

Weisung des Stadtrats von Zürich an den Gemeinderat

vom 27. Januar 2021

Postulat von Marion Schmid und Marcel Savarioud betreffend Vorlage eines Berichts über die finanziellen Auswirkungen im Zusammenhang mit der angestrebten Verlagerung von der stationären Altersversorgung hin zum Wohnen zu Hause, Bericht und Abschreibung

Am 21. November 2018 reichten Gemeinderätin Marion Schmid und Gemeinderat Marcel Savarioud (beide SP) folgendes Postulat, GR Nr. 2018/449, ein, das dem Stadtrat am 30. Januar 2019 zur Prüfung überwiesen wurde:

Der Stadtrat wird aufgefordert, dem Gemeinderat zusammen mit der Überarbeitung der Altersstrategie einen Bericht vorzulegen, der aufzeigt, wie sich die angekündigte Verlagerung (vom stationären Bereich hin zu vom Leben zu Hause unterstützt mit Spitex-Leistungen) auf die Finanzierung der Unterstützung (Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft und Ähnliches) auswirkt. Dabei sind die finanziellen Auswirkungen sowohl aus der Perspektive der Leistungsbezüger*innen als auch aus der Perspektive der öffentlichen Hand und der Versicherungen als Kostenträger zu beleuchten.

Dabei ist insbesondere auf folgende Fragen einzugehen:

- Wie gross wird der Anteil der älteren Bevölkerung geschätzt, die bei einem Ausbau der ambulanten Versorgung zusätzlich zu Hause leben könnte? Wie viele stationäre Plätze könnten aufgrund reduzierter Nachfrage abgebaut werden? Welchen Mehraufwand würde dies bei den Spitex-Leistungen und anderen Dienstleistungen ergeben? Welchen Minderaufwand im stationären Bereich?
- Welche zusätzlichen Anforderungen stellt eine solche Verlagerung an spezifische Angebote (z. B. geriatrische Rehabilitation, Akut- und Übergangspflege, ambulante psychiatrische Betreuung...) und wie kann deren Finanzierung für alle Bevölkerungsgruppen gewährleistet werden?
- Welche Auswirkungen hätte diese Verlagerung auf die einzelnen Kostenträger (Leistungsbezüger*innen, öffentlichen Hand, Versicherungen)?
- Welche Auswirkungen hätte diese Verlagerung auf die Stadtkasse, insbesondere auch unter Berücksichtigung der Zusatz- und Ergänzungsleistungen?
- Wie wird gewährleistet, dass diese Verlagerung nicht zu Lasten der Angehörigen (durch Pflege und Betreuungsaufgaben sowie finanzielle Unterstützung) oder der Leistungsbezüger*innen geht?
- Wie wird gewährleistet, dass alle Bevölkerungsschichten die notwendige Unterstützung zu Hause finanzieren können und nicht aus finanziellen Gründen von Leistungen ausgeschlossen bleiben oder gegen ihren Willen in eine Langzeitinstitution eintreten müssen?

Begründung:

Im Zusammenhang mit der Überarbeitung der Altersstrategie hat der Stadtrat angekündigt, eine Verlagerung weg von den stationären Altersinstitutionen hin zum Wohnen zu Hause mit Spitex-Leistungen anzustreben. Dies beurteilen wir grundsätzlich als richtig. Die angekündigte Verlagerung entspricht dem Wunsch der grossen Mehrheit der älteren Bevölkerung: Neue Formen des Service-Wohnens, alternative Wohnformen und die Digitalisierung eröffnen neue Möglichkeiten.

Diese Entwicklungen haben aber grosse Auswirkungen auf die Finanzierung der Angebote im Alter und auf deren Finanzierbarkeit für jeden einzelnen. Aus unterschiedlichen Finanzierungssystemen ergeben sich Ungerechtigkeiten und Fehlanreize. Zudem besteht das Risiko, dass Menschen von Leistungen, die für ein würdiges Leben erforderlich sind, ausgeschlossen bleiben oder diese finanziellen Aufwände auf Angehörige abgewälzt werden.

Die Neuausrichtung der Altersstrategie soll sich an den Bedürfnissen der älteren Menschen unserer Stadt orientieren und nicht einen verdeckten Leistungsabbau mit sich bringen. Gleichzeitig ist für eine nachhaltige Finanzierung dieser Leistungen deren finanziellen Auswirkungen frühzeitig zu berücksichtigen.

Ausgangslage

Nach Ansicht des Stadtrats ist das zentrale Anliegen des Postulats, nämlich die finanziellen Auswirkungen von Angebotsverlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich im Rahmen der Altersstrategie zu berücksichtigen und dabei allen Bevölkerungsgruppen den Zugang zu alternativen Wohn- und Pflegeformen zu gewähren, von grosser Bedeutung. Mit der «Altersstrategie 2035» (Stadtratsbeschluss [STRB] Nr. 283/2020) hat der Stadtrat denn auch strategische Grundlagen geschaffen, die sicherstellen sollen, dass künftige Angebotsverlagerungen eben nicht zulasten von Betroffenen gehen, sondern im Gegenteil, dass der Zugang zur notwendigen Betreuung zu Hause künftig auch bei wenig finanziellem Spielraum ermöglicht wird und dass Angehörige besser entlastet werden können.

