 beschriebene Spezialpflege soll bewusst breit an der Basis vorhanden sein, dies bedingt genügend diplomiertes Pflegepersonal und laufende Fortbildung. Für einen (moderierten) Fachaustausch braucht es Strukturen und einen budgetierten Zeitrahmen. Hier braucht es das Verständnis von Seiten der Restfinanzierer, dass die erforderlichen Fort- und Weiterbildungen zwar einen initialen Mehraufwand darstellen und die Restkosten erhöhen. Die Kostenersparnis findet bei der Verschiebung von ambulant in stationär statt. Die Investition in Bildung ist aus Sicht der Geschäftsleitenden zwingend, um als Arbeitgeber attraktiv zu sein, und um auf dem Arbeitsmarkt proaktiv reagieren zu können.

Die Pflegequalität und die Kompetenz der Mitarbeitenden werden als wichtigstes Kapital anerkannt. Es besteht eine Bereitschaft, in Bildung zu investieren. Insbesondere die Pflegequalität soll dadurch gesichert weiterentwickelt werden. Neuere akademische Profile (BScN, MScN, APN) könnten dazu beitragen. Es gilt, tragfähige Kompetenznetze aufzubauen und zu unterhalten. Nicht nur um Klient/-innen bestmögliche Pflege zukommen zu lassen, sondern auch explizit um Mitarbeitende in der steigenden Komplexität nicht alleine zu lassen und den Pflegebedarf zu senken. Training on the Job als wichtiges Kernelement muss strukturell verankert werden, Mitarbeitende sollen sich als selbstwirksam erleben und ihren Beruf mit Freude ausüben können, so bleiben sie dem Betrieb erhalten. Selbstkompetenz als Schlüssel zur Autonomie gilt auch für die Klient/-innen, auch hier erhalten sich Menschen, welche sich als selbstwirksam erleben, ihre Motivation und beispielsweise die Bewegungsfähigkeit.

5.5 Pflegeexpertise

Die Entwicklung des Leistungsangebotes und der Qualität sehen die Geschäftsleitenden, Bereichsleitenden und der SKSZ eng verknüpft mit der Positionierung einer überregional zugänglichen und verantwortlich agierenden Pflegeexpertise. Man möchte die Chance, welche das Einbinden von praxisnahen akademischen Pflegenden in die Spitexpflege birgt, nutzen. «Ein bis zwei Pflegeexpertinnen mit einem akademischen Hintergrund (APN-Profil), welche weiterhin am Bett arbeiten möchten», dies wäre eine denkbare Lösung. Pflegenden mit akademischem Hintergrund können den Wissensaustausch unter Teams moderieren, das «Training on the Job» abdecken, Praxisprobleme aufnehmen und zum Nutzen aller bearbeiten, Multiplikator/-innen in den Teams fachlich begleiten und stärken und eben immer auch selbst wieder an der Front arbeiten – ein Mix der für FH-Pflegende (Bachelor- und Masterniveau) attraktiv ist.

5.6 Hauswirtschaft und Betreuung

Hauswirtschaftliche und betreuerische Leistungen bedürfen einer Auslegeordnung. Nicht nur als wichtiger Marktfaktor für die öffentliche Spitex, auch aufgrund des präventiven Potenzials soll Hauswirtschaft und Betreuung als Leistungsfeld weiterentwickelt werden. Es gilt es, neue Altersbilder, Betreuungsmodelle und Fachwissen zum Fragilisierungsprozess aufzuarbeiten. Die regionalen Besonderheiten gilt es zu berücksichtigen, wenn es darum geht, praktisch umsetzbare Modelle auszuarbeiten.

Ziel wäre, aktivierende wie kompensierende Aktivitäten mit einer modernen Grundhaltung in Einklang zu bringen. Die betreuerische Komponente der Hauswirtschaft und

Betreuung soll für die Klient/-innen fassbar und dadurch mitgetragen werden. Betreuung kann als Aktivierung und Anleitung zur Selbsthilfe in der Alltagsbewältigung mit den hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen kombiniert werden. Das kann helfen, den Pflegebedarf zu senken. Dazu braucht es jedoch einen Auftrag und Finanzierung. Für die Weiterentwicklung der Hauswirtschaft und Betreuung wäre Klarheit und Unterstützung in der Erarbeitung neuer Modelle und möglicherweise Strukturen zu überprüfen.

5.7 Technische Entwicklung

Die technische Entwicklung soll in erster Linie für die Verbesserung des Leistungsangebotes genutzt werden: Nur schon der normale alltägliche Datenaustausch z.B. mit Spitälern und Hausärzten stellt die BO immer wieder vor Herausforderungen. Die jüngste Generation der Spitexsoftware Perigon Mobile hat zwar innerbetrieblich eine Erleichterung gebracht. Über diesen Weg wird jedoch hauptsächlich patientenbezogen kommuniziert. Für Dienstpläne, Krankmeldungen, Tourenänderungen usw. nutzen manche Betriebe SMS oder Apps auf den betrieblichen Smartphones oder Tablets. Ein Betrieb macht mit einer kostenpflichtigen, datengeschützten App (Beekeeper) gute Erfahrungen um mit den Mitarbeitern zu kommunizieren. Hier braucht es eine Auslegeordnung und ein zukunftsfähiges Konzept zu Bedarf, Reichweite und der Datensicherheit von möglichen übergreifenden Lösungen, in Abhängigkeit von anderen Entscheiden (z.B. 24/7, gemeinsame Pflegeexpertise). Technische Unterstützung auf Klientenseite (Assisted Living) ist derzeit noch Brachland. Eine Ausnahme sind die Notrufsysteme. Die Klienten entscheiden sich meist gemeinsam mit den Angehörigen für ein System. Die Spitex ist in der Regel nicht als Notfallnummer hinterlegt, diese Aufgabe übernehmen Personen, die nahe wohnen und meist lückenlos verfügbar sind.

Die Arbeit mit Tablets (IT-Unterstützung); Pflegedokumentation und Leistungserfassung auf Perigon hat in den letzten Jahren einen Sprung nach vorne getan. Weitere IT-Lösungen warten darauf, in den Arbeitsalltag integriert zu werden, z. B. betreffs der Kommunikation und Datentransfer zwischen allen Beteiligten in einer komplexen Klientensituation.

5.8 Auslastung der Mitarbeitenden

Die gewünschten Stellenprozente, die Schwankungen bei der Nachfrage nach Leistungen und somit der Auslastung der Mitarbeitenden, in Kombination mit dem «richtigen Mix» bei der Einsatzplanung, sind grosse Herausforderungen. Sehr begrüsst würde ein freieres Arbeitszeitmodell. Ein kantonaler Stellenpool wird von einer BO gewünscht, andere lehnen dies als nicht nachhaltig ab. Erst eine überregionale Zusammenarbeit in der Spezialpflege könnte in der Auslastungsproblematik eine Lösung bringen. Momentan jonglieren die GL die Stellenprozente, KLV-Anforderungen, Skills und Grades der Mitarbeitenden, die Logik der Einsatztouren (Wegzeiten), die Klientenbedürfnisse und Wünsche, und versuchen alles unter die tickende Uhr zu packen.

Eine Lockerung der arbeitsrechtlichen Auflagen oder neue Schichtmodelle wären ein wichtiger Pfeiler für die dringend benötigte Angebotserweiterung: Die überregionale Zusammenarbeit (Bildung von Versorgungsregionen) in der «Spezialversorgung» (Palliative Care, Psychiatriepflege, Pflege und Betreuung bei Demenz sowie Onkologiepflege, Podologie usw.) sowie in der 24/7 – Abdeckung und Erweiterung der Erreichbarkeit wird als besonders dringend eingestuft. Das Potenzial für Zusammenarbeit unter den BO werde derzeit zu wenig genutzt – andererseits benötigt der Aufbau entsprechender Strukturen ebenfalls Ressourcen.

5.9 Administration

Der administrative Bereich stellt oft jede der zehn BO vor dieselben Herausforderungen. Ohne an Klientennähe oder Verbundenheit mit dem Verein/Vorstand einzubüssen, könnten Synergien genutzt werden. Alleine im Zusammenhang mit der IT fallen Unterhaltsarbeiten, Softwareupdates, usw. an. Aber auch die ganze Betriebsbuchhaltung könnte aus einer Hand für mehrere BO abgewickelt werden – ohne dass diese ihre Eigenständigkeit verlieren.

Nachteilig auf die Berufszufriedenheit wirkt sich der grosse Aufwand für die Administration und Q-Arbeiten aus. In kleinen Organisationen muss derselbe Aufwand erbracht werden, dies zeigt sich in hohen Fixkosten.

5.10 Einbindung von Freiwilligendiensten

Die verbindlichere Einbindung von Freiwilligendiensten birgt ein Entwicklungspotenzial. Der veränderten Form, in der Angehörige sich einbringen (Betreuung aus Distanz, Töchter und Schwiegertöchter welche im Arbeitsprozess stehen) muss Rechnung getragen werden. Zeitgutschriftsmodelle, Anreizsysteme über Leistungen, welche für jüngere Betagte attraktiv sind, Unterstützung von gemeinnützigen «Herzensprojekten» älterer Bürger/-innen durch Fachwissen und strukturelle Unterstützung, usw. Die Zusammenarbeit mit Freiwilligenorganisationen (Kiss, SRK) aber auch anderen Versorgern sollte gestärkt werden.

5.11 Ausblick – Spitex als Taktgeberin und lernende Organisation

Die Spitex ist bereit für die branchenübergreifende Zusammenarbeit: Der statistisch hochgerechnete Leistungsbedarf kann nicht nur durch neue Angebote und eine Beeinflussung des Bedarfs abgedeckt werden. Der heute gerechnete Spitexbedarf von Plus 80% darf nicht in 80% mehr Leistungen münden. Sondern Klient/-innen und Klientensysteme müssen befähigt werden, einen Teil des Mehrbedarfs selbst abzudecken. Durch gezielte Prävention, Schulung, durch Visionen für ein Miteinander und eine schlanke, intelligente Durchwebung der Pflegesettings mit fachlichem Wissen werden Klient/-innen autonomer bleiben. Betagte, die sich als selbstwirksam erleben, bleiben motiviert: Unter gezielten pflegerischen und betreuerischen Impulsen arbeiten sie daran, die notwendigen Fähigkeiten zu erhalten. Freiwillige, pflegende Angehörige und das weitere Umfeld müssen einbezogen werden. Teilnahme an der Gemeinschaft ist ein wichtiges Kriterium zum Gesundaltern. Die Spitex soll **mit** ihren Klient/-innen als lernendes System unterwegs sein: Dies braucht Fachwissen. Grundlage muss ein erweiterter behördlicher Auftrag sein, das fachliche Know-how den Klient/-innen, ihrem Umfeld und Freiwilligen zugänglich zu machen.

5.12 Fazit Entwicklungspotenzial

Leistungen in Spezialpflege

- Es sind Kooperationen nötig, um die Leistungen der Spezialpflege zuverlässig und flächendeckend zu erbringen, z. B. für Palliative Care mit Nachtdeckung 24/7.
- Spezialwissen soll aufgebaut und breit verankert werden, d. h. Weiterbildungen in Palliative Care, Fallmanagement, Psychiatriepflege, Pflege und Betreuung bei Demenz sowie Onkologiepflege, Kinästhetik, Schmerzmanagement, Nachtdeckung usw.
- Pflegequalität und Pflegeentwicklung wird sinnvollerweise durch überregionale Pflegeexpertise und funktionierendes Kompetenznetz abgestützt.

Hauswirtschaft- und Betreuungsleistungen, eingebettet in Handlungsmodell/Strukturen

- Bedarfs- und bedürfnisgerechte Leistungen sollen klarer definiert werden, ein Betreuungsmodell könnte die Handlungen leiten, der Leistungsauftrag ist zu klären, Prävention einzubinden, passende Strukturen aufzubauen.
- Spielraum für regionale Unterschiede und betriebliche Freiheiten müssten bestehen bleiben.
- Angehörige sollten entlastet und Dritte gezielter einbezogen werden (Caring Community).
- Ein Auftrag zur Prävention mit dem Ziel, die kompetente Lebensführung und Selbstständigkeit der Klient/-innen samt Umfeld zu erhalten (und so den Pflegebedarf zu senken), würde die ganzheitliche Pflege und Betreuung sinnvoll ergänzen und unterstützen.

Bildung und Spitex als attraktiver Arbeitsort

- Überregionale Kooperationen und ein gemeinsames Bildungskonzept könnten Lücken beim Pflegenachwuchs auffangen.
- Die Anzahl Diplomierter wäre zu erhöhen, darunter ein Anteil mit Zusatzausbildungen in Bereichen der Spezialpflege, um Fachkräfte für die zunehmende Komplexität zu stärken.
- Die Zusammenarbeit mit Hausärzten wäre engmaschiger zu gestalten.
- Ein tragfähiges Kompetenznetz sollte unter den Fallführenden aufgebaut und eine allen zugängliche Pflegeexpertise integriert werden.
- Um zukünftig über ausreichend und hinreichend qualifiziertes Personal zu verfügen, ist vermehrt in die Aus- und Weiterbildung zu investieren. Gleichzeitig ist mit geeigneten Massnahmen besonders darauf zu achten, dass die Attraktivität der Spitex als Arbeitgeberin weiterhin erhalten bleibt.

Intermediäre Strukturen

- Öffentliche Heime sind bereit zum Aufbau intermediärer Strukturen, um das Verbleiben zuhause zu unterstützen: Tagesheimaufenthalte, das Heim als Schlafstätte, gesucht sind bedürfnisgerechte flexible Mischlösungen, welche die Gemeinde auf lange Sicht finanziell entlasten. Zu prüfen ist auch die Zusammenarbeit bei der Abdeckung von Nachtdiensten.
- Die Dritten im Betreuungsmarkt, die über Organisationen abgewickelte Freiwilligenarbeit (Entlastungsdienst SRK, KISS),

sollten in die Konzeption klug durchwebter Lösungen miteinbezogen werden. Dass Gemeinden durch eine Investition in die öffentliche Spitex beispielsweise bei der Finanzierung von Heimplätzen sparen, muss mitgerechnet werden. Freiwilligenarbeit müsste so verfügbar sein, dass die Spitex mit Dritten zuverlässig rechnen kann.

Organisation und Wirtschaftlichkeit

- Bei der Weiterentwicklung der öffentlichen Spitex müssen die geltende Organisation wie auch neue «Wege in die Zukunft» auf ihre Wirtschaftlichkeit geprüft werden.
- Als Dienstleister, welcher rund zur Hälfte mit öffentlichen Geldern finanziert wird, fühlen sich die BO zu grösster Wirtschaftlichkeit verpflichtet. Es geht darum zu prüfen, ob man «am richtigen Ort spart».
- Die Organisation der öffentlichen Spitex in 10 BO unterschiedlicher Grösse, die innere Organisation der einzelnen Einheiten, die Auslastung des Personals und die Organisation der Administration ist auf brachliegende Chancen zu prüfen, ebenso wie die Zusammenarbeit innerhalb der öffentlichen Spitex und mit Dritten.
- Überlegungen zur Organisation und Wirtschaftlichkeit dürfen nicht isoliert betrachtet, sondern müssen in Verbindung mit dem «Human Resource Faktor» auf einen zukunftsgerichteten Zeitstrahl gelegt werden.
- Ein Hauptkriterium soll lauten: «Für welche Pflegenden der Zukunft wäre diese Arbeitsstelle attraktiv?» Das zweite lautet: «Steigert sich damit die Selbstständigkeit und Lebensqualität und somit die Chance, zu Hause alt werden zu dürfen?»

Effizienz, Schulung und Prävention

- Es braucht eine Steigerung der Effizienz, höhere Pflegewirksamkeit, bessere Verwebung mit Diensten von Dritten, gezieltere Patientenschulung, professionellerer Umgang mit und Einbezug von betreuenden Angehörigen, usw. Sicher bedingt die Zunahme der Klient/-innen auch mehr Leistung, aber bei jedem Einzelnen soll vor allem auch eine gezieltere Leistung (= Förderung der Selbstständigkeit) das Leistungsvolumen in Schach halten. Gezielte Förderung bedingt gut ausgebildetes Personal, das bedeutet der Anteil diplomierten Personals mit einer Spezialausbildung mit eidgenössischem Abschluss muss erhöht werden.
- Nebst allen Überlegungen zur Steigerung der Effizienz: Ohne eine Steigerung der Effektivität können die Aufgaben der Zukunft nicht bewältigt werden. Pflegeleistungen können in den nächsten 10 Jahren angesichts der Personal- und Nachwuchsprobleme kaum um 56.5% gesteigert werden. Sehr gut geschultes Personal ist nicht in der notwendigen Dichte im Einsatz um diesen Bedarf zu decken.

Selbstständigkeit und Eigenverantwortung

- Nicht zuletzt spielt die Klient/-in der Zukunft eine grosse Rolle. Wichtig ist, dass die Menschen verstehen, dass Lernen und die Ausweitung der Kompetenzen immer möglich sind und vor allem durch das Verhalten der Person selbst die Qualität der Unterstützung beeinflusst werden kann. Aktivierung, Training und Förderung der Selbstständigkeit usw. bedürfen einer Akzeptanz in der Bevölkerung. Die Eigenverantwortung kann klientenseits auch als Bürde wahrgenommen werden. Angehörige agieren oft in einer Frühphase umsorgend und so werden Chancen zum Erhalt der Selbstständigkeit vertan. Pflege und Betreuung, die zu wenig gezielt fördert, unterstützt «passive Muster».
- Organisationen wie Pro Senectute, welche mit Beratung und Schulung im Bereich Finanzen, Vorsorge, Bewegung und Lebensstil nahe bei den jüngeren Senioren ist, kann pflegende Angehörige und die Hochbetagten von Morgen erreichen. Für pflegerische Aspekte der Angehörigenschulung hat das SRK bereits Strukturen aufgebaut. Auch auf der Ebene Qualität wird gemeinsam eine grössere Effizienz erreicht.

Qualität

- Nicht nur ein Wettbewerb um Marktanteile, sondern auch ein Wettbewerb um Qualität ist wichtig. Eine klare Positionierung im Betreuungsmarkt ist notwendig. Die öffentliche Spitex steht für eine Selbst-Befähigung ihrer Kunden. Im Fragilisierungsprozess wird graduell das richtige Bedürfnis nach Betreuung angeboten, Freiwillige und Angehörige werden einbezogen oder gestützt. Ein Modell – und die Finanzierung zum Einbezug professioneller Betreuer – sind Pfeiler einer konstanten Qualität. Professionalität gewährleistet, dass nicht das Bedürfnis nach Leistungen befeuert wird, sondern der Wunsch nach Unabhängigkeit und Selbstständigkeit.
- Punktuell wird jetzt schon in bestimmten Pflegesettings neben Privaten die Leistung erbracht. Ein Ausbau solcher Kooperationen muss kundenfreundlich sein, beispielsweise indem der Lead klar bei einer Organisation liegt. Er sollte bei der Organisation mit dem grössten Qualitätsanspruch und Fachwissen angesiedelt sein. Seitens Behörden braucht es ein Bekenntnis zu «Öffentlich vor Privat» um die öffentliche Spitex nicht so wegzuschumpfen, dass am Ende niemand mehr die unrentablen Leistungen erbringen wird.