Die Stadt ist gesetzlich verpflichtet, einen grossen Kostenanteil der ambulanten und stationären Pflege und der Zusatzleistungen zur AHV/IV (Ergänzungsleistungen) zu tragen. Künftige Investitionen und Anpassungen sollen das Gesamtsystem der Altersversorgung dahingehend ausgleichen, dass der Zugang zu grundlegenden Unterstützungsleistungen künftig unabhängig von der Wohnform und für alle Betroffenen gewährleistet werden kann.

Wie der Stadtrat bereits angekündigt hat, wird er diese Fragestellungen im Rahmen der Umsetzung der «Altersstrategie 2035» untersuchen und dem Gemeinderat zu gegebener Zeit dazu Bericht erstatten.

Bericht zu Auswirkungen von Verlagerungseffekten im Finanzierungssystem der Altersversorgung

Mit dem vorliegenden Bericht «Finanzierungssystem der Altersversorgung und Entwicklung des Bedarfs nach ambulanter und stationärer Pflege und Betreuung in unterschiedlichen Settings» vom 14. Januar 2021 (Beilage) legt der Stadtrat in Beantwortung des Postulats das heutige Finanzierungssystem der Altersversorgung und dessen unterschiedliche Implikationen und Grenzen je nach Wohnform und Unterstützungs- und Pflegebedarf sowie nach Leistungsart und Finanzierungsträger im Detail dar.¹

Dabei wird differenziert zwischen gesichertem Wissen und abschätzbaren Auswirkungen einerseits sowie offenen Punkten andererseits, die sich erst im Rahmen der Umsetzung der Altersstrategie und im Rahmen von aktuellen kantonalen oder nationalen Entwicklungen klären werden. Soweit aus heutiger Sicht abschätzbar, werden im Bericht die Auswirkungen der im Rahmen der Altersstrategie vorgesehenen Massnahmen zur Anpassung des stationären Angebots zugunsten einer Stärkung des ambulanten Bereichs im Kontext dieser Finanzierungsmechanismen verortet.

Die in der Altersstrategie definierte weitere Entwicklung des Wohn-, Betreuungs- und Pflegeangebots findet im Kontext einer dynamischen und teils unübersichtlichen Angebotslandschaft statt. Entsprechende Hochrechnungen in Frankenbeträgen sind zum heutigen Zeitpunkt nicht möglich, weil die dazu nötigen Grundlagen im Rahmen verschiedener Massnahmen der Altersstrategie im Verlauf der Umsetzung erarbeitet werden (z. B. Festlegung von Bedarfs- und Leistungsdimensionen und entsprechenden Finanzierungsmodellen).

Die spezifischen Fragestellungen des Postulats kann der Stadtrat bezugnehmend auf den Bericht «Finanzierungssystem der Altersversorgung und Entwicklung des Bedarfs nach ambulanter und stationärer Pflege und Betreuung in unterschiedlichen Settings» vom 14. Januar 2021 (Beilage) wie folgt beantworten:

¹ Der Bericht wurde mit Unterstützung der Hochschule Luzern auf der Basis von bestehenden Statistiken, Studien und Auswertungen erstellt und um einzelne Zusatzauswertungen von statistischen Daten zur Restfinanzierung der ambulanten Pflege ergänzt.

Zu Frage 1 («Wie gross wird der Anteil der älteren Bevölkerung geschätzt, die bei einem Ausbau der ambulanten Versorgung zusätzlich zu Hause leben könnte? Wie viele stationäre Plätze könnten aufgrund reduzierter Nachfrage abgebaut werden? Welchen Mehraufwand würde dies bei den Spitex-Leistungen und anderen Dienstleistungen ergeben? Welchen Minderaufwand im stationären Bereich?»):

Es gibt zurzeit keine Prognosemodelle für die Langzeitpflege, die gleichzeitig den ambulanten, stationären und intermediären Bereich berücksichtigen. Dies erschwert eine integrierte Planung. Der Stadtrat hat im Rahmen der Erarbeitung der «Altersstrategie 2035» das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) beauftragt, statistische Grundlagen zur Planung der stationären Pflegeplätze zu erstellen. Der methodische Ansatz des Obsans kommt in der Mehrheit der Kantone zur Anwendung. Anhand der städtischen Bevölkerungsprognosen und Daten zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in der älteren Bevölkerung berechnete das Obsan verschiedene Szenarien zum künftigen Bedarf an Pflegebetten. Für die Stadt Zürich erschien dasjenige Szenario als plausibel, das davon ausgeht, dass der Anteil Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen aufgrund einer stärkeren Nachfrage nach alternativen Wohn- und Pflegeformen und sich verändernder Präferenzen sinken wird (Verlagerung von 50 Prozent der Fälle bei keiner und leichter Pflegebedürftigkeit sowie Verlagerung von 10 Prozent bei mittlerer und schwerer Pflegebedürftigkeit vom Heimbereich in den ambulanten Versorgungsbereich).

Gestützt auf die Berechnungen des Obsans geht der Stadtrat davon aus, dass im Jahr 2035 der Bedarf gesamtstädtisch bei etwa 5800 stationären Pflegeplätzen liegen wird und somit rund 600 stationäre Pflegeplätze weniger benötigt werden, als heute in der Stadt angeboten werden. Gleichzeitig werden bei Umsetzung der «Altersstrategie 2035» fast 1200 Pflegebedürftige mehr eine ambulante Unterstützung und Pflege benötigen als bei einer Fortführung des Status quo (davon knapp 900 leicht Pflegebedürftige und rund 300 mittel bis schwer Pflegebedürftige). Diese Entwicklung will der Stadtrat gezielt unterstützen: einerseits mit der mittelfristigen Umwandlung von rund 500 bisher stationär geführten Plätzen in städtischen Alterszentren zu Modellen des Wohnens mit Betreuung, die auch für Beziehende von Zusatzleistungen zur AHV/IV (EL-Beziehende) zugänglich sein sollen, und andererseits mit einer Stärkung der ambulanten Angebote und der Verbesserung des Zugangs von EL-Beziehenden zu Unterstützungs- und Betreuungsleistungen zu Hause. Diese Vorhaben sind in verschiedenen Massnahmen der Altersstrategie definiert. Die zuständigen städtischen Stellen sind beauftragt, die entsprechenden konzeptuellen Grundlagen zu erarbeiten.

Mit dieser geplanten Entwicklung können hinsichtlich der Gesamtkosten grundsätzlich Mehraufwände im ambulanten und Minderaufwände im stationären Langzeitbereich erwartet werden. Diese beiden Effekte können zum heutigen Zeitpunkt jedoch aus verschiedenen Gründen nicht in einer Gesamtschau gegeneinander aufgewogen werden. Dies hat einerseits mit einer ungenügenden Datenlage zu tun und andererseits damit, dass es dazu genauere Schätzungen zur künftigen Angebots- und Preisgestaltung (sowie zu allfälligen Subventionsmodellen) im ambulanten Bereich braucht (z. B. Angebote des Wohnens mit Betreuung, aber auch künftige Leistungen der Angehörigen). Wie im Bericht «Finanzierungssystem der Altersversorgung und Entwicklung des Bedarfs nach ambulanter und stationärer Pflege und Betreuung in unterschiedlichen Settings» vom 14. Januar 2021 (Beilage) aufgezeigt wird, können die Gesamtkosten für umfassendere Unterstützungsleistungen im Rahmen eines Wohnens mit Betreuung auch bei leichter bis mittlerer Pflegebedürftigkeit nahe an den heutigen stationären Kosten liegen.

Zu Frage 2 («Welche zusätzlichen Anforderungen stellt eine solche Verlagerung an spezifische Angebote (z. B. geriatrische Rehabilitation, Akut- und Übergangspflege, ambulante psychiatrische Betreuung...) und wie kann deren Finanzierung für alle Bevölkerungsgruppen gewährleistet werden?»):

Die Stadt trägt bereits heute ein breites Angebot an spezialisierten Pflegediensten und Beratungsstellen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung mit, etwa in

den Bereichen Palliative Care, psychiatrische Pflege, Nachspitex, sozialmedizinische aufsuchende Pflege, Memory-Kliniken sowie Akut- und Übergangspflege.

Bei einer vermehrten Nutzung von Leistungen, die dem ambulanten Bereich zugeordnet sind (z. B. Nachspitex), entsteht für Betroffene keine Mehrbelastung, weil die Kosten über Leistungsverträge und die Restfinanzierung durch die öffentliche Hand gedeckt sind, abzüglich der Krankenkassenbeiträge und der Patientenbeteiligung. Hingegen entstehen finanzielle Mehrbelastungen für Betroffene durch die Kosten für Tagestaxen, wenn sie vorübergehend Angebote nutzen, die dem stationären Bereich zugeordnet sind, etwa im Bereich von Tagesheimen (Tagesaufenthalte, Ferienaufenthalte), oder bei der Akut- und Übergangspflege in einem Alters- oder Pflegeheim. Im Rahmen der Altersstrategie werden hier Massnahmen zur Entlastung der Betroffenen mit wenig finanziellem Spielraum geprüft.