Res-
sources
erhöhen.

Angebot
erweitern.

Genügend
und aus-
reichend
qualifi-
ziertes
Personal.

6

Strategien und Ziele zur Weiterentwicklung der öffentlichen Spitex

Strategien und Ziele

Die Sicherstellung einer angemessenen Gesundheitsversorgung wird in den kommenden Jahren eine grosse Herausforderung darstellen, auch für die Spitex. Vor allem aufgrund der demografischen Entwicklung («die Babyboomer kommen ins Alter») und dem Wunsch vieler Menschen, im Alter möglichst lange zu Hause bleiben zu können, sogar zu Hause sterben zu können, wird die Spitex sich weiterentwickeln müssen. Für die Pflege und Betreuung v.a. der älteren Bevölkerung (65+ und insbesondere 80+) wird sie die Ressourcen deutlich erhöhen und das Leistungsangebot erweitern müssen. Sie muss für genügend und ausreichend qualifiziertes Personal sorgen, auch die Babyboomer, die heute noch in der Pflege arbeiten, gehen in Rente. Und sie wird weiterhin ihre Organisation und Tätigkeit auf optimale Effizienz und Wirtschaftlichkeit ausrichten müssen.

Die folgenden Ausführungen sind als Orientierung für die Weiterentwicklung der Spitex entwickelt worden.

A Leistungen: ambulant vor stationär realisieren

- A1** Die steigende Nachfrage nach Spitexleistungen kann abgedeckt werden.
- A2** Komplexe Pflege (Palliative Care, Psychiatriepflege, Pflege und Betreuung bei Demenz, Onkologiepflege, Fallmanagement bei chronischen, multimorbiden Erkrankungen, usw.) kann überall sichergestellt werden («überall für alle»).
- A3** Die Nachtdeckung (24/7) für Palliative Care (evtl. auch weitere Einsätze) ist gewährleistet.

B Klient/-innen und Umfeld: Kontinuität und umfassende Versorgung sicherstellen

- B1** Eine Bezugsperson und möglichst wenige weitere Spitexfachpersonen – wenn es die Pflegesituation zulässt – betreuen die gleiche Klientin/den gleichen Klienten.
- B2** Angehörige und das nähere Umfeld sowie professionelle Dritte sind in die Unterstützung einbezogen und die bestmögliche Selbstständigkeit der Klient/-innen sind erhalten.
- B3** Bedarfsleistungen werden – orientiert an der Lebensqualität – erbracht, Bedürfnisleistungen ebenso, oder vermittelt.

**C Personal:
Spitex als attraktive Arbeitgeberin
und Ausbilderin etablieren**

- C1** Mitarbeiter/-innen erfüllen mit hoher Selbstständigkeit und Kompetenz ihre Kernaufgabe (Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung vor Administration) und greifen bei Bedarf auf ein etabliertes Fachnetzwerk zurück.
- C2** Für die Stärkung/Erweiterung der Kompetenzen des Personals sowie Personalnachwuchs sind die Investitionen in Aus- und Weiterbildung sichergestellt.
- C3** Vorteilhafte Anstellungs- und Arbeitsbedingungen fördern die Bindung des Personals an die Spitex.

**D Organisation und Wirtschaftlichkeit:
öffentliche Spitex als Dienstleister
der ambulanten Versorgung stärken**

- D1** Die Spitex handelt flexibel, ist zweckmässig im Interesse der Leistungserbringung organisiert und die Administration/IT ist auf Entlastung der Pflegenden und Betreuenden und auf Wirtschaftlichkeit sowie Unterstützung der inneren und äusseren Kommunikation ausgerichtet.
- D2** Monetäre Anreize, Vergleichbarkeit, Outcome-Orientierung usw. sind Treiber der Effektivität der Versorgung.
- D3** Bevölkerung und Politik kennen den Wert für die älteren Mitmenschen wie auch den gesamtökonomischen Nutzen einer starken öffentlichen Spitex (Grundlage zur Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierung).

Buurtzorg
ist es
gelungen,

die Spitex-
pflege
an ihren
Ursprung
zurück-
zuführen.

7

Das Modell Buurtzorg & weitere Modelle

7.1 Einführung, Vorgehen

Wie unter Ziffer 2.3 (3. Ziel) festgehalten, sollen mit der vorliegenden Vorstudie entsprechend dem Auftrag der Präsidentenkonferenz vom 25. November 2019 Modelle für eine Anpassung der aktuellen Spitexorganisation oder neue Organisationsformen – orientiert am Beispiel des Modells Buurtzorg (NL) oder anderer erfolgreichen Modellen – nachvollziehbar beschrieben und bewertet werden. Diesem Auftrag wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit wie folgt entsprochen:

- a) Das Modell Buurtzorg, wie es in den Niederlanden entstanden ist, sich entwickelt hat und heute wesentlich zur ambulanten Versorgung in diesem Land beiträgt, wird detailliert beschrieben.
- b) Im Gespräch mit einer verantwortlichen Person der Spitex Zürich Limmat wurde in Erfahrung gebracht, wie sich diese unter Berücksichtigung des Modells Buurtzorg weiterentwickelt hat (bei vergleichbaren Rahmenbedingungen, wie sie für den Kanton Schwyz gelten).
- c) Drei durch die Projektgruppe bewertete Organisationsmodelle zeigen auf, wie die öffentliche Spitex des Kantons Schwyz sich mit Blick auf das Modell Buurtzorg so weiter entwickeln könnte, um den in der Vorstudie aufgezeigten Herausforderungen der kommenden zehn Jahre erfolgreich begegnen zu können.
- d) Mittels Internet wurde nach Projekten mit der Zielsetzung «Verbesserung der Spitex-Versorgung» gesucht. Exemplarische Beispiele, hauptsächlich aus Europa und Nordamerika, wurden in einer Übersicht zusammengetragen. Zusammenfassend zeigt sich, bei der Mehrheit der gefundenen Projekte oder Versorgungsmodelle wird auf eines oder mehrere der nachfolgenden Entwicklungspotenziale gesetzt:

7.2 Alternative Organisationsmodelle

Exemplarische Beispiele, hauptsächlich aus Europa und Nordamerika, wurden in einer Übersicht zusammengetragen und ein Fazit gezogen. Zusammenfassend zeigt sich, bei der Mehrheit der gefundenen Projekte oder Versorgungsmodelle wird auf eines oder mehrere der nachfolgenden Entwicklungspotenziale gesetzt:

Technologie und Digitalisierung

Beispiele: elektronisch unterstützte Notrufsysteme; elektronisches Patientendossier; Überwachung der Vitalfunktionen (Puls, Blutdruck usw.) mittels Armband und laufende Übertragung der Daten an die für die Pflege zuständige Fachperson/-stelle; Klient/-innen- und Angehörigenbetreuung über digitale Medien, Mittel zur vereinfachten Kommunikation mit Angehörigen, z. B. synchroner Zugriff auf Patientendaten für Klient/-innen, Angehörige und Fachpersonen.

Koordinierte Planung

Vernetzung aller an der Pflege und Betreuung beteiligter Personen/Stellen zur Planung der erforderlichen Massnahmen unter Integration der Patientendaten. Präventive Ansätze, beispielsweise Einbezug der stationären Pflegeexpertise an Fallbesprechungen, intermediäres Fallmanagement

Rekrutierung und Bindung von Pflegepersonal, autonome Teamarbeit

Gezielte, wertebasierte Rekrutierung, regelmässige Fallbesprechungen; hoher Stellenwert der Weiterbildung; Bildung von kleinen, eng lokal agierenden Teams mit grosser Autonomie in Organisationen mit flacher Hierarchie

Ausbau der Position der akademischen Pflege

Einsatz von Masterabsolvent/-innen, oft mit einem praxisbezogenen Profil (APN),

verbunden mit erweiterten klinischen Kompetenzen in Absprache mit ärztlichen Diensten, Einsatz in Hausbesuchen, Ambulatorien oder als Tele-Nurses. Die Bachelor- und Masterstufe absolvieren Weiterbildungen z. B. in Klinischem Assessment, familienzentrierter Beratung, Mediation, usw. Wirken als Multiplikator/-innen und Qualitätstreiber/-innen in Betrieben

Integrierte Versorgung

Intensive, institutionalisierte Zusammenarbeit der verschiedenen Fachbereiche (Arzt, Spitex, weitere Therapeuten usw.) mit den Zielen adäquate Versorgung und Vermeidung von Doppelspurigkeit,

Community Care und familienzentrierte Ansätze

Diese Ansätze berücksichtigen, dass bei zunehmender Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit einer Person das ganze Netzwerk aus Angehörigen, Freunden, Nachbarn und den verschiedenen professionellen Diensten zunehmend betroffen ist und auf Unterstützung und Entlastung angewiesen sein kann (z. B. Entlastungsdienste, Beratung, Abgeltung bzw. bezahlter Urlaub für Betreuungsleistung). Das System wird betreut, oft präventiv oder aufsuchend, Fallführung meist bei sehr gut ausgebildeten Pflegenden.

Fazit

Mehrere der beschriebenen Ansätze benötigen entweder grosse Investitionen (z. B. in Technik, und/oder Bildung), oder sind durch staatliche Programme gesteuert (z. B. Ausbildungsprogramme) oder gefördert (z. B. Community Care). Das bottom-up Modell Buurtzorg setzt mehrere der aufgezählten Ansätze mehr oder weniger ausgeprägt im gleichnamigen Nonprofit-Unternehmen um. Eine Zusammenfassung zu den alternativen Ansätzen ist in den internen Bereich gestellt, oder kann über das SKSZ-Sekretariat bezogen werden.

7.3 Die Persönlichkeit Jos de Blok und die Gründung von Buurtzorg 2007

Jos de Blok ist ein holländischer Ökonom und Pflegefachmann, der viele Jahre in verschiedenen Institutionen des holländischen Gesundheitswesens (siehe Anhang 12 «Vergleich Gesundheitswesen Holland – Schweiz») auch in der Krankenpflege tätig war, zuletzt vor allem als Unternehmensentwickler im Bereich der ambulanten Pflege. Anfangs der 2000er Jahre stellte er seine eigene Tätigkeit zunehmend in Frage. Trotz gutem Willen und vielen Ideen konnte er weder in Bezug auf Qualität der Leistung noch in Bezug auf die Zufriedenheit von Klient/-innen und Mitarbeiter/-innen, noch hinsichtlich der Kosten massgebliche Veränderungen zum Besseren bewirken. Nach der Einführung des neuen Pflegegesetzes zur ambulanten Pflege zu Hause in Holland im Jahr 2006, das eine Verbesserung bringen sollte, stellte er folgendes fest¹:

- Es gibt eine strikte Trennung zwischen ärztlicher Behandlung, Pflege und Prävention mit wenig gegenseitiger Kommunikation.
- Die Standardisierung von Pflegeleistungen wächst stetig und beeinträchtigt die Flexibilität der Pflegenden.
- Die Qualität der Pflege sinkt tendenziell bei stetig steigenden Kosten.
- Der Fachkräftemangel nimmt angesichts der demografischen Entwicklung beunruhigend zu.

- Es gibt keine transparenten Informationen zu Pflegeergebnissen, Zufriedenheit der Patienten und Pflegekosten.
- Die Kunden werden in ihrem privaten Umfeld mit sehr vielen Fachkräften konfrontiert, was für die meisten verwirrend und verunsichernd ist.
- Pflege- und Betreuungsfachkräfte sind nicht wirklich zufrieden mit ihrer Arbeit und den erzielten Ergebnissen.

Jos de Blok entschied sich, ein neues, umfassendes Versorgungsmodell in der ambulanten Pflege zu Hause zu entwickeln, das die festgestellten Probleme wirkungsvoll angehen sollte, und sich damit selbstständig zu machen. Mit vier anderen Pflegefachkräften gründete er 2007 die gemeinnützige Stiftung Buurtzorg und startete mit ihnen in einem ersten Pflorgeteam in Alvelo, einer Kleinstadt im Süden Hollands.

Die neue Organisation wuchs sehr rasch und weist heute über 11 000 Mitarbeitende in der Pflege und rund 4 000 in den hauswirtschaftlichen Diensten auf. Sie ist in fast allen Regionen Hollands vertreten, deckt etwa 20% des Marktes ab und wächst immer noch rasch. Europaweit gilt sie als eine spektakuläre Erfolgsgeschichte, die Interesse in vielen anderen Ländern geweckt hat. In Holland haben ganze bestehende Spitexorganisationen «auf Buurtzorg umgestellt», d.h. sie arbeiten in den bestehenden Trägerschaften nach den Grundsätzen von Buurtzorg.

Buurtzorg erhielt bereits fünfmal die Auszeichnung Arbeitgeberin des Jahres.

¹ De Blok J. (2019). Präsentation Workshop Buurtzorg. Buurtzorg International

7.4 Das Modell Buurtzorg

Die Pflege steht im Mittelpunkt²

De Leede M. (2019). First Coffee, then Care. Community Care at Buurtzorg. Präsentation Workshop Buurtzorg. Buurtzorg International.

7.4.1

Die betriebswirtschaftlichen Abläufe sind wichtig, stehen aber nicht im Zentrum.

Die Pflege und die Klient/-innen stehen im Mittelpunkt aller Aktivitäten der Stiftung. Diese drehen sich darum, der Pflege und den involvierten Menschen und Fachpersonen zu dienen und sie bestmöglich in ihrem Alltag zu unterstützen.

7.4.2

Kultur des Vertrauens – persönliches Lernen

Im Zentrum steht das Vertrauen, insbesondere das Vertrauen in die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Pflegenden. Es wird vermittelt, dass sie es schaffen kann, auch in ganz herausfordernden Situationen erfolgreiche Pflegearbeit zu leisten, dass sie grundsätzlich in der Lage sind, ausgezeichnete Leistungen zu erbringen. Gleichzeitig wird auch vermittelt, dass man sich stetig verbessern, sein Wissen erweitern, von anderen lernen kann. Die Kraft, das Selbstvertrauen und die Motivation dafür sollen insbesondere aus dem selbstständigen Handeln, der Selbstverantwortung jeder einzelnen Fachkraft und dem vertrauensvollen Miteinander in einem kleinen Team entstehen und wachsen.

Mitarbeitende bei Buurtzorg sind aufgefordert, an der Vertrauenskultur eng teilzuhaben und sich selbst aktiv einzubringen. Das setzt bei jeder einzelnen Person soziale und persönliche Lernbereitschaft und Selbstre-

flexion voraus. Dafür gibt es einige wenige Grundsätze, an denen sie sich orientieren können:

- Übernimm Verantwortung: Just do it!
- Finde Lösungen, nicht Diagnosen, kommuniziere entsprechend lösungsorientiert!
- Sei flexibel (Dinge können sich manchmal rasch ändern)
- Verhalte dich als deine eigene Unternehmerin!
- Stellt in Teams so wenig Regulierungen und Vorschriften wie möglich auf
- Reflektiere dein eigenes Denken und Handeln (nicht dasjenige von anderen Teammitgliedern) und bring es selbstverantwortlich ein.

7.4.3

Das Prinzip der Gemeindekrankenpflege, Familienhilfe – enge Kooperation mit dem sozialen Umfeld

Jos de Blok orientierte sich für seine Reform der ambulanten Pflege an der ursprünglichen Aufgabe der Gemeindegeschwester oder Familienhelferin, die mit dem Velo oder Motorrad unterwegs ist und dort hilft, wo es gerade nötig ist. Und nur so viel und so lange, bis die betroffene Familie sich wieder selbst organisieren kann. Dieses Prinzip legt er seiner eigenen Organisation zugrunde.

Dies zeigt auch der Name: Buurtzorg = Nachbarschaftshilfe, Familienhilfe.

Die Pflegenden trinken häufig zuerst Kaffee mit ihren Patienten, um zu erfahren, wie es ihnen geht, was sie selbst geschafft haben, was nicht, was ihnen wichtig ist und sie beschäftigt. Man geht davon aus, dass die meisten Menschen sehr gerne noch aktiv sind und so viel wie möglich selbst oder mit verschiedener Hilfe erledigen wollen.

² De Blok J. (2019). Präsentation Workshop Buurtzorg. Buurtzorg International

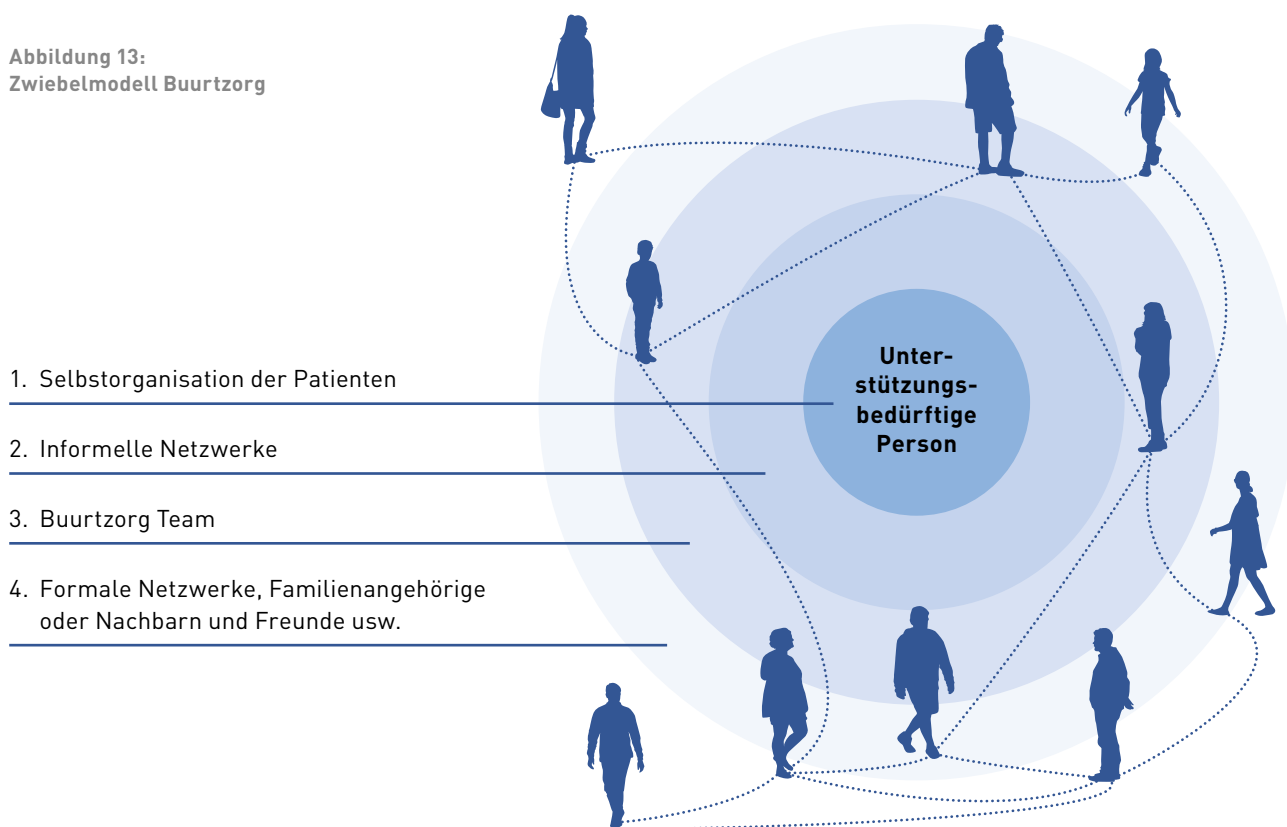
Die Pflorgeteams pflegen nie, ohne sich auch über mögliche andere Unterstützungsquellen in der Umgebung zu informieren. Sie versuchen aktiv, diese einzubeziehen, zu schulen, zu unterstützen und zu aktivieren. Dafür braucht es Beziehungsarbeit.