Zu den Fragen 3 und 4 («Welche Auswirkungen hätte diese Verlagerung auf die einzelnen Kostenträger (Leistungsbezüger*innen, öffentlichen Hand, Versicherungen)?»; «Welche Auswirkungen hätte diese Verlagerung auf die Stadtkasse, insbesondere auch unter Berücksichtigung der Zusatz- und Ergänzungsleistungen?»):

Die heutige Mischfinanzierung führt je nach Wohnform und Pflegesituation zu unterschiedlichen Belastungen der verschiedenen Finanzierungsträger: Krankenversicherung, Bund (Hilflosenentschädigung AHV), Stadt Zürich (Restfinanzierung Pflege, Beiträge an Hauswirtschaft, Zusatzleistungen AHV), Kanton Zürich (Zusatzleistungen AHV) und private Haushalte (Patientenbeteiligung, Kosten für Unterstützungs- und Betreuungsleistungen, heimbedingte Mehrkosten für Pension). Deshalb lassen sich die finanziellen Folgen diversifizierter Wohn- und Pflegeformen und einer Verlagerung zwischen der ambulanten und stationären Pflege nur anhand konkreter idealtypischer Situationen beschreiben.

Im Bericht «Finanzierungssystem der Altersversorgung und Entwicklung des Bedarfs nach ambulanter und stationärer Pflege und Betreuung in unterschiedlichen Settings» vom 14. Januar 2021 (Beilage) werden anhand von drei idealtypischen Wohn- und Pflegeformen (1. in der angestammten Wohnung, 2. im Betreuten Wohnen/Alterswohnungen der Stadt [Variation subventioniert/freitragend, älterer Bestand/Neubau], 3. im Pflegeheim) die Gesamtkosten sowie die unterschiedlichen Kostenbestandteile und Finanzierungsträger pro Idealtyp aufgezeigt. Innerhalb einer Wohn- und Pflegeform selbst kann es jedoch je nach Dienstleistungsanbieter und Infrastrukturkosten (Miete/Taxen) zu erheblichen Variationen kommen.

Die Berechnungen zeigen bei variierender Pflegebedürftigkeit das Spannungsfeld zwischen zwei gegenläufigen Bewegungen auf. Die Pensionstaxe und die Betreuungstaxe stellen bei der Pflege im Heim zusammen einen deutlich höheren Kostenblock dar als der normale Lebensunterhalt und die Miete mit den heutigen Mietzinsmaxima bei der Pflege in der privaten Wohnung. Das gilt auch gegenüber dem Wohnen in städtischen Alterswohnungen mit Dienstleistungen und Spitex und der Wohn- und Pflegeform «Betreutes Wohnen». Hinter der Pflege im Heim steht ein umfassendes Dienstleistungsangebot (Vollpension, Wäsche, Reinigung, Hauswirtschaft, Betreuung), aus dem keine Einzelkomponenten ausgewählt werden können. Dieser höhere Kostenblock schlägt sich auch in höheren Kosten bei den Ergänzungsleistungen nieder, wenn eine Heimbewohnerin oder ein Heimbewohner die Kosten nicht aus dem eigenen Einkommen und Vermögen tragen kann.

Umgekehrt ist die Pflege im Heim mit steigender Pflegebedürftigkeit günstiger als die Pflege zu Hause. Mit steigender Pflegebedürftigkeit steigen die Kosten für die Restfinanzierung der Pflege. Je grösser der Unterschied in der kantonal festgelegten Patientenbeteiligung zwischen ambulanter und stationärer Pflege ist und je höher die Unterschiede in den im Rahmen der Restfinanzierung anerkannten Voll- oder Normkosten pro Pflegeminute zwischen dem ambulanten und stationären Bereich ausfallen, desto stärker schlägt sich die Differenz in den Lasten

für die öffentliche Hand nieder. Für die Krankenversicherer ist die Pflege im Heim immer günstiger als eine entsprechende Pflege durch die Spitex.

Dieses strukturelle Spannungsfeld ist bekannt. Die konkreten Berechnungen zeigen für die Stadt aber, dass sich die Kostenvorteile des betreuten Wohnens oder des Verbleibs in der privaten Wohnung mit steigender Pflegebedürftigkeit und hohem Unterstützungsbedarf ins Gegenteil verkehren können. Eine klare Grenze kann nicht angegeben werden, da sie einerseits vom Mietzins und andererseits vom Umfang der für den Verbleib in der eigenen oder betreuten Wohnung notwendigen Unterstützungs- und Betreuungsleistungen bzw. dem Preis von angebotenen Servicepaketen abhängt. Eine wichtige Rolle bei den Kostenvorteilen ambulanter Lösungen spielen auch die Leistungen von Angehörigen, Freundinnen und Freunden und Nachbarschaften. Die Kostenvorteile verringern sich, wenn Opportunitätskosten für die Pflege und Betreuung durch Angehörige in die Berechnung einbezogen werden.

Durch die Umsetzung der «Altersstrategie 2035» ist aufgrund der Verlagerung von Plätzen für Menschen mit keiner oder leichter Pflegebedürftigkeit mit einer Entlastung bei den Ergänzungsleistungen zu rechnen. Diese wird jedoch teilweise durch Mehrbelastungen im Bereich der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten sowie von Zusatzleistungen für Betreuung und Unterstützung im ambulanten Sektor kompensiert. Andererseits erfolgt eine Verlagerung der Kosten bei der Restfinanzierung: Parallel zur Entlastung der Restfinanzierung im stationären Bereich erfolgt eine Mehrbelastung der Restfinanzierung bei den ambulanten Pflegekosten sowie bei den Kosten für hauswirtschaftliche Leistungen (Spitex Zürich). Diese gegenläufigen Entwicklungen lassen sich mit der heutigen Datenlage nicht belastbar quantifizieren. In beiden Bereichen werden zudem aktuell verschiedene Postulate und Motionen in den nationalen und kantonalen Parlamenten (u. a. eine Motion zur Abgeltung des betreuten Wohnens oder zur Integration der Pflege in die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen) behandelt, die einen erheblichen Einfluss auf die Finanzierungsströme und die Lastenverteilung ausüben würden.

Zu Frage 5 («Wie wird gewährleistet, dass diese Verlagerung nicht zu Lasten der Angehörigen (durch Pflege und Betreuungsaufgaben sowie finanzielle Unterstützung) oder der Leistungsbezüger*innen geht?»):

Eine Reduktion von Plätzen im Heimbereich ginge dann zu Lasten der Leistungsbezügerinnen und -bezüger sowie der Angehörigen, wenn entsprechende alternative Wohnumgebungen oder ambulante Leistungen fehlen würden. Die Altersstrategie sieht jedoch eine Diversifizierung des Wohn- und Pflegeangebots gemäss den Bedürfnissen der Bevölkerung vor und strebt mit verschiedenen Massnahmen eine Stärkung der Unterstützung im ambulanten Bereich an. Bei den ambulanten Leistungen ist zu differenzieren zwischen Pflegeleistungen nach KVG, alltagsbezogenen Dienstleistungen und betreuenden Leistungen. So ginge eine Reduktion des stationären Angebots auch dann zulasten der Betroffenen und Angehörigen, wenn die ambulanten Leistungen zwar vorhanden wären, aber die Ergänzungsleistungen die Kosten für die notwendigen Dienstleistungen und Betreuungsleistungen analog zum Heim nicht übernehmen würden. Mit den Massnahmen 1.20 und 1.21 der Altersstrategie werden Finanzierungsmodelle geprüft, die diese Leistungen für Menschen mit wenig finanziellem Spielraum zugänglicher machen. Zusätzlich sollen weitere Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige geprüft werden (Massnahme 1.17).

Umgekehrt würde die Belastung der Angehörigen auch dann steigen, wenn das Angebot von Wohnungen mit Dienstleistungen oder von Plätzen in Alters- und Pflegeheimen die Nachfrage nicht decken würde. Dies ist nicht das Ziel der Altersstrategie. Vielmehr soll ein bedarfsgerechtes Angebot an stationären Plätzen auch in Zukunft jederzeit verfügbar sein, wobei sich jedoch die Wohn- und Pflegeangebote stärker an den Bedürfnissen der Betroffenen und an

den sozialräumlichen Gegebenheiten (z. B. bereits vorhandene lokale Angebotsstrukturen) ausrichten sollen.

Nach wie vor soll auch in Zukunft im Sinne der Selbstbestimmung gewährleistet sein, dass Betroffene nach Wunsch eine stationäre Wohnform in Anspruch nehmen können. Diese Entscheidung soll unabhängig von der finanziellen Situation der Betroffenen erfolgen können.

Zu Frage 6 («Wie wird gewährleistet, dass alle Bevölkerungsschichten die notwendige Unterstützung zu Hause finanzieren können und nicht aus finanziellen Gründen von Leistungen ausgeschlossen bleiben oder gegen ihren Willen in eine Langzeitinstitution eintreten müssen?»):

Die Kostenbeteiligung der Pflegebedürftigen an der Pflege (z. B. Spitex) ist heute und auch weiterhin im Rahmen der Patientenbeteiligung begrenzt. Die Kosten der hauswirtschaftlichen Leistungen durch Spitex Zürich sind für die Bevölkerung einkommensabhängig ausgestaltet und den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV anrechenbar. In diesem Leistungsbereich besteht heute hinsichtlich der Finanzierung kein Handlungsbedarf.

Hingegen sieht der Stadtrat hinsichtlich der Finanzierung von weiteren nicht pflegerischen Unterstützungs- oder Betreuungsleistungen im ambulanten Bereich Handlungsbedarf, den er im Rahmen der Umsetzung der Altersstrategie prüfen wird. Zum einen sollen die Kosten in einem noch zu definierenden Rahmen für Wohnen mit Dienstleistungen und Betreuung zukünftig von den Ergänzungsleistungen stärker mitgetragen werden (Massnahme 1.20 der Altersstrategie); zum anderen wird der Stadtrat eine Mitfinanzierung von vorübergehenden stationären Aufenthalten bei Personen mit wenig finanziellem Spielraum prüfen (z. B. Tagesheime und Ferienplätze; Massnahme 1.21 der Altersstrategie). Diese Massnahmen verfolgen das Ziel, bedarfsgerechte (notwendige) Leistungen auch im ambulanten Bereich für Betroffene mit wenig finanziellem Spielraum zugänglich zu machen und so Heimeintritte aus finanziellen Gründen zu verhindern.