Dies ist gesundheitspolitisch in jedem Fall erwünscht. Die Arbeit von Buurtzorg zielt nicht auf eine Ausweitung der eigenen Leistungen, sondern will neben der unbestrittenen Pflegearbeit immer auch die Selbstverantwortung der Betroffenen stärken. Erfolg bedeutet bei Buurtzorg, dass die Pflegestunden/pro Klient/-in sinken. Dies ist jedoch nie im Sinne der Abschiebung von Verantwortung oder Arbeit zu verstehen. Die Messungen der Zufriedenheit der Klient/-innen und der Wirkung der Pflege (Outcome) weisen diesen Erfolg genau aus.

7.4.4 Das Zwiebelmodell

Das Modell zeigt die Prioritäten des Einsatzes in der Pflege von innen nach aussen auf.

Abbildung 13:
Zwiebelmodell Buurtzorg



7.4.5

Die persönliche Beziehung zum Klient/-innen

Die persönliche Beziehung stellt die Grundlage für alles Pflegehandeln dar. Sie soll zuallererst zustande kommen und stets gepflegt werden. Gegenseitiges Vertrauen und persönliche Vertrautheit schaffen das Fundament für die Pflege, die Aktivierung der Klient/-innen und den Einbezug des sozialen Umfeldes. Es braucht Zuwendung und Interesse am anderen, ohne stets den Druck der Zeit und der Verrechenbarkeit von Leistungen im Hinterkopf. Diese Basis ermöglicht ein professionelles Handeln, das letztlich deutlich weniger aufwändig ist als dasjenige der konventionellen Pflegeorganisationen.

Darum sieht man auf allen Bildern von Buurtzorg neben klassischen Pflegesituationen auch stets Pflegende, die sich bei einer Tasse Kaffee oder Tee mit Klient/-innen oder ihren Familien unterhalten.

Gerade betagte Klient/-innen fühlen sich unwohl, wenn immer wieder neue, fremde Personen in ihrer Wohnung erscheinen. Beziehung kann man nicht zu 10 oder mehr Pflegepersonen aufbauen. Darum ist eines der wichtigsten Prinzipien von Buurtzorg, dass nur ganz wenige Pflegepersonen sich die Arbeit bei einem Klienten teilen.

7.4.6

Vorgehen in der Pflege

1. Erstes Interview, Assessment, Pflegeplan
2. Klärung der Frage: Wie kann die Selbstständigkeit der Klient/-innen weitestgehend aufrecht erhalten bleiben? Welche Hilfsmittel braucht es dazu?
3. Klientennetzwerk koordinieren (Ärzte, Spitäler, direktes Umfeld usw.)
4. Informelles Netzwerk erkennen und aktivieren

Die Reihenfolge, in der Dritte eingebunden werden orientiert sich am «Zwiebelmodell», vgl. Abbildung 13.

Ein Merkmal der holländischen Gesundheitsversorgung ist, dass sehr früh Ergo- und Aktivierungstherapeut/-innen beigezogen werden. Sie unterstützen beim gezielten Training zum Erhalt der Fähigkeiten, decken jedoch auch Bedürfnisse nach Teilhabe an der Gesellschaft ab. In der Schweiz stellen auch Fachangestellte Betreuung, Soziokulturelle Animator/-innen oder Gemeindegemachteter/-innen geeignete Berufsprofile dar.

7.4.7

Konkreter Alltag einer Pflegefachperson

Klientenbesuche (nach Schichtplan):

- Morgen 08.00-12.00/13.00
- Nachmittag 16.00-18.00
- Abend 19.00-22.30
- Piketttelefon 24/7

- Büro/Administration
- Unterstützung Kolleginnen/Auszubildende usw.
- Teammeeting
- Assessments für Klient/-innen (inkl. Re-Assessments)
- Treffen mit Ärzten, Therapeuten, Familienmitgliedern
- Planung Einsätze
- Teamtelefonat

Alle Mitarbeitenden beteiligen sich an allen Arbeiten, unabhängig von ihrer Ausbildung.

7.5 Wichtige Grundprinzipien der Unternehmens- organisation

7.5.1

Das Prinzip «Keep it small and simple» (Behalte alles klein, einfach, überschaubar)

Dies ist eines der wichtigsten Prinzipien, das auch heute noch bei Buurtzorg stets als Leitlinie für alle Neuerungen und Entwicklungen steht.

Zu hohe Komplexität der Dinge überfordert Menschen:

Fachleute wie Klient/-innen. Alle Aktivitäten und Aufgaben sollen also – trotz unbestritten vorhandener Komplexität – einfach verständlich, unkompliziert zu handhaben, transparent, genau auf die Bedürfnisse der involvierten Menschen ausgerichtet und – last but not least – nachvollziehbar sein.

Beispiel: Das Assessment in der Pflege muss ohne grosse Schreibearbeit mit wenigen Klicks rasch und einfach vorgenommen werden können. Dafür müssen die Vorlagen genau das vorwegnehmen, was die Pflegenden je nach Krankheitssituation antreffen.

Es ist auch angesichts eines sehr starken Wachstums von Buurtzorg gelungen, diesem Prinzip treu zu bleiben.

7.5.2

Das Prinzip der Selbstorganisation – optimale Autonomie und keine Hierarchie³

In der ambulanten Pflege arbeiten die meisten Pflegekräfte seit je her weitgehend auf sich selbst gestellt. Buurtzorg erhebt dieses Arbeiten zum Prinzip. Das Ziel ist die optimale Autonomie von kleinen Einheiten,

Abbau von Hierarchien und Aufbau von Vertrauen.

Es werden kleine Teams von 8-12 Fachkräften gebildet, die sich im Alltag ihrer Arbeit gleichberechtigt selbst organisieren und nicht mehr einer direkten Führung unterstellt sind. Sie erhalten den Auftrag, in einem bestimmten geografischen Gebiet (mit rund 5000-10000 Einwohnern) einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung zu leisten. Es gibt keine direkten Vorgesetzten mehr.

Die Teams sind verantwortlich für die eigene innere und äussere Organisation, die Auslastung (Aufträge) und den gesamten Pflegeprozess, den sie selbst steuern.

Dabei stehen sie meist in Konkurrenz zu bereits bestehenden Organisationen der öffentlichen Hand, müssen sich also durch ihre Qualität und Arbeit durchsetzen, um erfolgreich sein zu können. Sie knüpfen Kontakte zu Ärzten, Apotheken, Spitälern, Pflegeinstitutionen, therapeutischen und sozialen Beratungsdiensten und bauen sich damit in ihrem Wirkungsfeld ein tragfähiges Netz von interagierenden und zuweisenden Fachleuten auf. Dies tun sie in völlig eigenständiger unternehmerischer Verantwortung.

Genau wie in der Pflege mit den Klienten orientieren sich Teams in der Zusammenarbeit an Leitlinien. Eine davon empfiehlt den Pflegenden jährlich wechselnde Rollen im Team: So gibt es eine Planer/-in, eine Schatzmeister/-in, eine Qualitätsprüfer/-in, eine Entwickler/-in und eine Mentor/-in.

Alle Einsätze und Aktivitäten werden von der Gruppe selbstständig geplant. Grundsätzlich entscheiden die Teams demokratisch und einstimmig, wie sie vorgehen wollen. Um Diskussionen und Entscheidungsfindungsprozesse zielgerichtet und nachhaltig gestalten zu können, durchlaufen alle Teams zu Beginn ein Training. Eine Regel der Entscheidungsfindungsprozesse lautet: «Wenn niemand einen besseren Vorschlag bringt gilt der letzte als angenommen.»

³ Quelle: Van Roessel G. (2019). Präsentation Workshop Buurtzorg. Buurtzorg International

In diesen, für viele ungewohnten, Teamprozessen werden die Teams während des Aufbaus, aber auch später sorgfältig von einem Coach begleitet. Es wird gezielt an gegenseitiger Offenheit, Vertrauen und Selbstverantwortung gearbeitet.

Nach dem Aufbau wird der Coach nur noch aktiv, wenn das Team ihn ruft. Das Team entscheidet, ob es Hilfe braucht. Der Coach ist sehr eng mit der Zentrale von Buurtzorg verbunden und vertritt die Idee der Selbstorganisation selbst mit Überzeugung. Er betreut in der Regel eine ganze Region mit bis zu 40 Teams. Er führt das Team nicht, sondern hilft ihm, zu Entscheidungen und zu Klarheit zu finden und Konflikte zu lösen. Er gibt Anregungen, fragt nach, respektiert die Meinungen des Teams, sorgt aber auch dafür, dass die Grundideen von Buurtzorg nie aus dem Auge verloren werden.

Interessanterweise finden die meisten Teams bald zu einer engen und weitgehend störungsfreien Zusammenarbeit und die Coaches werden zwar gebraucht, aber weniger als vielleicht erwartet werden könnte. Dies hängt u.a. mit der klaren, einfachen und sehr hilfreichen Unterstützung aus der Zentrale zusammen.

Frederic Laloux, Autor eines vielbeachteten Werks über das Leben und Arbeiten in Organisationen, schreibt zu Selbstorganisation:

«Selbstorganisation ist ein Zauberwort der modernen Arbeitswelt. Kleine, überschaubare Teams übernehmen Verantwortung für bestimmte Ergebnisse und organisieren sich weitgehend selbst, ohne von einem Vorgesetzten in den Details geführt zu werden.

Im Mittelpunkt steht ein Team, das eine bestimmte Aufgabe hat und sich gemeinsam nach Kräften und Fähigkeiten darauf konzentriert. Es organisiert sich nach bestimmten Regeln, jedoch so, dass alle aufeinander achten und sich mit ihren Beiträgen auf ein Ziel hin ausrichten. Die Welt wird als ein Ort der individuellen und kollektiven Entfaltung verstanden. Das Ego und die starke Konkurrenz untereinander stehen nicht im Vordergrund. Vielmehr ist es die Suche nach Ganz-

heit, nach durchaus selbstbestimmter Zugehörigkeit zu einer Gruppe, nach der sich viele Menschen sehnen. Nach einem Umfeld, das sie eigenaktiv, intuitiv und selbstbestimmt mitgestalten und mit anderen zusammen verantworten können. Vieles passiert spielerisch, es wird geprobt und auch wieder verworfen, wenn es nicht geklappt hat. Man wird dafür ja nicht von einem Vorgesetzten in den einzelnen Schritten bewertet. Es zählt der Erfolg des Ganzen, des Teams, der Gruppe. Jüngere Menschen suchen diese Art von Arbeit zunehmend, wollen sich freier und kreativer mit ihren Stärken einbringen können»⁴

Firmen aus verschiedenen Branchen nutzen diese Art von Organisation heute bereits mit gutem Erfolg. So gibt es Beispiele in der IT-Entwicklung, in der Forschung (verschiedenste Branchen) oder eben in der Pflege.

7.5.3

Integrale IT – Strikte Trennung von Pflege und Administration⁵

Zusammen mit seinen Mitgründern entwickelte Jos de Blok die Vision einer integralen IT-Unterstützung, die alle wichtigen Aufgaben, die in einem Betrieb der ambulanten Pflege anfallen, abzudecken vermag. Insbesondere sollten die Teams soweit wie möglich von Administration entlastet werden. Sie arbeiten mit Tablets und können alles auf diesem Gerät erledigen, was für die Dokumentation wichtig ist.

Da am Markt kein umfassendes Programm vorhanden war, gründete man eine eigene IT-Firma und entwickelte das Produkt selbst. Anstelle der verschiedenen Einzelprogramme wurden miteinander vernetzte webbasierte Plattformen entwickelt für die verschiedenen Fachbereiche Pflege, Weiterbildung und Erfahrungsaustausch, Organisation, Dokumentation, Finanz- und Rechnungswesen, Personal und Statistik, Outcome.

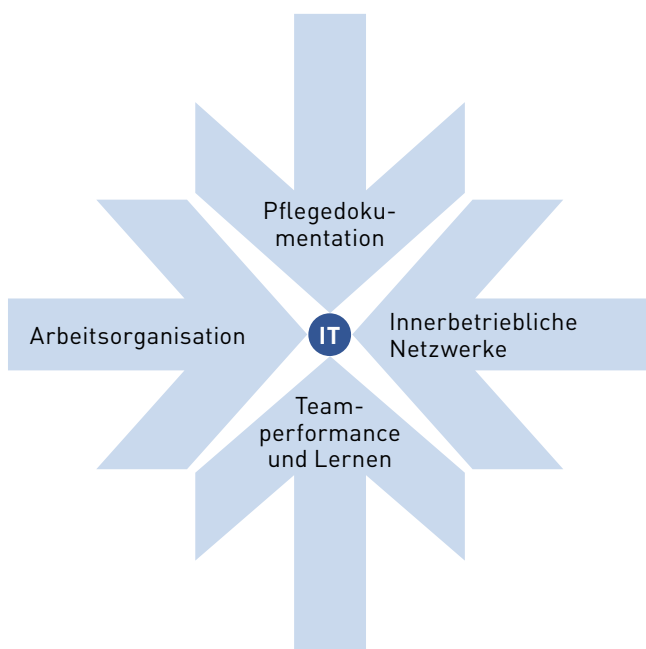
⁴ Laloux, F., & Wilber, K. (2017). Reinventing organizations: Ein illustrierter Leitfaden sinnstiftender Formen der Zusammenarbeit. Vahlen.

⁵ Middendorp Oude E. (2019). IT@Buurtzorg. Präsentation Workshop Buurtzorg. Buurtzorg International.

Gefällt eine Entwicklung den Teams nicht, gilt sie als nicht gut genug, auch wenn es noch so gut gemeint war. Dazu der CEO der IT-Firma von Buurtzorg, Edwin Oude Middendorff: Eine einfache Servicelandschaft zu kreieren, die wirklich den Bedürfnissen der Fachpersonen der Pflege entspricht und verständlich ist, ist sehr, sehr anspruchsvoll, sie zu halten und weiter zu entwickeln, sogar noch schwieriger. Nur was wirklich nützt und den Alltag leichter macht, taugt. Alles andere ist unter die Rubrik Business Zombies einzuordnen.

Die Anwendungen werden stets den Bedürfnissen der Praxis angepasst und verbessert. Abbildung 14 bildet beispielhaft die Leistungsbereiche für die Pflege schematisch ab.

Abbildung 14:
IT-Vernetzung bei Buurtzorg⁶



⁶ Adaptierte Quelle: Präsentation Edwin Oude Middendorff, Präsentation Workshop Buurtzorg, Buurtzorg International.

Arbeitsorganisation

- a) Angestelltenportal: HR und Kommunikation mit Buurtzorg Back Office
- b) Einsatzplanung (verschiedene Tools je nach Arbeitsschwerpunkten)
- c) Zeiterfassung

Pflegedokumentation

- a) Basierend auf dem Omaha-System (vgl. Kasten), welches sowohl die Tätigkeit erfasst, wie auch die Feststellung der Wirkung der Pflgetätigkeit ermöglicht, vgl. Kasten unten.
- b) Pflegeassessment
- c) Pflegeziele
- d) Pflegeplanung
- e) Ergebnisüberprüfung

Das Omaha-Klassifikationssystem⁷ (englisch: The Omaha System) ist seit 1992 von der American Nurses Association (ANA) anerkanntes und in den frühen 1970er und 1980er auf Initiative der Visiting Nurse Association (VNA) entstandenes Klassifikationssystem für die Gesundheits- und Krankenpflege.

Das System dient der Erfassung und Beurteilung individueller Pflegeprobleme im Rahmen des Pflegeprozesses und erlaubt auch die Feststellung der Wirkung der Pflege (vgl. Prozessmessung Pflege → Outcome). Bei jedem Klientenbesuch wird einerseits festgehalten, was gemacht wird, andererseits der Zustand der Klient/-innen festgestellt. Dies lässt Schlüsse auf die Wirksamkeit der gewählten Pflegemethode zu.

⁷ <http://www.omahasystem.org>

Teamperformance und Lernen

- a) Transparente Rückmeldung zu den Leistungen des Teams in Form von Kennzahlen und einfach verständlichen Grafiken (mit Vergleichen zur Gesamtleistung von Buurtzorg (wöchentlich)
→ jedes Team weiss jederzeit genau, wo es leistungsmässig steht
- b) Verschiedene Lernplattformen zu wichtigen und/oder aktuellen Pflege-themen

Innerbetriebliche Netzwerke

Analog bekannten sozialen Netzwerken

- a) Austausch von Erfahrungen
- b) Gegenseitige Hilfe bei Problemen (vgl. Pflege-/ und Fehlerkultur)

7.5.4 Bildung

Eine gute Bildung seiner Mitarbeitenden ist das Kapital jedes Unternehmens. Bei Buurtzorg wird jährlich 2-3% des Umsatzes für Bildung zur Verfügung gestellt und auf Antrag der einzelnen Teams zugeteilt. Dazu gehören Ausbildungen für Spezialpflege und Ausbildungen im Tertiärbereich.

7.5.5 Das Backoffice

Das Backoffice, eine Art Zentrale, stellt sicher, dass die Tarife verhandelt sind, die Leistungen verrechnet, die Löhne und Steuern gezahlt, die Unternehmensabschlüsse und Statistiken erstellt und die IT entwickelt werden.

Aus der Zentrale erhalten die Teams auch unkomplizierte und schnelle Hilfe bei Personalfragen und -problemen, bei Fragen der gezielten Weiterbildung sowie bei organisatorischen und infrastrukturellen Aufgaben (Materialeinkauf, Miete von Räumlichkeiten, Kauf von Autos usw.).