Dem Gemeinderat wird beantragt:

- 1. Vom Bericht betreffend Vorlage eines Berichts über die finanziellen Auswirkungen im Zusammenhang mit der angestrebten Verlagerung von der stationären Altersversorgung hin zum Wohnen zu Hause (Beilage, Fassung vom 14. Januar 2021) wird Kenntnis genommen.**
- 2. Das Postulat, GR Nr. 2018/449, von Marion Schmid (SP) und Marcel Savarioud (SP) vom 21. November 2018 betreffend Vorlage eines Berichts über die finanziellen Auswirkungen im Zusammenhang mit der angestrebten Verlagerung von der stationären Altersversorgung hin zum Wohnen zu Hause wird als erledigt abgeschrieben.**

Die Berichterstattung im Gemeinderat ist dem Vorsteher des Gesundheits- und Umweltsportdepartements sowie dem Vorsteher des Sozialdepartements übertragen.

Im Namen des Stadtrats

die Stadtpräsidentin

Corine Mauch

die Stadtschreiberin

Dr. Claudia Cucho-Curti

Finanzierungssystem der Altersversorgung und Entwicklung des Bedarfs nach ambulanter und sta- tionärer Pflege und Betreuung in unterschiedlichen Settings

Bericht in Erfüllung des Postulats GR Nr. 2018/449

Zürich, 14. Januar 2021

Herausgeberin

Stadt Zürich
Departementssekretariat GUD
Obere Zäune 26
Postfach, 8022 Zürich

Tel. +41 44 412 11 11
Fax +41 44 412 28 20
<http://www.stadt-zuerich.ch/gud>

Redaktionelle Bearbeitung

Dr. sc. nat. Matthias Wächter, Hochschule Luzern, Institut für Betriebs- und Regionalökonomie
Dr. phil. Caroline Moor, Departementssekretariat GUD

Inhalt

1	Einleitung	4
2	Entwicklung des Bedarfs nach stationärer und ambulanter Pflege	5
2.1	Inanspruchnahme von stationärer Pflege	5
2.2	Inanspruchnahme von ambulanter Pflege	7
2.3	Prognose der Pflegebedürftigkeit für die Stadt Zürich	11
2.4	Fazit: Entwicklung der Inanspruchnahme von stationärer und ambulanter Pflege	13
3	Diversifizierung des Wohn- und Pflegeangebots	15
3.1	Neue Wohn- und Pflegeformen im Alter	15
3.2	Bedeutung nicht-pflegerischer Leistungen für den Verbleib in einem ambulanten Setting	19
3.3	Rolle der spitalexternen Pflege in integrierten Versorgungsansätzen	21
3.4	Fazit: Neue Wohn- und Pflegeformen im ambulanten Bereich	22
4	Finanzierungsströme und Implikationen der heutigen Pflegefinanzierung	23
4.1	Finanzierungsströme der heutigen Pflegefinanzierung	23
4.2	Kostenbestandteile und Finanzierungsträger je nach Wohn- und Pflegeform	33
4.3	Fazit	37
5	Auswirkungen geplanter Reformen der Pflegefinanzierung	39
5.1	Entwicklungen auf nationaler Ebene	39
5.2	Entwicklungen auf Kantonaler Ebene	41
6	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	43

1 Einleitung

Mit dem Postulat GR Nr. 2018/449 forderte der Gemeinderat den Stadtrat auf, darzulegen, wie sich die angekündigte Verlagerung vom stationären Bereich hin zum Leben zu Hause unterstützt mit Spitex-Leistungen auf die Finanzierung der Unterstützung (Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft und Ähnliches) auswirkt. Dabei sollten auch die finanziellen Auswirkungen sowohl aus der Perspektive der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger als auch aus der Perspektive der öffentlichen Hand und der Versicherungen als Kostenträger beleuchtet werden.

Mit dem vorliegenden Bericht wird das heutige Finanzierungssystem der Altersversorgung und dessen unterschiedlichen Implikationen und Grenzen je nach Wohnform und Unterstützungs- und Pflegebedarf, sowie nach Leistungsart und Finanzierungsträger im Detail dargelegt.

Soweit aus heutiger Sicht abschätzbar, werden im Bericht zudem die Auswirkungen der im Rahmen der «Altersstrategie 2035» (STRB 283/2020) vorgesehenen Massnahmen zur Anpassung des stationären Angebots zugunsten einer Stärkung des ambulanten Bereichs im Kontext dieser Finanzierungsmechanismen verortet. Entsprechende Hochrechnungen in Frankenbeträgen sind jedoch zum heutigen Zeitpunkt nicht möglich, weil die dazu nötigen Grundlagen im Rahmen verschiedener Massnahmen der Altersstrategie zuerst erarbeitet werden müssen. Erst wenn die Festlegung von Bedarfs- und Leistungsdimensionen und entsprechenden Finanzierungsmodellen im Rahmen der Altersstrategie weiter ausgearbeitet worden sind, werden sich die finanziellen Auswirkungen besser abschätzen lassen.