Ganz ohne Führung kommt auch Buurtzorg nicht aus. Ein Team von 5-6 Personen ist in der Zentrale zuständig für die einzelnen Themenbereiche Pflege, Coaching, Qualität, Unternehmensentwicklung, internationale Beziehungen, Finanzen und Administration, Personal und IT. Die Entscheidungen werden in der Gruppe getroffen. Das letzte Wort hat allerdings Jos de Blok; er hütet auch die Ideen der Selbstorganisation und der Selbstverantwortung der Pflegeteams gemäss Aussagen einzelner Mitglieder dieser Gruppe wie kein anderer und sorgt dafür, dass sie im Alltag nicht verwässert werden. Dabei wird in Kauf genommen, dass es Teams gibt, die Neuerungen in der Pflege manchmal nicht sofort annehmen oder andere Wege gehen wollen. Wie in anderen Organisationen ist die einheitliche Qualität auch hier ein steter Balanceakt, der sehr sorgfältig im Auge behalten und auch immer wieder thematisiert werden muss.

7.5.6 Einheitstarif und Globalbudget

Buurtzorg verhandelte von Beginn an einen Einheitstarif und ein Globalbudget mit der öffentlichen Hand und den Versicherungen. Der Tarif liegt leicht über dem Tarif der öffentlichen Spitex. Er gilt für alle Handlungen, die in direktem Zusammenhang mit der Arbeit im Kontakt mit Patienten stehen. Das Kostendach orientiert sich am durchschnittlichen Stundenaufwand pro Patient und an einer Entwicklungsziffer, die sich an der Nachfrage (steigend oder sinkend) anlehnt. Damit wurde ein wesentlich einfacheres Abrechnungssystem möglich, das auch den administrativen Aufwand geringer werden liess.

Wegzeiten gehören z.B. nicht zu den verrechenbaren Arbeitszeiten; sie sind aber ein sehr wichtiger und durchaus beeinflussbarer Kostenfaktor. Darum organisieren sich die kleinen Teams auch so, dass die einzelnen Mitglieder möglichst in der Nachbarschaft oder innerhalb ihres Tätigkeitsfeldes wohnen. Das verkürzt ihre eigenen Wege zur Arbeit, vermindert aber auch die Wegzeiten zu den Klienten.

7.5.7 Fakten und Daten im Überblick⁸

Tabelle 11:
Buurtzorg Zahlen und Fakten im Überblick

		2018/2019
Anzahl Klient/-innen		ca. 80000
Marktanteil NL		20%
Kundenzufriedenheit		9 Punkte (von 10)
Anzahl Mitarbeitende in Teams (Pflege)	ca. 1 000 Teams	11 000 Mitarbeitende
Hauswirtschaftliche Dienste		4 000 Mitarbeitende
Wachstum pro Jahr		ca. 1 200 Mitarb.
Pflege mit Grundausbildung	30%	
Pflegende mit höherer Fachausbildung	70%	
Anzahl Mitarbeitende im Backoffice	(Ratio 1:258)*	58
Coaches		22
Eigene IT-Firma (separat organisiert)		
Anzahl verrechenbare Pflegestunden pro Klient/-in		108 (NL:158)
Einheitstarif pro Stunde (mit den Klient/-innen) in Euro		63.50**(NL)
Vorgabe: Verrechenbare Stunden		60%
Kosteneinsparungen gegenüber. herkömmlichen Pflegemodellen		ca. 40%
Gesamtumsatz in Euro		400 Mio.
Reingewinn pro Jahr		ca. 9 Mio
Eigenkapital		40 Mio.
Gemeinkosten		7.5% (NL: 25%)
Administration, IT, Weiterbildung***	2-3% (ca. 8-10 Mio.)	Fest geplant
Krankenstandsquote		4-5% (NL: 7.5%)
Mitarbeiterzufriedenheit		9 Punkte (von 10)

* 1 Mitarbeiter Administration auf 258 Mitarbeitende in Pflege und Hauswirtschaft

** Einheitstarif für alle Arbeiten mit dem Patienten (ohne Weg, Administration, Teamsitzungen, Weiterbildung usw.)

*** Neben den Austausch- und Lernplattformen, die jede Fachperson selbstständig nutzen kann, gibt es kein weiteres internes Weiterbildungsprogramm. Für die Pflege werden diverse Studiengänge und Spezialausbildungen an höheren Fachschulen, Fachhochschulen und Universitäten mitfinanziert.

⁸ Grasberger, Ch., Hennessey, R & de Blok, J. Selbstorganisation führt zu Lebensqualität. Zeitschrift Lebensqualität (Ausgabe 01/19, S. 29). Stiftung Lebensqualität

7.6 Erfahrungen mit Umsetzung des Modells Buurtzorg in der Schweiz

Spitex Limmat, Zürich⁹

2018 begann in der Spitex Limmat Zürich die Umstellung auf das Modell Buurtzorg, nachdem eine interne Analyse einen ähnlichen Handlungsbedarf aufzeigte wie unter 7.3 beschrieben. Diese Spitexorganisation hat 1500 Mitarbeitende in 10 Spitexzentren und deckt den grössten Teil des Stadtgebiets Zürich mit Spitexleistungen ab (ausser Albisrieden, Affoltern, Enge, Wollishofen und Leimbach, die von der Organisation Spitex Zürich Sihl mit ca. 450 MA versorgt werden). Die Spitex Zürich Limmat arbeitet mit öffentlichem Leistungsauftrag. Es wurde 2018 eine nicht gewinnorientierte Aktiengesellschaft gegründet, damit die Möglichkeit bestand, unter diesem Dach auch andere Firmen mit eigener Rechnung zu führen (z.B. für Spezialpflege oder Betreuung). Die Trägerschaft ist nach wie vor ein Verein. Die Stadt Zürich als Leistungsauftraggeberin ist darin nicht vertreten. Dies ist im Moment Gegenstand von Verhandlungen; die Stadt möchte ihren Einfluss in der Entwicklung der grössten Spitex im Kanton Zürich ebenfalls einbringen.

Das neue Organisationsmodell startete mit einem Pilotprojekt im Spitexzentrum Schwamendingen (rund 30T Einwohner/Innen). Der Aufbau von selbstorganisierten Teams war zeitintensiv, aber auch spannend. Die vorliegende Auswertung nach der Pilotphase überzeugte in hohem Masse, sodass entschieden wurde, ab 2019 die ganze Organisation umzustellen (Geschäftsbericht 2018, S.5). Die Umsetzung basiert vor allem auf den Vorteilen der Selbstorganisation. Die IT wurde nicht umgestellt, Gemäss CEO Christina Brunnschweiler

ler hätte dies den Wagen überladen. Die Spitex Zürich Limmat arbeitet mit dem Programm Perigon Mobile einer IT-Firma aus der Ostschweiz, dem gleichen Programm, das auch im Kanton Schwyz Anwendung findet. In die neuesten Entwicklungen dieses Programms sind in den letzten drei Jahren unter dem Einfluss von Zürich viele Ideen von Buurtzorg eingeflossen. Die Spitex Zürich lässt sich während des ganzen Prozesses von Buurtzorg International beraten.

Insgesamt werden rund 58 Teams entstehen, die je ihre Leistungsgebiete in der Stadt zugeteilt erhalten. Sie werden immer noch eng von Coaches begleitet; es wird ein Coach für ca. 8 Teams eingesetzt. In allen Teams arbeiten HF, FAGE und Pflegehelferinnen (letztere mehr für Hauspflege und einfache Verrichtungen). Die bisherigen Stützpunkte wurden alle beibehalten. Jedes Team erhält im Stützpunkt einen eigenen Raum, in dem die laufenden Aufgaben erledigt werden können. Pro Stützpunkt gibt es auch gemeinsame Aufgaben, die unter den Teams selbstständig aufgeteilt werden. Für die spezialisierte Demenzpflege wurden pro Zentrum 1 bis 3 eigene Teams gebildet, die beigezogen werden können und Arbeit mehr im Sinne von Social Care (Anleitung zur Betreuung durch das Umfeld) leisten. Auch für die Palliative Care gibt es Spezialistenteams. Für die Nachtdeckung des ganzen Gebiets ist ein einziges Team zuständig (und nicht immer ausgelastet!). Spitex Limmat bietet jährlich rund 40 Ausbildungsplätze an.

Finanziell arbeitet die Spitex Zürich Limmat immer noch mit dem geltenden Pauschalensystem und Restfinanzierung der Stadt. Verhandlungen mit den Versicherungsgruppen für eine Vollpauschale mit Kostendach sind im Gang. Diese seien sehr interessiert und einem Pilotversuch nicht abgeneigt.

CEO Christina Brunnschweiler ist überzeugt, dass sich die Umstellung bereits jetzt gelohnt hat. Sie sei sehr komplex und eine grosse Herausforderung für alle Beteiligten. Aber bereits jetzt gelinge es, die Überregulierung abzubauen, die Administration zu reduzieren, die Selbstständigkeit der Teams zu

⁹ Spitex Zürich Limmat (2019). Jahresbericht 2018; Spitex Zürich Limmat (2020). Jahresbericht 2019; Brunnschweiler, Ch. (2019). Umsetzung des Buurtzorg-Modells in der Schweiz. Spitex Schweiz; Interview mit Ch. Brunnschweiler, September 2020

erhöhen, die Zufriedenheit sowohl von Mitarbeitenden wie auch Klienten zu verbessern. Die Nachfrage sei in den letzten Monaten deutlich gestiegen, trotz oder gerade wegen Corona. In der Rekrutierung von Fachkräften sei der Druck deutlich gesunken. Die zuständigen Pflegefachkräfte seien heute viel besser und direkter zu erreichen, die Wege in dieser grossen Organisation einfacher geworden. Im Moment wird daran gearbeitet, auch die Führungsebene umzustellen. In Zukunft wird ein Team den Betrieb führen.

Die Umstellungskosten liegen bei rund 5 bis 6 Mio. Franken. Sie wurden über die laufende Rechnung verbucht. Christina Brunschweiler rechnet für 2020, auf Basis der bisherigen Finanzierung gesehen, erstmals mit ausgeglichenen Zahlen oder sogar einem kleinen Gewinn.

7.7 Zusammenfassung

Das Geschäftsmodell Buurtzorg ist ein integrales Geschäftsmodell der ambulanten Pflege, welches alle wichtigen Faktoren der Leistungserbringung, der Patientennähe, der Pflege, der Personalgewinnung und -entwicklung und der Wirtschaftlichkeit berücksichtigt. Diese Faktoren für eine gute Pflege werden für ein zukunftsfähiges günstiges Angebot gebündelt. In der Firma selbst gibt es selbstverständlich verschiedene Entwicklungsprojekte, aber sie stehen in einem engen Zusammenhang untereinander und beeinflussen sich gegenseitig, da ihr Erfolg und ihre Ziele immer auf dem Hintergrund der Gesamtperspektive auf alle Faktoren beurteilt werden.

Die von Buurtzorg geförderten Überlegungen werden in Holland auch von anderen Institutionen der ambulanten Pflege aufgenommen, aber teils abgewandelt umgesetzt.

Europaweit werden verschiedenste Modelle erprobt, um die ambulante Pflegeversorgung der Bevölkerung möglichst effektiv zu gestalten. Buurtzorg ist es gelungen, die Spitexpflege an ihren Ursprung zurückzuführen und mit Blick auf die folgenden, insgesamt acht Dimensionen neu aufzustellen:

Die acht Dimensionen von Buurtzorg

Mensch und Umfeld im Zentrum. Die persönliche Beziehung zu den Klienten und ihrem Umfeld steht im Mittelpunkt der ganzheitlichen Versorgung. Die Leistungen orientieren sich an Bedürfnissen des Klienten und am Potenzial, ihre Selbstständigkeit zu entwickeln und ihre Lebensqualität zu verbessern. «Selbstständigkeit fördern» als Leitsatz.

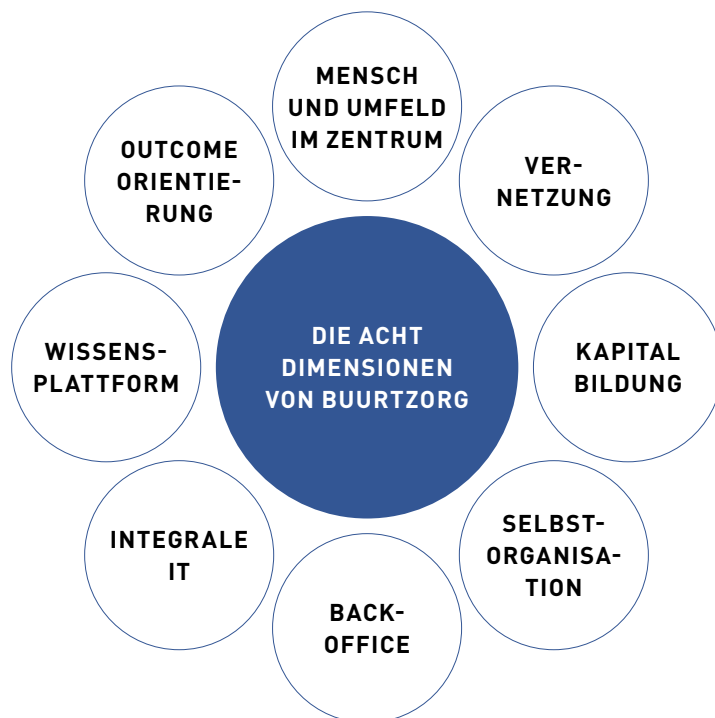
Vernetzung. Die Pflegenden unterhalten Netzwerke zu Hausärzten, Freiwilligen, zu Heimen und weiteren Versorgern. Funktionierende Netzwerke ermöglicht ein proaktives Vorgehen und individuelle Lösungen. «Miteinander präventiv sorgen» als Leitsatz.

Kapital Bildung. Das «Betriebsmittel» der Spitex sind die Fähigkeiten und Kompetenzen der Mitarbeitenden. Das ermöglicht auch die Kompetenzentwicklung der Klienten. Darum wird in die Bildung der MitarbeiterInnen investiert. Pflegeexpertinnen können von den Teams bei Bedarf kontaktiert werden. «Fachliche Kompetenz aufbauen und teilen» als Leitsatz.

Selbstorganisation. Die Pflegenden arbeiten in kleinen, selbstorganisierten Teams. Coaches unterstützen den Teamprozess. Pflegenden treffen fachliche und organisatorische Entscheidungen selbst. Dies entspricht der Spitex-DNA: Proaktive Angebote und individuelle Lösungen selbst entwickeln und verantworten. «Selbst Verantwortung übernehmen» als Leitsatz.

Backoffice. Die Administration ist von der Pflege getrennt. Die Prozesse sind standardisiert. Das System dient den Pflgeteams. «Administration reduzieren» als Leitsatz

Integrale IT. Eine webbasierte IT-Plattform unterstützt die pflegerischen, administrativen und unternehmerischen Prozesse fließend auf allen Ebenen: Alle Prozesse sind in einem einzigen System ohne Schnittstellen abgebildet. «Bedürfnisorientierte Lösung aus einem Guss» als Leitsatz.



Wissensplattform. Das Intranet als Wissensplattform und Pulsmesser ist Treiber für die ständige Organisationsentwicklung. Die Teams verfolgen gemeinsame fachliche und wirtschaftliche Ziele, kontrollieren ihre Ergebnisse und vergleichen sich mit anderen Teams. «Gemeinsam Lernen und Entwickeln» als Leitsatz.

Outcome-Orientierung. Pflegenden bestimmen eigenständig den Pflegebedarf und passen Handlungen laufend an. Die Leistungen werden mit einem Einheitstarif pro Stunde vergütet. Die erzielte Wirkung der Pflege beim Klienten wird erfasst. Durch Outcome-Messung überprüfen Pflegenden ihre Wirtschaftlichkeit, kompetente Pflege lohnt sich. «Ansporn zu kompetenter Pflege» als Leitsatz.

Dieses Denkmodell dient als Basis für das Umsetzungsmodell 3 in Kapitel 8.3.

Spitex
im Kanton
Schwyz:

Wege
in die
Zukunft

8

Umsetzungsvarianten im Kanton Schwyz

Einführung

Die drei folgenden Umsetzungsvarianten (Modelle) orientieren sich an den Strategien und Zielen, welche verfolgt, bzw. angestrebt werden sollen, damit sich die öffentliche Spitex den aktuellen Herausforderungen stellen kann. Dabei wird anerkannt, dass sich die Spitex in den vergangenen rund 30 Jahren wesentlich weiterentwickelt hat. Aus gemeinnützigen Vereinen, finanziert durch Mitgliederbeiträge und Spenden, freiwilligen Beiträgen der öffentlichen Hand und Geld aus der «AHV-Kasse» sind professionelle Dienstleister der öffentlichen Gesundheitsversorgung geworden. Haben in der Vergangenheit das Krankenversicherungsgesetz (KVG, 1994), das neue kantonale Gesundheitsgesetz (2002) und die Neuordnung der Pflegefinanzierung (2010) die Entwicklung der Spitex gepusht, so sind es aktuell die in Kapitel 4 dargestellten Herausforderungen und auch die neue Pflegeheimplanung des Kantons, welche eine Stärkung der ambulanten Versorgung fordert, was einen Entwicklungsschub auslösen sollte.

8.1

Modell 1: «Spitex 2020»

(«im bisherigen Tempo weiter ...»)

Umschreibung des Modells:

Die Weiterentwicklung der öffentlichen Spitex erfolgt im bisherigen Rahmen.

- Die BO entwickeln sich auf Stufe Betrieb weiter, im Auftrag ihrer Trägerschaft, teils in Abhängigkeit von den Gemeinden als wesentliche Mitfinanzierer.
- Der SKSZ fördert und unterstützt die einzelnen BO («seine Mitglieder») bei der Verwirklichung ihrer Ziele, Aufgaben und Interessen (s. Statuten des SKSZ). Die Mitwirkung des SKSZ erfolgt im Rahmen

der jährlichen Tätigkeitsprogramme, welche von den Präsidenten/-innen der BO (Präsidentenkonferenz) zur Kenntnis genommen werden und dafür die erforderlichen Mittel sprechen (Budgetgenehmigung).

- Künftige Tätigkeitsprogramme berücksichtigen die Strategien und Ziele der vorliegenden Vorstudie, soweit die verfügbaren Mittel dies zulassen. So könnten beispielsweise eine Bildungsstrategie, der Aufbau eines Pflegeexpertennetzwerkes, der 24 / 7-Dienst für Palliative Care, ein Modell für Hauswirtschaft & Betreuung usw. schrittweise umgesetzt werden.
- Anpassungen/Änderungen der Organisation (z. B. Zusammenschlüsse von Spitexorganisationen, Zusammenlegen von Teilaufgaben wie Buchhaltung usw.) werden den einzelnen Organisationen überlassen.

Auswirkungen:

- Die mittelfristigen (Zeithorizont der Vorstudie: 2030) Auswirkungen von «Spitex 2020» können nicht bestimmt werden, da keine Verbindlichkeiten bestehen. Grössere Entwicklungsprojekte wie ein umfassender Ausbau der spezialisierten Pflege (mit Bedarf nach ausreichend Personal mit hoher und spezialisierter Qualifikation, nach Weiterbildung, Nachtdeckung usw.) oder ein Projekt zur Aus- und Weiterbildung und Personalgewinnung erfordern zusätzliche finanzielle Mittel und damit die Zustimmung der Auftraggeber (Gemeinden).
- Das Modell «Spitex 2020» erfordert keine rechtlichen Anpassungen. Würde jedoch beispielsweise ein Entwicklungsprojekt eine flächendeckende Sicherstellung palliativer Pflege durch die Spitex fordern, wäre eine Verpflichtung der Gemeinden zur Nachtdeckung (24/7) zu prüfen (Änderung der Pflegefinanzierungsverordnung).

- Aufgrund der Entwicklung in den letzten Jahren ist davon auszugehen, dass der Mehrbedarf an Spitexleistungen, der sich insbesondere aus der demografischen Entwicklung ergibt, weiterhin grossmehrerheitlich durch private Anbieter geleistet wird. Eine anhaltende Einbusse an Marktanteil wird es der öffentlichen Spitex erschweren, die unter Kap. 6 formulierten Strategien zu verfolgen und die Ziele in angemessener Zeit zu erreichen.

Kosten und Finanzierung:

- Zu den Kosten für Entwicklungen auf Stufe BO sind keine Aussagen möglich. Das Modell überlässt es jeder Spitexorganisation, mit welchen Massnahmen, nach welchem Zeitplan und mit welchen finanziellen Mitteln sie in die Weiterentwicklung investiert.
- Die Unterstützung des SKSZ bei gemeinsamen Weiterentwicklungsprojekten erfolgt gemäss den jährlichen Tätigkeitsprogrammen und mit den Mitteln, welche die jährliche Präsidentenkonferenz als Vertretung der einzelnen Organisationen mit Genehmigung der Budgets zur Verfügung stellt. 2020 stehen dem Spitexverband rund Fr. 266 000.00 für seine Tätigkeit zur Verfügung. Davon stammen rund Fr. 220 000.00 von seinen Mitgliedern, Fr. 30 000.00 aus dem eigenen Projektfonds und der Rest aus Weiterverrechnungen. Nach Abzug der Aufwendungen für Drittleistungen, Beiträge an Verbände (z. B. SVS), Overhead und Öffentlichkeitsarbeit im Betrag von rund Fr. 95 000.00 sowie dem Aufwand für seine laufende Tätigkeit (s. Kap. 3.1.4) stehen dem Verband nur noch sehr beschränkte Mittel für eigentliche Entwicklungsprojekte zur Verfügung.

Bewertung durch den SKSZ-Vorstand:

- Das Modell «Spitex 2020» sieht jährliche Entscheide betreffend Weiterentwicklung vor. Somit stellt es kein mittel- oder langfristiges Entwicklungskonzept dar.
- Es beinhaltet keine Verbindlichkeiten. Entscheide über Investitionen in die Weiterentwicklung erfolgen jährlich ohne Orientierung an einem Gesamtkonzept.
- Die Umsetzung von Projekten mit Kostenfolge und der Aufbau von Strukturen, mit Wirkung über mehrere BO oder den ganzen Kanton (z. B. der organisationsübergreifende Ausbau bei der spezialisierten Pflege, ein Aus- und Weiterbildungskonzept) sind kaum verbindlich zu realisieren.
- Ohne Gesamtkonzept ist fraglich, ob die Gemeinden bereit sind, deutlich mehr Mittel in die Entwicklung der Spitex zu investieren.

Fazit Modell 1 «Spitex 2020»:

- «Spitex 2020» stellt weder für die Gemeinden als Auftraggeber (Finanzierer) noch für die Spitexträger Verbindlichkeiten betreffend einer gemeinsamen Weiterentwicklung dar.
- Das Modell wird die öffentliche Spitex kaum so stärken, wie dies beispielsweise für den Ausbau der spezialisierten Pflege oder für die notwendigen Investitionen in die Aus- und Weiterbildung erforderlich ist.
- «Spitex 2020» wird den Herausforderungen, welche sich aktuell und in den kommenden Jahren, insbesondere aufgrund der demografischen Entwicklung und der Forderung nach «ambulant vor stationär» an die Spitex richten, kaum ausreichend gerecht.
- Der Vorstand lehnt dieses Modell ab.

Gemeinsame Merkmale der Modelle 2 und 3

Projektkosten: Beide Modelle erfordern Umsetzungskosten (Projektkosten). Beide gehen von einer ersten Projektdauer von vier Jahren aus. Während das Modell 2 eine Entwicklung im Rahmen der bestehenden Strukturen vorsieht, erfordert das Modell 3 eine Transformation der aktuellen Strukturen, soweit dies notwendig und möglich ist. Die angestrebten umfassenderen Veränderungen bei Modell 3 erfordern hohe Projektkosten – deutlich höhere als für Modell 2 zur Verfügung gestellt werden müssen –, wie dies die Erfahrungswerte der Spitex Limmat Zürich zeigen (s. Kap. 7.6).

Folgekosten: Beide Modelle streben an, dass die in Kap. 6 formulierten Ziele in hohem Mass erreicht werden. Bei der Umsetzung beider Modelle sind Folgekosten zu erwarten. Diese fallen hauptsächlich als Personalkosten an (Aus- und Weiterbildung, Lohnkosten bei Stärkung der Spezialpflege, Anstellungs- und Arbeitsbedingungen usw.). Eine Schätzung dieser Kosten kann jedoch erst im Rahmen der Umsetzung (Erarbeitung des Umsetzungskonzeptes zum Modell, welches weiterverfolgt wird) ermittelt werden.

Gesamtökonomischer Nutzen: Den Investitionen in die Spitex steht für die Gemeinden bei beiden Modellen mittelfristig ein finanzieller Nutzen gegenüber. Eine starke öffentliche Spitex, welche eine weitere Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich («ambulant vor stationär») ermöglicht und auch Menschen mit mittlerem oder sogar höherem Pflegebedarf zu Hause mit der formellen und informellen Unterstützung ausreichend versorgen kann, entlastet die Gemeinden (s. Kap. 4.7). Wie die Zahlen der Gemeindefinanzstatistiken¹ eindrücklich zeigen, belasten in jüngster Vergangenheit die steigenden Ausgaben für Sozialversicherungen (Ergänzungsleistungen) und Pflegefinanzierung (stationä-

re Langzeitpflege) die Gemeinden zunehmend. Während ihre Aufwendungen für Gesundheit (v.a. Spitex) von 2016 bis 2019 sich lediglich um 3.1% (von 11.0 zu 11.3 Mio. CHF) angestiegen sind, mussten die Gemeinden 2019 19.2% oder 4.8 Mio. Franken mehr (von 25.1 zu 29.9 Mio. CHF) für Sozialversicherungen und sogar 45.8% oder weitere 4.8 Mio. Franken mehr (von 10.3 zu 15.1 Mio. CHF) für die Pflegefinanzierung (stationär) ausgeben als 2016. Gelingt dank einer starken Spitex die Verlagerung von stationär zu ambulant in dem Ausmass, wie sie der Regierungsrat seiner Bedarfsplanung 2018 für die Langzeitpflege zu Grunde gelegt hat, so kann die Entwicklung der oben erwähnten Kosten der Gemeinden gebremst und der Zusatzaufwand zur Stärkung der Spitex mehr als kompensiert werden.

¹ s. www.sz.ch → Kanton → Finanzen → Gemeindefinanzen

M2

8.2 Modell 2: «Spitex Schwyz 2030»

(«Mit grossen Schritten in die Zukunft»)

Umschreibung des Modells:

Die Weiterentwicklung der Spitex erfolgt nach einem Gesamtkonzept, grundsätzlich im Rahmen der aktuell bestehenden Strukturen. Es berücksichtigt, dass sich die in der vorliegenden Vorstudie aufgezeigten Herausforderungen bereits jetzt stellen.

- Der SKSZ entwickelt zusammen mit den BO ein 4-Jahresprogramm. Dieses wird von der Präsidentenkonferenz verabschiedet, laufend aktualisiert und fortgeschrieben.
- Es beinhaltet Teilprojekte, orientiert an den Strategien und Zielen (Kap. 6), eine Priorisierung (Zeitplan), die erforderlichen Ressourcen (personell, finanziell) sowie die weiteren Elemente einer fundierten Projektplanung.
- Das Modell erfordert eine professionelle Projektleitung, welche über ausreichende Kenntnisse der Schwyzer Spitexversorgung verfügt.
- Massnahmen zur Umsetzung einzelner Entwicklungsprojekte mit Auswirkungen auf den ganzen Kanton oder allenfalls auf einzelne Teilregionen (z. B. Innen, Mitte, Aussen) werden, wenn möglich (wenn die Mittel zur Verfügung gestellt werden) solidarisch umgesetzt. Für Massnahmen mit Auswirkung auf die einzelne BO bleiben die Kompetenzen zur Umsetzung wie bisher bei der jeweiligen Organisation.
- Ein begleitendes Teilprojekt «Sensibilisierung der Bevölkerung und der Politik» stärkt das Bewusstsein, dass eine starke öffentliche Spitex einem wichtigen Anliegen der älteren Bevölkerung («möglichst lange zu Hause bleiben»)

entspricht und auch von gesamtökonomischem Nutzen ist (Entlastung EL und der Restfinanzierung Pflege in den stationären Einrichtungen). Es schafft die Grundlage zur nachhaltigen Finanzierung einer starken öffentlichen Spitex.

- Anpassungen/Änderungen der Organisation (z. B. Zusammenschlüsse von Spitexorganisationen, Zusammenlegen von Aufgaben der Administration) werden den einzelnen Organisationen überlassen.

Auswirkungen:

- Das Modell ermöglicht, kurzfristig erste Entwicklungsprojekte (im Rahmen des Gesamtkonzepts) zu realisieren (z. B. die von den BO geforderte Stärkung und Zusammenarbeit bei der spezialisierten Pflege sowie die Nachtdeckung).
- Die Erarbeitung eines Gesamtkonzeptes zwingt zur Berücksichtigung der zwischen den Strategien bestehenden Abhängigkeiten. So können beispielsweise die Ziele unter Strategie A (Leistungen) nur realisiert werden, wenn ausreichend und auch den Anforderungen entsprechend qualifiziertes Personal der Spitex zur Verfügung steht (Strategie C).
- Das Modell zwingt nicht zu Änderungen oder Anpassungen der Organisation (z. B. Zusammenschlüsse von Spitexorganisationen). Entwicklung und Umsetzung umfassender Teilprojekte zwingen jedoch zu intensiver Zusammenarbeit der einzelnen teilhabenden Organisationen. Dies kann die Bereitschaft zur Prüfung oder Umsetzung struktureller Änderungen (z. B. Schaffung gemeinsamer Dienste, Zusammenschlüsse) erhöhen (Ziele der Strategie D).
- Das vorliegende Modell erfordert grundsätzlich keine rechtlichen Anpassungen. Allenfalls sind eine Verpflichtung der Gemeinden zur Nachtdeckung (24/7, s. Modell 1) oder eine Änderung der Regelung der Restfinanzierung der stationären

Langzeitpflege (s. Kapitel 4.7) zu prüfen, so dass Gemeinden, welche in eine starke Spitex investieren, auch direkt von den positiven Auswirkungen der Verlagerung von «stationär» zu «ambulant» profitieren können.

Kosten und Finanzierung

- **Umsetzungskosten:** Zur Finanzierung des Gesamtkonzeptes und der Entwicklungsprojekte stellen die Gemeinden den Spitexorganisationen und damit indirekt auch dem SKSZ separate Mittel zur Verfügung und geben damit ihr Bekenntnis zur Stärkung der öffentlichen Spitex ab.
- Für Projektleitung, Begleitgruppe und allenfalls Beratung sind rund CHF 100 000.00 pro Jahr für vorerst 4 Jahre zur Verfügung zu stellen, für die Umsetzung durch die BO mind. weitere CHF 100 000.00 pro Jahr. Dafür wird den Gemeinden ein Spitex-Entwicklungsbeitrag von CHF 2.00 pro Einwohner und Jahr beantragt. Das Modell kann bei einer Mindestbeteiligung von 2/3 der Gemeinden (nach Einwohnern) realisiert werden.
- **Folgekosten und Nutzen:** Strebt das Modell (Gesamtkonzept, Teilprojekte) eine hohe Zielerreichung an, so generiert der künftige Betrieb einer gestärkten Spitex Folgekosten (24/7, Spezialpflege, Bildung). Diesen steht u.a. gegenüber, dass bei einer weiteren Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich eine zunehmende Anzahl ältere Menschen möglichst lange zu Hause bleiben können. Den Gemeinden, denen sowohl die stationäre wie auch die ambulante Langzeitpflege und -betreuung übertragen sind, bringt es den unter den Kap. 4.7 und 8.3 aufgezeigten gesamtwirtschaftlichen Nutzen. Wie in Kapitel 5 aufgezeigt, soll die Weiterentwicklung auch mit einer Effizienzsteigerung einhergehen und damit zu Einsparungen führen.

Bewertung durch den SKSZ-Vorstand:

- Dass Modell erfordert das Bewusstsein einer deutlichen Mehrheit der Spitexorganisationen, dass aktuell Weiterentwicklungsbedarf besteht, sowie die Bereitschaft zu «Schritten in die Zukunft».
- Es bedingt, dass mind. 2/3 der Gemeinden (mit 2/3 der Einwohner SZ) zu den erforderlichen Investitionen in die Zukunft der Spitex bereit sind.

Fazit Modell 2 «Spitex Schwyz 2030»:

- Das Modell «Spitex 2030» berücksichtigt die gewachsenen Strukturen der öffentlichen Spitex mit der starken Verankerung in der jeweiligen Region.
- Es schafft Verbindlichkeiten für eine gemeinsame Weiterentwicklung und auch betreffend Finanzierung der erforderlichen Massnahmen.
- Ein Risiko besteht darin, die unterschiedlichen Erwartungen von 10 eigenständigen Organisationen jeweils für gemeinsame «Schritte in die Zukunft» auf einen Nenner zu bringen.
- Ist eine deutliche Mehrheit der Spitexorganisationen zu einer gemeinsamen Weiterentwicklung gemäss diesem Modell bereit, und eine deutliche Mehrheit der Gemeinden zu verstärkten Investitionen in die Spitex gewillt, so kann dieses Modell den aktuellen und künftigen Herausforderungen an die Spitex gerecht werden.
- Für den Vorstand des SKSZ stellt dieses Modell einen möglichen «Weg in die Zukunft» dar!

M3

8.3 Modell 3: «Spitex Schwyz Futura»

(Mit 7-Meilen-Stiefeln in die Zukunft)

Umschreibung des Modells:

- Die Weiterentwicklung der Spitex erfolgt nach einer klaren Ausrichtung nach den acht Erfolgsfaktoren des holländischen Modells Buurtzorg. Die aktuell bestehenden Strukturen werden transformiert, soweit dies nötig und möglich ist. Es berücksichtigt bisherige Erfahrungen einer Ausrichtung nach Buurtzorg in der Schweiz und in holländischen Organisationen, welche auf das Buurtzorg-Modell wechselten.
- Der SKSZ entwickelt zusammen mit den BO ein Transformationsmodell, das mit einem Pilotprojekt beginnt, gemäss dessen Erfahrungen beteiligte Organisationen schrittweise umstellen. Dieses Transformationsmodell wird von der Präsidentenkonferenz verabschiedet, laufend aktualisiert, überwacht und fortgeschrieben. Lösungen für den Umgang mit bestehenden Strukturen sind aufgezeigt.
- Die Projektplanung orientiert sich an den Strategien und Zielen (Kap. 6). Die Planung schliesst die erforderlichen Ressourcen (personell, finanziell) mit ein.
- Es ist mit einer Umstellungsdauer von ca. 4 Jahren zu rechnen. Es sind damit nicht nur erhebliche politische Prozesse, sondern auch strukturelle und tiefgreifende kulturelle Änderungen verbunden, die sorgfältig geplant und begleitet werden müssen.
- Man kann auch bei diesem Modell auf das bereits Erworbene aufbauen und wird das Vorgehen Schritt für Schritt auf die acht Dimensionen des in dieser Arbeit vorgestellten Modells ausrichten. Das Modell darf nicht einfach blind übernommen werden. Regionale Bedürfnisse sind wichtig und sollen nach wie vor Berücksichtigung finden.
- Der stärkste Knackpunkt liegt in der IT. Es sollte allerdings möglich sein, diese in absehbarer Zeit lizenzmässig von Holland erwerben und mit einem starken Partner in der Schweiz auf hiesige Bedürfnisse anpassen zu können. Die Spitex Zürich Limmat hat viel zur Entwicklung eines schweizerischen IT-Modells beigetragen, erwähnt aber, dass es nur Teile der in Holland entwickelten IT-Lösung abzudecken vermag. In der heute auch im Kanton Schwyz angewandten Schweizer IT-Version flossen über die Spitex Zürich Limmat bereits viele Ideen von Buurtzorg ein.
- Das Modell erfordert eine externe Projektleitung, welche über Akzeptanz und ausreichende Kenntnisse der Schweizer Spitexversorgung verfügt, im Idealfall ist dies die/der zukünftige CEO.
- Ein begleitendes Teilprojekt «Sensibilisierung der Bevölkerung und der Politik» stärkt das Bewusstsein für eine starke öffentliche Spitex und erklärt den Grundgedanken von «die Klient/-in steht im Zentrum», «Pflegeentscheide trifft die Pflege», der Einbezug von Dritten, usw.
- Der Transformationsprozess wird nur angestossen, wenn sich eine 2/3-Mehrheit (nach Einwohner/-innen) findet.

Auswirkungen:

- Das Modell führt zu Änderungen oder Anpassungen der Organisationen (z. B. Selbstständigkeit von kleinen Pflegeteams, Aufbau einer gemeinsamen Dienstleistungszentrale, Teams mit spezialisierter Pflege, Outputorientierung, gemeinsames Bildungskonzept usw.). Damit verbunden ist ein starker Kulturwandel (von der hierarchisch geführten zur sich selbst organisierenden, selbstverantwortlichen, teamorientierten

Organisation), der tiefgreifende Änderungen im Selbstverständnis aller Mitarbeitenden mit sich bringen wird.