2 Entwicklung des Bedarfs nach stationärer und ambulanter Pflege

Für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung sollte die aktuelle und zukünftige Zahl pflege- und unterstützungsbedürftiger Personen und ihre Verteilung auf verschiedene Versorgungsangebote bekannt sein oder robust abgeschätzt werden können. Die Inanspruchnahme von stationärer Pflege in Alters- oder Pflegeheimen und Pflegewohngruppen ist in der Schweiz recht gut dokumentiert. Hingegen kann die Anzahl Pflegebedürftiger im ambulanten Bereich und in alternativen Wohnformen mit den heutigen statistischen Grundlagen nur grob geschätzt werden. In diesem Kapitel werden die verfügbaren Daten und Analysen zur aktuellen und prognostizierten Anzahl von Pflegebedürftigen in unterschiedlichen Wohn- und Pflegesettings in der Stadt Zürich diskutiert.

2.1 Inanspruchnahme von stationärer Pflege

Eine Obsan-Studie (2019) hat kürzlich im Auftrag der Stadt Zürich statistische Grundlagen zur Pflegeplanung im Hinblick auf die Altersstrategie erarbeitet. Gemäss dieser Studie wurden im Jahr 2017 (Stichtag vom 31.12.2017) 6252 Klientinnen und Klienten mit Herkunft Stadt Zürich¹ in einer Institution der stationären Langzeitpflege betreut². Davon waren 2318 Personen als nicht oder nur leicht pflegebedürftig (Pflegestufe 0-2) und 3934 Personen als mittel- oder schwer pflegebedürftig (Pflegestufe 3-12) eingestuft. Zusätzlich befanden sich 45 Personen im Alter von 65 Jahren oder älter am Stichtag in Akut- und Übergangspflege (deren Pflegestufe ist nicht erfasst, da die Abgeltung ihrer Pflege über einen vereinbarten Pauschaltarif erfolgt). Von den insgesamt 6297 Klientinnen und Klienten mit Herkunft Stadt Zürich waren 515 jünger als 65 Jahre (davon waren 103 Personen nicht oder nur leicht pflegebedürftig und 412 Personen mittel bis schwer pflegebedürftig).

Die Stadt Zürich hat eine gesetzliche «Versorgungspflicht» für diese Personen. Diese muss aber nicht zwingend durch Heime mit Standort Zürich abgedeckt werden. Gemäss der kantonalen Pflegefinanzierung leistet die Stadt Zürich Restfinanzierungsbeiträge bis zur Höhe des vom Kanton festgelegten Normdefizits auch an Aufenthalte in ausserstädtischen Einrichtungen. Von den genannten 6252 Klientinnen und Klienten mit Herkunft Zürich (ohne Akut- und Übergangspflege) lebten am Stichtag (31. Dezember 2017) 5239 in einem Alters- oder Pflegeheim mit Standort Zürich (einschliesslich der Aussenstandorte der städtischen Alterszentren). Dies bedeutet, dass 1013 der Personen mit Herkunft Stadt Zürich in einem Alters- oder Pflegeheim lebten und gepflegt wurden, das sich nicht in der Stadt Zürich befand. Umgekehrt kamen Ende 2017 nur 443 Bewohnerinnen und Bewohner eines Alters- und Pflegeheimens mit Standort Zürich aus einer ausserstädtischen Gemeinde oder einem anderen Kanton.

Die Wanderungsbilanz 2017 war für Zürich somit negativ; deutlich mehr Personen mit Stadtzürcher Herkunft lebten in einem ausserstädtischen Heim als umgekehrt. Bei der Pflegeplanung sind Wanderungsbilanzen und ausserstädtische Über- und Unterkapazitäten zu berücksichti-

¹ Herkunft bezeichnet die Restfinanzierungsverantwortung der Gemeinde, in der die Leistungsbezügerin oder der Leistungsbezüger zivilrechtlichen Wohnsitz hat. Bei Pflegeleistungen von Pflegeheimen begründet der Aufenthalt jedoch keine neue Zuständigkeit, sondern die Gemeindebeiträge sind von der Gemeinde zu leisten, in der die pflegebedürftige Person vor Eintritt ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hatte.

² Plätze in der Langzeit- und Kurzzeitpflege (ohne Akut- und Übergangspflege).

gen. Eine gewisse Wahlfreiheit ist im Sinne der Selbstbestimmung der älteren Bevölkerung erwünscht und im System der Pflegefinanzierung berücksichtigt. Sie ist zumindest innerhalb des Kantons Zürich im Rahmen der Restfinanzierung der Pflege sowie der Ergänzungsleistungen grundsätzlich durch den Weiterbestand der Finanzierungszuständigkeit der Herkunftsgemeinde garantiert.

In der Stadt Zürich bieten über 80 städtische, gemeinnützige oder private Betriebe insgesamt rund 6450 stationäre Pflegeplätze³. Die Alters- und Pflegezentren der Stadt Zürich verfügen über 3520 Plätze (Stand Ende 2019). Zusätzlich bestehen vertragliche Vereinbarungen der Stadt Zürich mit sieben privat-gemeinnützigen Heimen.