- Die Vorbildfunktion einer/eines neuen CEO und einiger weniger überzeugter Mitverantwortlicher ist zentral.
- Eine hohe Zielerreichung ist wahrscheinlich: Nachtabdeckung, Aus- und Weiterbildung, attraktive Anstellungsbedingungen, Fallmanagement, Betreuung, Steigerung der Pflegequalität, Zufriedenheit der Pflegenden und Verweildauer im Beruf, usw.)
- Die neue Organisation kann agil reagieren auf veränderte Bedingungen.
- Das Modell erfordert keine unmittelbaren gesetzlichen Anpassungen. Damit verbunden sind aber vertragliche Anpassungen mit den Gemeinden und allenfalls den Versicherungen. Längerfristig wäre es wünschenswert, mit den Versicherungen einen Einheitstarif aushandeln zu können. Dies wäre allerdings nur in enger Zusammenarbeit mit den Spitexorganisationen Zürich Limmat und Stadt Luzern erfolgversprechend.
- Die bisherigen Organisationsstrukturen (Trägervereine, Kantonalverband) werden nach einer definierten Übergangszeit aufgelöst und machen einer zentralen Organisation, in die auch die politischen Behörden weiterhin eingebunden sind, Platz.

Kosten und Finanzierung:

- **Umsetzungskosten:** Zur Finanzierung des Transformationsprozesses stellen die Gemeinden den Spitexorganisationen und damit indirekt auch dem SKSZ separate Mittel zur Verfügung und geben damit ihr Bekenntnis zur Stärkung der öffentlichen Spitex ab. Für Projektleitung, Begleitgruppe und Beratung sind mind. rund CHF 500000.00 pro Jahr für vorerst 4 Jahre zur Verfügung zu stellen.

Den Gemeinden wird ein Spitex-Entwicklungsbeitrag von CHF 5.00 pro Einwohner und Jahr beantragt. Hauptsächlich in Form von Personalkosten fallen Folgekosten an, es müsste mit zusätzlichen 10% Personalaufwand (entspricht rund 1.7 Mio. Franken pro Jahr, Stand 2018) gerechnet werden.

- Das Modell kann nur bei einer Mindestbeteiligung von 2/3 der Versorgung (nach Einwohnern) gestartet werden. Es muss die erklärte Absicht sein, den ganzen Kanton umzustellen, damit nicht teure Doppelspurigkeit entstehen.
- **Folgekosten und Nutzen:** Das Modell besitzt einen starken Fokus auf Effektivität und auf den Einbezug des bestehenden Umfeldes bzw. anderer Organisationen in die Pflege und Betreuung von Klienten. Die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ist ein zentrales Element und liegt u.a. in der Verantwortung der einzelnen Teams, die direkt mit den Klienten arbeiten. Gleichzeitig wird die Position der öffentlichen Spitex durch die zentrale Vermittlerrolle gestärkt.
- Massnahmen zur Umsetzung einzelner Entwicklungsprojekte (z. B. neue Leistungen) mit Auswirkungen auf den ganzen Kanton oder allenfalls auf einzelne Teilregionen (z. B. Innen, Mitte, Aussen) werden solidarisch umgesetzt. Sie können zu Mehrkosten führen, die in einem Umsetzungsprojekt näher geschätzt werden müssten. Organisationen, welche sich nicht an der Transformation beteiligen, erhalten dafür ebenso Ressourcen (z. B. Zugang zu internen Weiterbildungen). Für Massnahmen mit Auswirkung auf einzelne weiter bestehende BO verbleiben die Kompetenzen zur Umsetzung wie bisher bei der jeweiligen Organisation.
- Diesen Kosten steht u.a. gegenüber, dass bei einer weiteren Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich eine zunehmende Anzahl ältere Menschen **möglichst lange zu Hause bleiben** können. Den Gemeinden, denen sowohl die

stationäre wie auch die ambulante Langzeitpflege und -betreuung übertragen sind, bringt es den unter den Kap. 4.7 und 8.3 aufgezeigten gesamtwirtschaftlichen Nutzen. Wie in Kapitel 5 aufgezeigt, soll die Weiterentwicklung auch mit einer Effizienzsteigerung einhergehen und damit zu Einsparungen führen.

Bewertung durch den SKSZ-Vorstand:

- Dass Modell ist geeignet, die zukünftigen Herausforderungen anzugehen.
- Es erfordert das Bewusstsein einer deutlichen Mehrheit der Spitexorganisationen und der politischen Organe, dass aktuell ein grosser Weiterentwicklungsbedarf besteht, sowie die Bereitschaft und den Mut, über die bisherigen diversifizierten Strukturen hinauszuwachsen und eine neue Art von Organisation zu bilden, welche die Hauptverantwortung für die Pflege in die Hände von Pflegeteams legt.
- Es bedingt, dass mind. 2/3 der Gemeinden (mit 2/3 der Einwohner SZ) zu den erforderlichen Investitionen in die Zukunft der Spitex und den damit verbundenen umfassenden Umstellungen bereit sind. Wünschenswert ist auch eine positive Empfehlung und Unterstützung in Tarifrfragen durch den Kanton.
- Die Spitex im Kanton Schwyz könnte gesamtschweizerisch zu einer «Magnet-Spitex» werden.

Fazit Modell 3 «Spitex Schwyz Futura»:

- Auf lange Sicht gesehen, wäre dies ein sicherer Weg, die Pflegequalität insgesamt und deren Effektivität, sowie die Bedeutung der öffentlichen Spitex innert eines relativ kurzen Zeitraums zu steigern. Nicht zuletzt würde dadurch die stets geforderte stärkere Vernetzung der an der ambulanten Pflege und Betreuung zu Hause beteiligten Leistungserbringer im Kanton intensiv gefördert. Der Spitex käme dabei eine zentrale Mittlerrolle und

deutlich stärkere Position im kantonalen Gesamtgesundheitswesen zu.

- Die heutigen Infrastrukturen/Standorte könnten weitgehend übernommen werden.
- Wird das Modell bei der Spitex konsequent Schritt für Schritt umgesetzt, ist von mittelfristigen Einsparungen bei der Administration (Schätzwert 5-7%/heute ca. 13%), bei der Steigerung der verrechenbaren Stunden (+8-10%) und beim Abbau von Kaderstellen (im Moment keine Schätzung möglich). Zentrale Aufgaben des S gehen auf die neue Organisation über, aber auch hier ist mittelfristig mit Einsparungen zu rechnen.
- Die Investitionskosten sind hoch. Sie dürften jedoch über Gewinn durch Verbleib in den eigenen vier Wänden (prozentual weniger Aufenthalte in Pflegeheimen, Reduktion der Ergänzungsleistungen), den in Punkt 2 beschriebenen Verbesserungen, durch langfristig genügend Pflegepersonal (vermehrte Ausbildung, attraktive Anstellungsbedingungen) auch bei vorsichtiger Schätzung mehr als aufgewogen werden (vgl. dazu auch Tabelle 11, Kennzahlen Buurtzorg, Zahlen und Fakten im Überblick).
- Ein interessanter «Weg in die Zukunft», der mit einer tiefgreifenden strukturellen und kulturellen Transformation verbunden ist. Diese Transformation birgt ohne Zweifel Risiken, die ein sehr gutes Management erfordern. Wenn es aber klappt, ist der Gewinn eindrucklich. Es bestehen bereits Beispiele in der Schweiz, die auf dem Weg sind und auf deren Erfahrungen man sich stützen kann (Stadt Zürich, Stadt Luzern); man erhält auch von Buurtzorg International Beratung und Schulung.
- Für den Vorstand des SKSZ stellt dieses Modell einen möglichen «Weg in die Zukunft» dar!

Jetzt

ist Ihre
Begut-
achtung
und
Meinung
gefragt.

9

Vernehmlassung

9.1
Einführung
Vernehmlassung

9.2
Zusammenfassung
der Ergebnisse
der Vernehmlassung

9.3
Beurteilung
der Ergebnisse
der Vernehmlassung

9.4
Genehmigung
des Berichts

9.5
Aufträge
zur Umsetzung

9 Vernehmlassung

A

Anhang

Inhalt

Anhang 1: Gesetzliche Grundlagen	113
Anhang 2: Spitex Kantonalverband Schwyz / Schwyzer Loyalitäts Charta	116
Anhang 3: Auszug aus RRB Nr. 890/2018	119
Anhang 4: Leistungsentwicklung öffentliche, private Spitex (Klient/-innen, Stunden)	120
Anhang 5: Entwicklung Stellenprozente nach Einwohner und Kerndienststunden	121
Anhang 6: Entwicklung Vollkosten pro Stunde Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung, Kerndienste	122
Anhang 7: Entwicklung Vollkosten pro Stunde nach Organisation (Klassen)	123
Anhang 8: Zunahme Multimorbidität und chronische Erkrankungen	124
Anhang 9: Schätzung des künftigen Bedarfs (Kriterien, Methode)	125
Anhang 10: Schätzung des künftigen Bedarfs (Tabelle)	126
Anhang 11: Ausbildungsstufen der Pflege	128
Anhang 12: Vergleich Gesundheitswesen Holland – Schweiz	130

Anhang 1: Gesetzliche Grundlagen

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994; SR 832.10¹

Art. 25a Pflegeleistungen bei Krankheit

¹ Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden.

² Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen.

³ Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung.

⁴ Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest.

⁵ Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung. Für die Festset-

zung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Im Bereich der ambulanten Pflege gelten die Regeln der Restfinanzierung des Standortkantons des Leistungserbringers. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit. Kann der versicherten Person zum Zeitpunkt des Heimeintritts kein Pflegeheimplatz in geografischer Nähe in ihrem Wohnkanton zur Verfügung gestellt werden, so übernimmt der Wohnkanton die Restfinanzierung nach den Regeln des Standortkantons des Leistungserbringers. Diese Restfinanzierung und das Recht der versicherten Person zum Aufenthalt im betreffenden Pflegeheim sind für eine unbeschränkte Dauer gewährleistet.

Art. 44 Tarifschutz

¹ Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz). Die Bestimmungen über die Vergütung für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3), bleiben vorbehalten.

² Lehnt ein Leistungserbringer es ab, Leistungen nach diesem Gesetz zu erbringen (Ausstand), so muss er dies der von der Kantonsregierung bezeichneten Stelle melden. Er hat in diesem Fall keinen Anspruch auf Vergütung nach diesem Gesetz. Wenden sich Versicherte an solche Leistungserbringer, so müssen diese sie zuerst darauf hinweisen.

¹ s. www.admin.ch → Bundesrecht
→ systematische Rechtsammlung → 832.10

**Gesundheitsgesetz
vom 16. Oktober 2002
(GesG, SRSZ 571.110)²**

§ 15 2. Spitex und Entlastungsdienst

¹ Jede Gemeinde stellt ein Angebot für die Hauskrankenpflege, die hauswirtschaftlichen Dienste sowie den Entlastungsdienst für betreuende und pflegende Angehörige sicher. Sie kann weitere Dienstleistungen anbieten.

² Die Gemeinden finanzieren die Angebote, soweit die Aufwendungen nicht durch gesetzliche Verpflichtungen Dritter oder die Person, welche die Leistung beansprucht, gedeckt werden.

³ Für die Hauskrankenpflege erlässt der Regierungsrat insbesondere Bestimmungen über:

- a) das Leistungsangebot,
- b) die Berechnung und Festlegung der anrechenbaren Höchsttaxen,
- c) die Kostenbeteiligung der versicherten Person, wobei 10% des höchsten vom Bundesrat festgelegten Pflegebeitrages nicht überschritten werden darf,
- d) das Durchführungs- und Abrechnungsverfahren.

**Pflegefinanzierungsverordnung
vom 3. November 2010
(PFV, SRSZ 361.511)³**

§ 3 Datenerhebung

¹ Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den mit dem Vollzug der Pflegefinanzierung betrauten Stellen die notwendigen Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen, insbesondere für:

- a) die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und Betriebsvergleiche;
- b) eine allfällige Festlegung der Pfl egetaxen;
- c) die Festlegung der Höchsttaxen und des Anspruchs auf Restfinanzierung.

² Die Daten können durch die mit dem Vollzug betrauten Stellen in geeigneter Form veröffentlicht und insbesondere den Gemeinden mitgeteilt werden.

III. Ambulante Pflege

§ 17 Leistungserbringer
mit Leistungsauftrag

¹ Leistungserbringer mit Leistungsauftrag der Gemeinden haben:

- a) Pflegeleistungen bei Krankheit einschliesslich Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV anzubieten;
- b) die Leistungen an sieben Tagen pro Woche jeweils von 07.00 bis 22.00 Uhr zu erbringen;
- c) neue Einsätze, nach rechtzeitiger vorheriger Anmeldung, innerhalb von 24 Stunden auszuführen;
- d) während der üblichen Bürozeiten telefonisch erreichbar zu sein.

² s. www.sz.ch/gesetze → 571.110

³ s. www.sz.ch/gesetze → 361.511

² Leistungserbringer können das erforderliche Mindestangebot selbst oder im Verbund mit anderen Leistungserbringern sicherstellen.

³ Sie regeln die nach Abzug der Versicherungsleistungen und des Beitrags der versicherten Person verbleibende Restfinanzierung im Leistungsauftrag.

§ 19 Kostenbeteiligung der versicherten Person

¹ Die Kostenbeteiligung der versicherten Person entspricht 10 Prozent des Betrages, welcher der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Pflegeleistungen in Rechnung gestellt wird, höchstens aber die nach Abzug des Beitrages der Krankenversicherer verbleibenden Kosten.

² Sie darf pro Tag 10 Prozent des höchsten nach Massgabe des Bundesrechts je Stunde festgelegten Pflegebeitrages nicht übersteigen.

³ Von einer Kostenbeteiligung werden befreit:

- a) Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.
- b) weitere Personen auf Gesuch hin durch die Gemeinde, um Härtefälle zu vermeiden.

§ 21 Ausnahmen von der Leistungserbringung

¹ Leistungserbringer können ihre Leistungen verweigern oder einstellen:

- a) wenn das Personal belästigt oder gefährdet wird oder wenn andere unzumutbare Bedingungen vorliegen;
- b) wenn erhebliche Zahlungsausstände vorliegen.

² Werden Leistungen eingestellt, so sind der verordnende Arzt und die Gemeinde am Wohnsitz des Leistungsbezügers unverzüglich zu benachrichtigen.

Anhang 2: Spitex Kantonalverband Schwyz / Schwyzer Loyalitäts Charta

Der Spitex Kantonalverband Schwyz (SKSZ) bezweckt:

- die Förderung und Unterstützung seiner Mitglieder bei der Verwirklichung ihrer gemeinsamen Ziele, Aufgaben und Interessen
- die Verbindung seiner Mitglieder untereinander und mit der Umwelt
- die kontinuierliche Beobachtung und Analyse der Verhältnisse und Entwicklungen innerhalb der Branche und in ihrem massgeblichen Umfeld, die Ableitung von Informationen und Verhaltensempfehlungen zuhanden seiner Mitglieder und der Umwelt sowie das Ergreifen erforderlicher Massnahmen
- die Erbringung von Dienstleistungen für seine Mitglieder und Dritte

Unter Achtung der Selbstständigkeit der Mitglied-Organisationen nimmt der Verband insbesondere folgende Aufgaben wahr:

- flächendeckende ambulante Versorgung der Bevölkerung im Kanton Schwyz unterstützen
- umfassendes Angebot aus Grundleistungen und ergänzenden Leistungen unterstützen
- gemeinsame Werte und Ziele bekanntmachen und durchsetzen und die Mitglieder in allen Belangen ihrer Organisation und der Verwirklichung ihrer Zwecke fördern

- Vernetzung, Vertretung und Lobbying, Beobachtung und Intervention gewährleisten

- Dienstleistungen erbringen

Als Organe dienen ihm:

- Delegiertenversammlung (oberstes Organ des Vereins)
- Präsidentenkonferenz
- Vorstand
- Geschäftsleitung
- Revisionsstelle

Die Geschäftsstelle verfolgt folgende Arbeitsschwerpunkte:

- Interessenvertretung der BO und Trägervereine in Zentralschweizer und nationalen Organisationen und Gremien (Spitex Schweiz, Zentralschweizer Regionalkonferenz, Mitarbeit in Gremien oder loser Verbund mit Dritten (Kanton und Gemeinden, Unabhängige Beschwerdestelle Alter, Palliative-CH, Schwyzer Spitäler, Charta-Partner, XUND, usw.)
- Dienstleistungen für die BO (Auskünfte, Abklärungen, Erarbeiten von Richtlinien, Leitfäden, Musterdokumenten oder geeignete Instrumente zur Verfügung stellen, Aufbereitung statistischer Daten, moderieren von Vernehmlassungsverfahren und Aufbereitung von Stellungnahmen, Öffentlichkeitsarbeit, usw.)
- Einberufen und Leiten aller Sitzungsgefässe nach Jahresplanung (ca. 20 fixe Termine)

- auf Auftrag umfangreichere Recherchen, Themendossiers, Projektmanagement
- Koordinationsstelle und Infofluss zwischen BO, aber auch zu Zentralschweizer und nationalen Organisationen)
- Monitoring von Entwicklungen im Gesundheits- Nonprofit- und Bildungswesen, Impulsgeber, auf Auftrag Strategiearbeit

Die Geschäftsstelle (mit 120 VZÄ) ist Montag bis Freitag zu Bürozeiten erreichbar.

Vom SKSZ moderierte institutionalisierte Sitzungsgefässe mit den BO unterstützen einen Austausch zu Problemen, Instrumenten und Vorgehen auf verschiedenen Ebenen der BO:

Tabelle 12: Institutionalisierten Sitzungen der BO unter Leitung des SKSZ⁴

GEFÄSS / HÄUFIGKEIT PRO JAHR	INHALTE	TEILNEHMENDE
GL-Tagung 5x	Finanzierung und Betriebswirtschaftliches, Verbindung zu Stakeholdern, übergeordnete Fragen zu Vernetzung mit Dritten, Bildung, Politik, Personal, Öffentlichkeitsarbeit, Konkurrenz, usw.	GL
Bereichsleitertagung 2x	Fokus Klient/-innen, Leistungen	Bereichsleiter/-innen Pflege, Hauswirtschaft, Betreuung, Kerndienste
Qualitäts-Zirkel 1x	Qualitätsbericht	Qualitätsverantwortliche
IG-BeSOSS 1x	Lohneinstufungssystem	GL
SKSZ Statistik Sitzung 1x	Analyse und Austausch zu den kantonalen Statistikdaten	GL
MVB-Fachtagung 2x	Fachthemen im Mütter- und Väterberatungsbereich	MVB-Verantwortliche

Der SKSZ hat keine Weisungsbefugnisse, sondern moderiert die Entscheidungsfindungsprozesse.

⁴ Quelle: Eigene Abbildung SKSZ

Der SKSZ ist Gründungsmitglied der Schwyzer Loyalitäts Charta

Die vier nachgenannten Schwyzer Organisationen, welche Aufgaben im Auftrag des Kantons, der Bezirke und Gemeinden in der ambulanten und stationären Altersbetreuung und -pflege wahrnehmen, haben durch Unterzeichnung einer gemeinsamen Charta (Erstunterzeichnung am 14. Februar 2017, erneuert am 28. August 2019) sich zu einer bestmöglichen Betreuung im Alter verpflichtet.

Pro Senectute Kanton Schwyz

Sozialberatung für ältere Menschen und deren Angehörige

Schweizerisches Rotes Kreuz

Kanton Schwyz

Entlastungsdienst für pflegende und betreuende Angehörige

Spitex Kantonalverband Schwyz

sowie die ihm angeschlossenen regionalen und kommunalen Spitexorganisationen Hauskrankenpflege und hauswirtschaftliche Dienste und Betreuungsleistungen

Curaviva Kantonalverband Schwyz

(Beitritt zur Charta am 28. August 2019)
sowie die ihm angeschlossenen Institutionen; Stationäre Betreuung und Pflege

Zusammenarbeit, Weiterentwicklung der Altersbetreuung und -Pflege, Qualitätssicherung, subsidiäre, kompetente, wirksame und wirtschaftliche Leistungserbringung, die Verpflichtung zur Ausrichtung der Arbeit am Wohl der Leistungsadressaten und die Respektierung des Rechts auf Selbstbestimmung und Freiheit der Klient/-innen bei der Wahl des Angebots bilden die wesentlichen Grundsätze, zu denen sich die Charta Partner bei ihrer Arbeit verpflichtet haben.

Anhang 3: Auszug aus RRB Nr. 890/2018

Massnahmen des Kantons zur Förderung der Strategie aus seinem Schwerpunktprogramm «Herausforderung Alter»

4.1 Information, Beratung und Prävention

- Der Kanton übernimmt die Aktivitäten des Vereins Socius und baut eine Fachstelle Alter auf.
- Er verpflichtet beauftragte Leistungserbringer (z. B. Pro Senectute) zur Information und Kommunikation betreffend «Herausforderung Alter».
- Aktionspläne zur altersspezifischen Gesundheitsförderung und Prävention werden geprüft.

4.2 Wohnen und Versorgungssicherheit

- Der Kanton überprüft die Rahmenbedingungen für Tages- und Nachtstrukturen sowie für Kurzaufenthalte (Ferienbetten) und für ambulante Nachtpiketts. Er evaluiert neue Lösungsansätze unter Berücksichtigung bewährter Lösungen in anderen Kantonen.
- Der Kanton sucht und prüft Massnahmen, mit denen in den Pflegeheimen der hohe Anteil an Bewohnenden mit geringem Pflegebedarf reduziert werden kann.
- Fehlende Grundlagen für die Betreuung und Pflege von Betagten mit besonderen Bedürfnissen (insbesondere Bedürfnissen aufgrund von Demenz) werden schrittweise erarbeitet.

- Die Bedürfnisse von betagten Menschen bezüglich ihrer Wohn- und Lebensformen werden evaluiert.

- Das Monitoring Altersversorgung wird erweitert.

4.3 Personelle und finanzielle Ressourcen

Die Finanzierungsmechanismen (Kalkulationen von Tarifen, Heimtaxen, Ergänzungsleistungen usw.) für die stationäre und ambulante Versorgung werden auf Fehlanreize und Lücken überprüft.

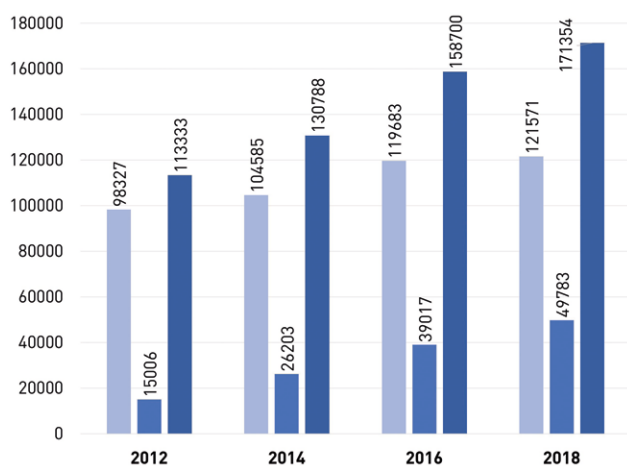
Es werden Bauvorgaben für Pflegewohngruppen entwickelt und die Bauvorgaben für Pflegeheime überarbeitet.

Fehlanreize in den Qualitätsvorgaben für Pflegeheime werden eliminiert.

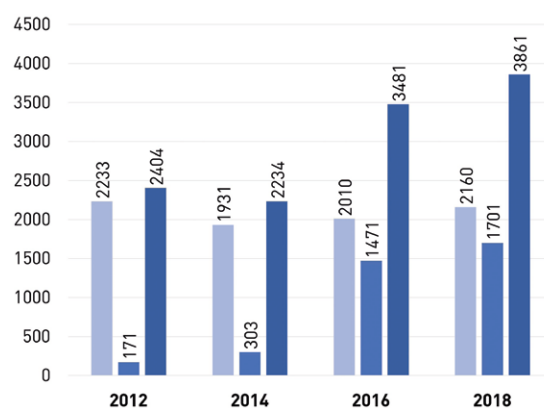
Im Pflege- und Betreuungsbereich werden Massnahmen evaluiert, mit denen das Angebot an insbesondere niederschwellige Ausbildungs- und Wiedereinstiegsmöglichkeiten gestärkt werden kann.

Anhang 4: Leistungsentwicklung öffentliche, private Spitex (Klient/-innen, Stunden)

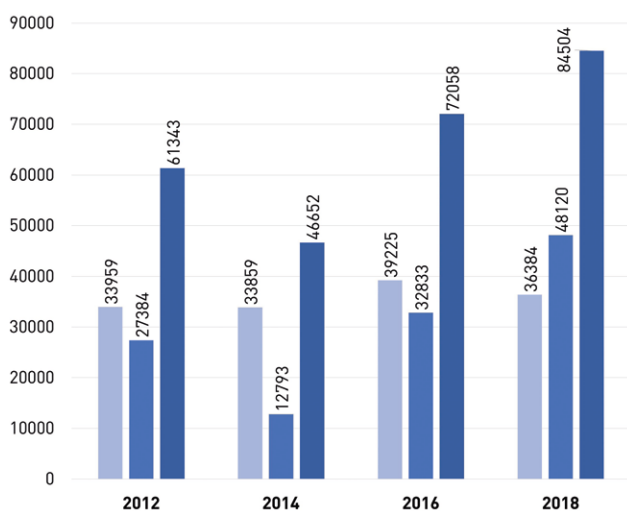
**4.1
Geleistete Stunden KLV**



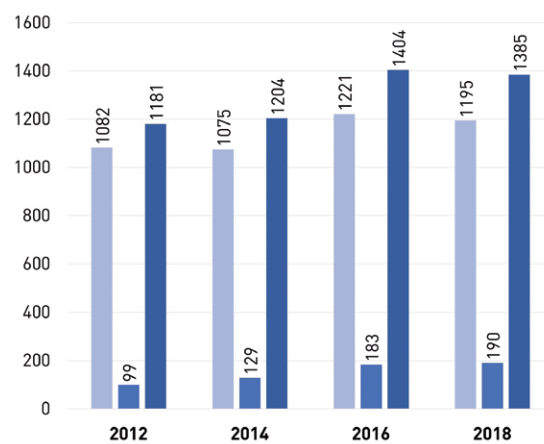
**4.3
Entwicklung Klienten KLV**



**4.2
Geleistete Stunden HW**



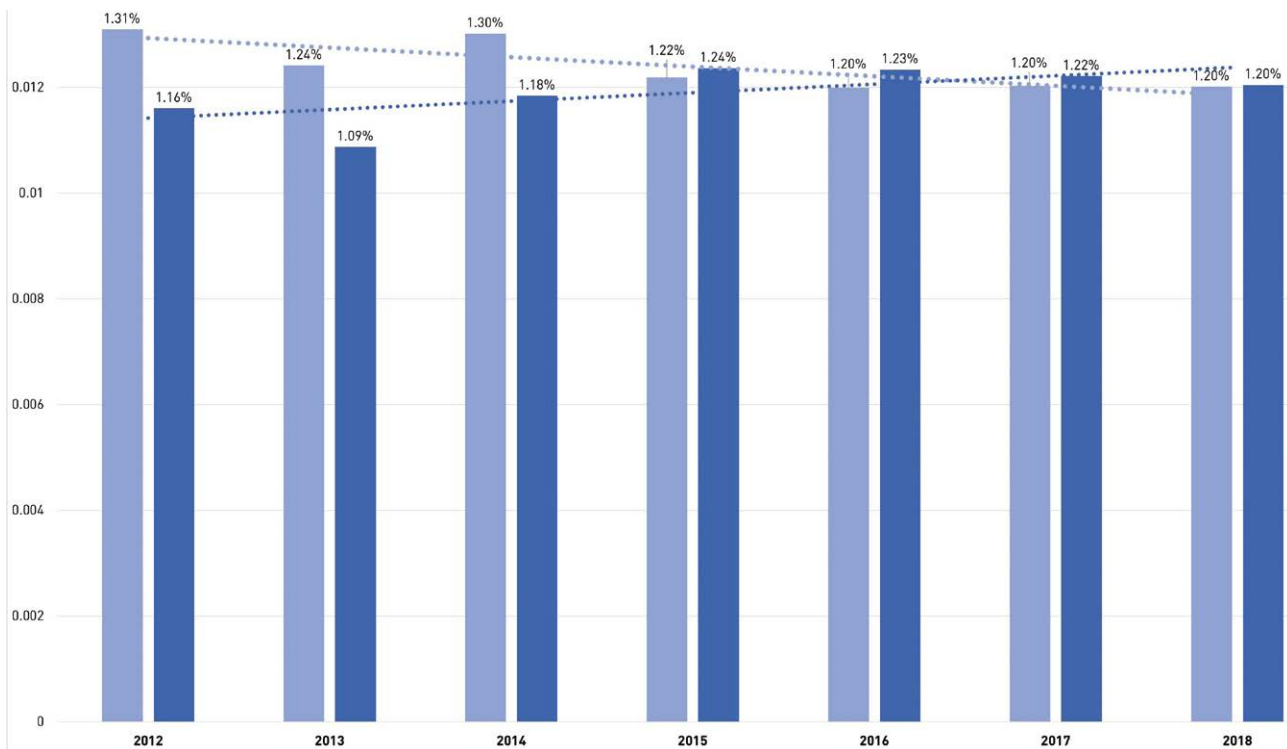
**4.4
Entwicklung Klienten HW**



■ Spitex mit Leistungsauftrag | ■ Spitex ohne Leistungsauftrag | ■ Total Spitex Kanton Schwyz

Anhang 5: Entwicklung Stellenprozent nach Einwohner und Kerndienststunden

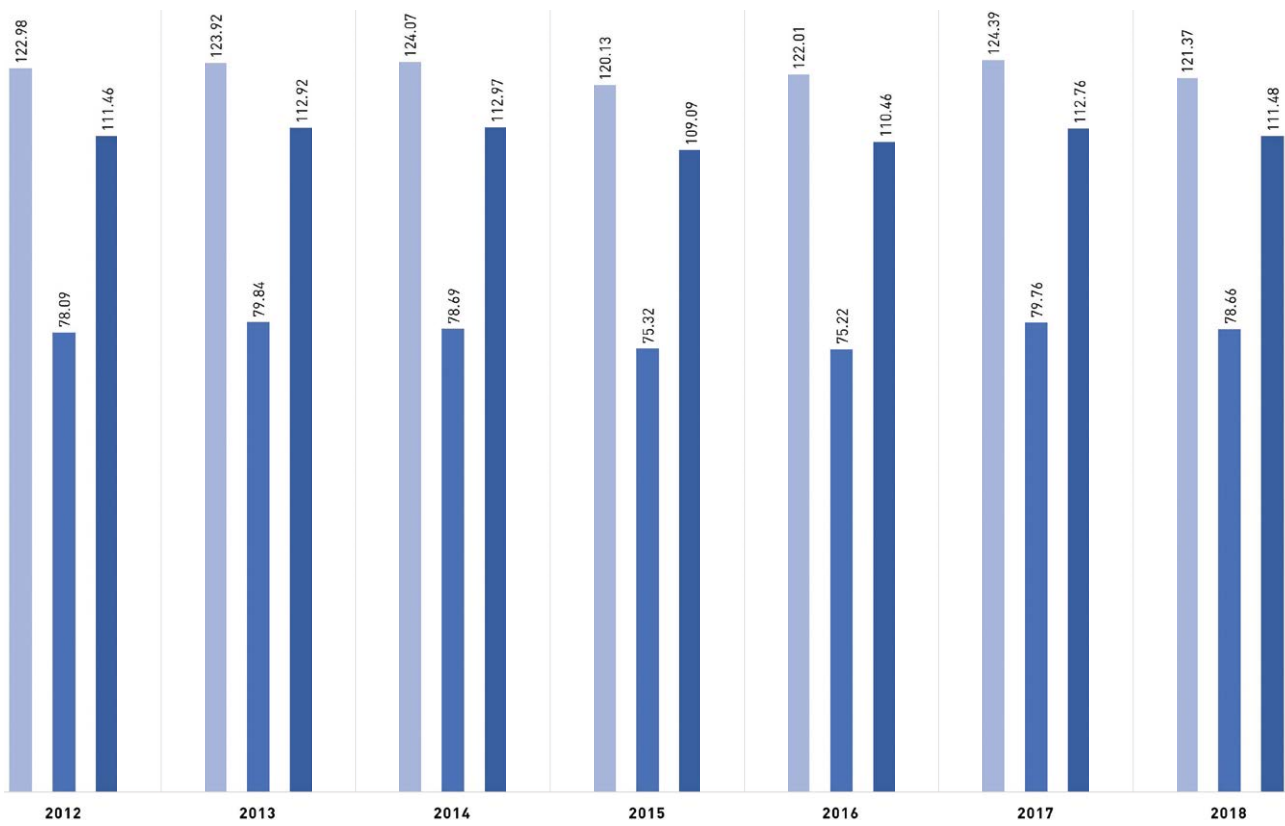
5.1 Entwicklung Stellenprozent nach Einwohner und verrechneten Stunden



■ Stellen im Verhältnis pro 1000 verrechnete Stunden | ■ Stellen pro 1000 Einwohner
••• Linear (Stellen im Verhältnis pro 1000 verrechnete Stunden) | ••• Linear (Stellen pro 1000 Einwohner)

Anhang 6: Entwicklung Vollkosten pro Stunde Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung, Kerndienste

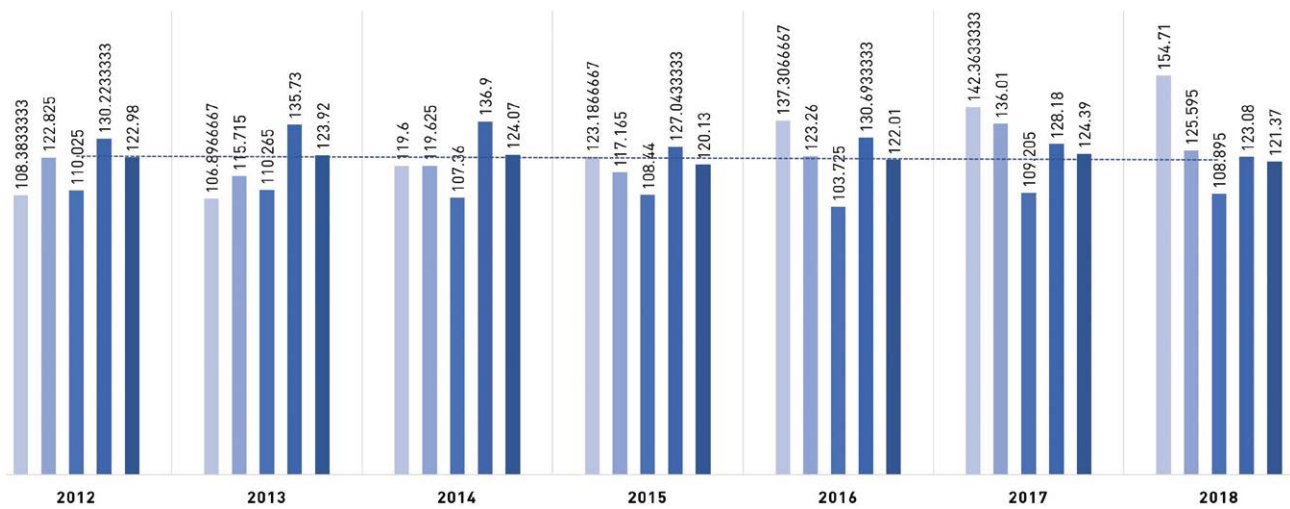
6.1 Vollkosten pro Stunde KLV / HW / KD



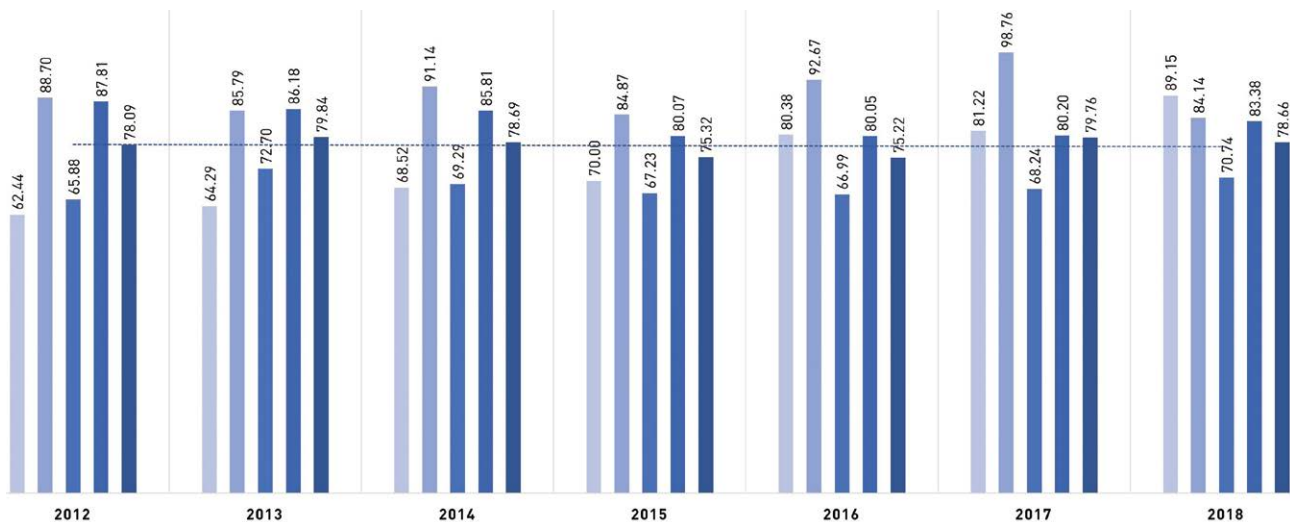
■ Vollkosten KLV | ■ Vollkosten HW | ■ Vollkosten KD

Anhang 7: Entwicklung Vollkosten pro Stunde nach Organisation (Klassen)

7.1 Vollkosten pro Stunde KLV



7.2 Vollkosten HW pro Stunde



■ Kleinorganisationen | ■ Unteres Mittel | ■ Oberes Mittel | ■ Grossorganisationen | ■ Ø Kt. SZ NPO | --- Linear (Ø Kt. SZ NPO)

Anhang 8: Zunahme Multimorbidität und chronische Erkrankungen

Über die Hälfte der 75-jährigen gibt ein dauerhaftes Gesundheitsproblem an, die Lebenserwartung hat seit 1990 bei den Männern um 7,7 Jahre und bei den Frauen um 4,6 Jahre zugenommen.⁵

Nicht nur der steigende Anteil der betagten und hochbetagten Bevölkerung, auch medizinisch-technischer Fortschritt und veränderte Lebens- und Arbeitsbedingungen (negative Effekte auf Risikofaktoren) haben Einfluss. Schweizweit nimmt die Anzahl chronisch Kranker zu: Schätzungen zufolge könnten es bis ins Jahr 2030 beispielsweise 190 000 Demenzerkrankte sein. Jährlich kommen gemäss BAG ungefähr 30 400 Neuerkrankungen dazu, der Stand 2019 liegt bei 128 200. Bei ca. einem Achtel aller Sterbefälle ist eine registrierte Demenzerkrankung (Haupt- oder Nebendiagnose) involviert (2017 war dies bei 11 033 Personen der Fall).

44% der über 85-Jährigen im Privathaushalt sind 44% multimorbid, (86% der in Alters- und Pflegeheimen). Chronische Krankheiten verursachen 90% der Krankheitslast und 80% der Gesundheitskosten und stellen Hauptursache für Behinderung und Tod in der Schweiz dar. Auch wenn der Schwyzer Gesundheitsbericht 2015 dem Kanton Schwyz eine stabile Gesundheitssituation bescheinigt, so wird die Krankheitslast tendenziell steigen.⁶

Ein zunehmend wachsender Teil der Bevölkerung ist psychisch beeinträchtigt, manchmal besteht ein (chronisches) Grundleiden körperlicher Ursache. Umgekehrt leiden chronisch Psychiatriekranke immer häufiger unter somatischen Begleiterkrankungen. Diese wachsende Gruppe von Klient/-innen mit sogenannten psychisch-somatischen Komorbiditäten stellt die Versorgung vor Herausforderungen

⁵ BFS, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/gesundheitszustand/allgemeiner.html>

⁶ https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/filefield_paths/obsan_bulletin_2019-02_d.pdf

Anhang 9: Schätzung des künftigen Bedarfs (Kriterien, Methode)

Bei der Berechnung des Bedarfs werden folgende Kriterien berücksichtigt:

- Berücksichtigung der demografischen Entwicklung: Referenzszenario (analog Bedarfsplanung stationär)
- Erhöhung des Pflegebedarf pro Einwohner der einzelnen Altersklassen um
a) 10% von 2018 – 2025, dann konstant
b) 20% von 2018 – 2025, dann konstant
Berücksichtigung der «Weiteren Entwicklungen» gemäss (Umlagerung vom stationären in den ambulanten Teil, Spitexangebot 24/7 usw.)
- Marktanteil der öffentlichen Spitex Pflege 70%, Hauswirtschaft und Betreuung 45% (2018: Pflege 70.9%, Hauswirtschaft und Betreuung 43.4%)
- Pflegebedarf nach Einwohner und Altersklassen über alle Leistungserbringer gleich (wie öffentliche Spitex)

Methode zur Ermittlung des künftigen Bedarfs an Pflege- und Betreuungsleistungen

- Berechnung des Bedarfs (Pflege, Betreuung) nach Einwohnern und Altersklasse für 2018, auf Grundlage der Zahlen der Spitex Statistik 2018
- Berechnung des Bedarfs (Pflege, Betreuung) nach Einwohner und Altersklasse 2025 und 2030
 - bei einem um 10% höheren Bedarf als 2018
 - bei einem um 20% höheren Bedarf als 2018
- Berechnung des Bedarfs der öffentlichen Spitex
 - Pflege*
 - bei 70% «Marktanteil»
 - Betreuung*
 - bei 45% «Marktanteil»

Anhang 10: Schätzung des künftigen Bedarfs (Tabelle)

Einwohner im Kanton Schwyz nach Altersklassen				
KLV-H	2018 ¹⁾	2020	2025	2030
Einwohner <65	128 751	132 655	135 953	137 380
Einwohner 65–79	21 438	22 088	25 500	30 015
Einwohner 80+	7 662	7 894	9 823	12 279
Total Kt. Schwyz	157 851	162 637	171 276	179 674
Entwicklung KLV öff. Spitex				
¹⁾ Total mit Aufteilung 2020				

Einwohner im Kanton Schwyz nach Altersklassen				
HW/ BETREUUNG-H	2018 ¹⁾	2020	2025	2030
Einwohner <65	128 751	132 655	135 953	137 380
Einwohner 65–79	21 438	22 088	25 500	30 015
Einwohner 80+	7 662	7 894	9 823	12 279
Total Kt. Schwyz	157 851	162 637	171 276	179 674
Entwicklung HW öff. Spitex				
¹⁾ Total mit Aufteilung 2020				

KLV-, HW/B-H ÜBERSICHT	KLV (öff. + privat)	HW-h (öff. + privat)	KLV-h (öff. 70%)	HW-h (öff. 45%)
2018	171 354	84 504	121 571	36 684
2025 (+10%)	228 504	115 053	159 953	51 774
2025 (+20%)	249 277	125 513	174 494	56 481
2030 (+10%)	271 757	139 470	190 230	62 762
2030 (+20%)	296 462	152 149	207 523	68 467

KOSTEN ÖFF. SPITEX	Kosten KLV + HW/B	Kosten öff. Hand (50%)	+Kosten KLV + HW/B	+Kosten öff. Hand (50%)
2018	17 641 536	9 195 580		
2025 (+10%)	23 607 521	11 803 761	5 966 660	2 983 330
2025 (+20%)	25 753 685	12 876 842	8 112 824	4 056 412
2030 (+10%)	28 208 541	14 104 271	10 567 680	5 283 840
2030 (+20%)	30 772 935	15 386 468	13 132 074	6 566 037

Anhang

KLV-h 2018 Anteile nach Altersklassen öff. Spitex in %	KLV-h 2018 Total	KLV-h 2018/E.	KLV-h 2025/E. [+10%]	KLV-h 2025 [+10%]	KLV-h 2025/E. [+20%]	KLV-h 2025 [+20%]	KLV-h 2030/E. [+10%]	KLV-h 2030 [+10%]	KLV-h 2030/E. [+20%]
20.0	34 355	0.267	0.294	39 904	0.320	43 532	0.294	40 323	0.320
26.4	45 254	2.111	2.322	59 211	2.533	64 594	2.322	69 695	2.533
53.6	91 745	11.974	13.172	129 388	14.369	141 151	13.172	161 738	14.369
100.0	171 354			228 503		249 277		271 757	
	121 571				70%	174 494		190 230	
					75%	186 958		203 818	

HW/B-h 2018 Anteile nach Altersklassen öff. Spitex in %	HW-h 2018 Total	HW-h 2018/E.	HW-h 2025/E. [+10%]	HW-h 2025 [+10%]	HW-h 2025/E. [+20%]	HW-h 2025 [+20%]	HW-h 2030/E. [+10%]	HW-h 2030 [+10%]	HW-h 2030/E. [+20%]
12.6	10 680	0.083	0.091	12 405	0.100	13 533	0.091	12 535	0.100
17.1	14 431	0.673	0.740	18 882	0.808	20 598	0.740	22 225	0.808
70.3	59 396	7.752	8.528	83 766	9.303	91 381	8.528	104 710	9.303
100.0	84 507			115 053		125 513		139 470	
	34 504				45%	56 481		62 762	
					50%	62 756		69 735	

+KLV-h (öff. in %)	+HW-h (öff. in %)	KLV-H (PRIVAT)
		49 783
31.6	41.1	68 551
43.6	54.0	74 783
56.5	71.1	81 527
70.8	86.6	88 939

PERSONAL ÖFF. SPITEX	Personal- bedarf (VZÄ)	+Personal- bedarf (VZÄ)	Personal- bedarf in %	KOSTEN PRIVATE SPITEX (PFLEGE)
2018	190			812 148
2025 (+10%)	254	64	33.7	1 117 385
2025 (+20%)	277	87	45.9	1 218 965
2030 (+10%)	304	114	59.8	1 328 892
2030 (+20%)	331	141	74.3	1 449 699

Anhang 11: Ausbildungsstufen der Pflege

ANP: Advanced Practice Nurses (ANP) sind Pflegefachperson in der direkten Patientenversorgung, welche nach einem Masterstudium (MScN) und klinischem Training und Berufserfahrung in einem definierten Fachbereich eine erweiterte pflegerische Praxis ausüben. Dank spezialisiertem Fachwissen sowie erweiterten klinischen Kompetenzen agieren sie in einer autonomen Rolle und übernehmen mehr Verantwortung in der interprofessionellen Zusammenarbeit. ANP übernehmen eine Führungsrolle in der evidenzbasierten Pflegeentwicklung.

MScN Absolvent/-innen eines Master of Science in Nursing (MScN) sind Pflegenden, welche Pflegeprobleme wissenschaftlich gestützt angehen: Sie sind geübt im Generieren und zusammenführen von Wissen, dem Einführen wissenschaftlicher Forschungserkenntnisse in die Pflegepraxis und dem Überprüfen der Nachhaltigkeit von Veränderungen in der Praxis. Sie verfügen über Analyse- und Problemlösungsfähigkeiten für die Gesundheitsversorgung von Einzelpersonen und der Bevölkerung. MScN arbeiten je nach Erfahrungshintergrund eher als Pflegeexperten/-innen mit hohem Praxisbezug (d. h. sie bringen Problemlösefähigkeiten direkt ein), oder sie treiben die Praxisentwicklung in einer Führungsfunktion voran (Koordination, Mentorat, Konzeptarbeit). Weniger praxisorientiert verlaufen wissenschaftliche Laufbahnen oder Rollen im Bildungswesen. Der Bildungsgang baut auf einem abgeschlossenen Bachelorstudium auf und umfasst 90–120 ECTS.

BScN Analog der MScN Ausbildung verfügen Bachelor of Science über die Grundlagen zum wissenschaftlich abgestützten Bearbeiten von Pflegeproblemen. Die Ausbildung umfasst 180 ECTS (ca. 5400 Lernstunden, davon ca. 1800 in einem praktischen Bereich).

HF Höhere Fachschule Pflege. Die Ausbildung umfasst 5400 Lernstunden Theorie, davon 10% Lernbereich Training und Transfer. Weiter definiert der Rahmenlehrplan 5400 Stunden praktische Ausbildung, davon ebenfalls 10% für den Lernbereich Training und Transfer. Die theoretische Ausbildung enthält die Auflage, dass als Lernform mindestens 10% der 5400 Stunden in Fernunterricht und Selbststudium angeboten werden (maximal jedoch höchstens 20%).

Dipl. Pfleger Dipl. Krankenschwester/-pfleger in Gesundheits- und Krankenpflege DN II und Dipl. Krankenschwester/-pfleger AKP, (KWS, PsyKP, IKP) Diese altrechtlichen, dreijährigen Pflegeausbildungen liefen aus und wurden der HF-Ausbildung Pflege gleichgestellt⁷.

Diplomniveau I Wurde 2004 sistiert, mit 600 Lernstunden eines Passarellenprogramms konnten die Inhaber/-innen einen HF-Abschluss erwerben

FaSRK Ab 1950 bis 1992 verliehener Fähigkeitsausweis des Roten Kreuzes in praktischer Krankenpflege, die altrechtlichen Abschlüsse wurden sistiert und dem FaGe-Abschluss gleichgestellt.

FaGe Fachangestellte Gesundheit mit Fähigkeitsausweis, Berufsausbildung der Sekundarstufe. Die Grundausbildung umfasst 1600 Lektionen an der Berufsschule, davon 560 Allgemeinbildung und Sport. Ergänzend sind 272 Stunden (34 Tage) obligatorische überbetriebliche Kurstage zur Vertiefung und Erweiterung des Wissens, beispielsweise

7 Schäfer, M., Scherrer, A. & Burla, L. (2013). Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung. Systematische Übersichtsarbeit (Obsan Dossier 24). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_dossier_24.pdf

bezogen auf das spezifische Versorgungsgebiet, zu besuchen.

**Rahmenbedingungen
für die Praktika von HF-Lernenden
(Stellenprozente und pädagogische
Ausbildung der Ausbildungsbegleitung)**

«Ein Praktikumsbetrieb kann einen Praktikumsplatz pro 150 Stellenprozente in der entsprechenden Organisationseinheit anbieten, die mit Pflegefachpersonen besetzt sind, welche über einen Abschluss als dipl. Pflegefachfrau HF/dipl. Pflegefachmann HF oder eine gleichwertige Ausbildung im Arbeitsfeld der Pflege verfügen und welche ein Arbeitspensum von mindestens 60% im Praktikumsbetrieb haben.

Pflegefachpersonen, die Studierende anleiten und ausbilden, verfügen über einen Abschluss als dipl. Pflegefachfrau HF/dipl. Pflegefachmann HF oder eine gleichwertige Ausbildung im Arbeitsfeld der Pflege, Berufserfahrung im Arbeitsfeld der Pflege und eine berufspädagogische Qualifikation im Äquivalent von 100 Lernstunden.

Pflegefachpersonen, die im Praktikumsbetrieb die Verantwortung für die Ausbildung tragen, verfügen über einen Abschluss als dipl. Pflegefachfrau HF/dipl. Pflegefachmann HF oder eine gleichwertige Ausbildung im Fachgebiet, mindestens zwei Jahre Berufserfahrung im Fachgebiet und eine berufspädagogische Qualifikation im Äquivalent von 600 Lernstunden.»⁸

**Rahmenbedingungen
für die Ausbildungsbetriebe
von FaGe-Lernenden**

«Berufsbildner/-innen müssen mindestens über eine Qualifikation als Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ (oder einschlägigen Abschluss der höheren Berufsbildung) und zwei Jahre berufliche Praxis im Lehrgebiet verfügen. Pro lernender Person muss eine Berufsbildner/-in zu 60 Prozent oder zwei Berufsbildner/-innen zu je mindestens 50 Prozent angestellt sein. Mit jeder zusätzlichen Beschäftigung einer Fachkraft (mind. FaGe-Niveau) zu 60 Prozent oder von zwei Fachkräften zu je mindestens 50 Prozent darf eine weitere lernende Person im Betrieb ausgebildet werden. Unter gewissen Bedingungen kann die Maximalzahl der Lernenden gelockert werden.»⁹

Die betreuerischen Lehrinhalte in Aus- und Weiterbildungen fasst Kapitel 1.3.2 der Publikation Wegweiser für gute Betreuung im Alter¹⁰ zusammen.

8 OdASanté, 2016, Rahmenlehrplan für Bildungsgänge der höheren Fachschulen «Pflege» mit dem geschützten Titel «dipl. Pflegefachfrau HF», OdASanté (2016): https://www.odasante.ch/fileadmin/odasante.ch/docs/Hoehere_Berufsbildung_und_Hochschulen/RLP_Pflege_HF_09.11._2016-d.pdf

9 OdASanté, 2016, Verordnung des SBFI über die berufliche Grundbildung Fachfrau Gesundheit / Fachmann Gesundheit EFZ (2016): https://www.odasante.ch/fileadmin/odasante.ch/docs/Berufliche_Grundbildung/FaGe_BiVo_2016_d.pdf

10 «Wegweiser für gute Betreuung im Alter», C. Heinzmann, R. Pardini, C. Knöpfel
Grundlagenpapier 1: Was ist Betreuung im Alter? [2020] https://gutaltern.ch/wp-content/uploads/2020/07/Grundlagenpapier_1_Was_ist_Betreuung_im_Alter.pdf

Anhang 12: Vergleich Gesundheitswesen Holland – Schweiz

Der holländische Staat hat ein ähnlich aufgebautes Gesundheitswesen wie die Schweiz. Die Versorgung gliedert sich in eine ambulante, stationäre, rehabilitative und eine Langzeitpflegeversorgung, die durch verschiedene private und öffentliche Träger sichergestellt werden. Die allgemeine Krankenversicherung ist ebenfalls durch private Versicherungsgruppen gewährleistet; sie ist obligatorisch und deckt in ähnlicher Weise die nötige Grundversorgung in allen Behandlungsbereichen ab. Die Selbstbehalte in Holland sind tiefer.

Der einzige wesentliche Unterschied besteht darin, dass in Holland das Gesundheitswesen eine Aufgabe des Staates, also der Regierung (im Auftrag des Parlaments) von Holland ist. Sie verfügt über weitreichende Kompetenzen und stellt die Landesversorgungsplanung sicher. Sie bestimmt auch, in welcher Weise die einzelnen Leistungen angeboten werden, indem sie diese einerseits über die Leistungsplanung, andererseits über die Tarifgestaltung steuert.

So sind beispielsweise in den letzten 20 Jahren sehr viele kleine Spitäler geschlossen worden zugunsten von grossen Zentren, die entsprechend entwickelt und nach den neuesten Erkenntnissen der Prozessabläufe gebaut wurden. Die Tarife für das Spitalwesen liegen in Holland in der Folge deutlich tiefer als in der Schweiz, obwohl das allgemeine Kostenniveau durchaus vergleichbar ist.

Die Entwicklung ambulant vor stationär ist in Holland ähnlich die gleiche wie in der Schweiz. In den letzten drei Jahren stellte man zum Beispiel aufgrund der Entwicklung (Senkung der Aufenthaltstage im Spital, Entwicklung ambulant vor stationär) fest, dass zu viele stationäre Akutbetten vorhanden sind. Die Regierung entschied, dass Hunderte von Betten, teils in neu gebauten Spitalern, wieder abgebaut werden müssen. Dies löste nochmals tief greifende Änderungen im Spitalwesen aus, die heute in der Umsetzung stehen.

Man reagiert in Holland sowohl von den Behörden her wie auch seitens der Anbieter flexibel auf wechselnde Herausforderungen.».



Spitex Kantonalverband Schwyz SKSZ

Alte Gasse 6, 6438 Ibach

Telefon 041 850 45 11

info@spitexsz.ch, www.spitexsz.ch