Tabelle 1: Angebot an stationären Plätzen in Alters- und Pflegeheimen in der Stadt Zürich (inkl. Aussenstandorte der städtischen Alterszentren)

		Jahr								
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total	Unterbringungstage (in 1 000)	2 306	2 085	2 171	2 125	2 099	2 111	2 080	2 141	2 130
	Verfügbare Betten*	6 638	6 539	6 111	6 184	6 231	6 189	6 120	6 452	6 327
	Ø Bettenbelegung	95.2%	87.4%	97.3%	94.1%	92.3%	93.4%	93.1%	90.9%	92.2%
<i>davon Langzeitaufenthalte</i>	Unterbringungstage (in 1 000)	1 970	2 044	2 132	2 069	2 044	2 054	2 018	2 069	2 057
	Verfügbare Betten	6 524	6 404	5 979	6 058	6 100	6 078	5 993	6 347	6 187
	Ø Bettenbelegung	82.7%	87.4%	97.7%	93.6%	91.8%	92.6%	92.3%	89.3%	91.1%
<i>davon Kurzzeitaufenthalte**</i>	Verfügbare Betten	114	135	132	126	131	111	127	105	140

* Bettenbestand Standort Stadt Zürich (inkl. Aussenstandorte der städtischen Alterszentren), Kurz- und Langzeitaufenthalte inkl. Akut- und Übergangspflege (ohne Betten für Tages-/Nachtstrukturen)

Die Bettenbelegung wurde von der GD Kanton Zürich in diesem Kontext als das Verhältnis der Unterbringungstage zur maximalen Auslastung an 365 Tagen im Jahr berechnet.

** inkl. Akut- und Übergangspflege

Quelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Kenndaten der Langzeitpflege (2011-2019)

In der Stadt Zürich ist der Anteil der nicht oder nur leicht Pflegebedürftigen (Pflegestufe 0-2) unter den über 65-jährigen Bewohnerinnen und Bewohnern einer Langzeitinstitutionen vergleichsweise hoch; mit einem Anteil von 37.1 Prozent liegt er sowohl über dem Durchschnitt im Kanton Zürich (25.7 Prozent) als auch über dem schweizerischen Durchschnitt (19.4 Prozent) (Stand 2017). Dazu tragen auch die rund 1970 Plätze der städtischen Alterszentren bei, deren

³ Gemäss der kantonalen Heimliste, welche die bewilligten Plätze pro Heim ausweist (Stand der Heimliste im Sommer 2020)

Angebot sich gezielt an ältere Menschen mit einem höheren sozialen und alltagsbezogenen Unterstützungsbedarf (aber keinem ausgeprägten Pflegebedarf) richtet; entsprechend belegen viele Bewohnerinnen und Bewohner niedrige Pflegestufen⁴.

Eine Versorgung von Menschen mit wenig oder ohne Pflegebedarf im stationären Setting ist volkswirtschaftlich betrachtet eher teuer (siehe Kapitel 4.2). Für Menschen mit wenig finanziellem Spielraum bietet diese Variante jedoch eine Möglichkeit, um via Ergänzungsleistungen zur AHV/IV die nötigen Unterstützungs- und Betreuungsleistungen zu finanzieren, die ihnen im ambulanten Sektor heute nicht im gleichen Umfang und mit der gleichen Versorgungssicherheit vergütet werden. Der Stadtrat will deshalb im Rahmen der «Altersstrategie 2035» eine Verringerung des Anteils stationärer Pflege zugunsten einer Stärkung der ambulanten Wohn- und Pflegeformen inklusive der dazu nötigen Finanzierungsmodelle prüfen, insbesondere im Bereich der niedrigen Pflegestufen. Ein Teil der Plätze in den Alterszentren soll entsprechend in Modelle des 'Wohnens mit Betreuung' überführt werden, die auch einkommensschwachen Personen zugänglich sein sollen. Weiter soll der Anteil an städtischen Alterswohnungen mit Dienstleistungen und Betreuungsangeboten deutlich ausgebaut werden.

2.2 Inanspruchnahme von ambulanter Pflege

Im Gegensatz zum stationären Bereich existieren keine direkten Daten zur Anzahl Pflegebedürftiger in einem ambulanten Pflegesetting und zur Intensität der ambulanten Pflege in der Schweiz. Dies gilt auch für die Stadt Zürich. Dafür gibt es zwei Gründe: Zum einen erfasst die offizielle Spitex-Statistik aktuell nur die Anzahl Klienten, die über einen gewissen Zeitraum (meistens ein ganzes Jahr) Pflege und hauswirtschaftliche Leistungen beziehen. Damit gibt es keine direkten Angaben über die Anzahl Klienten, die zu einem bestimmten Zeitpunkt pflegerisch und/oder hauswirtschaftlich versorgt werden. Es gibt darüber hinaus im Spitexbereich weder ein einheitliches Mass, um die Intensität der Pflege pro KlientIn oder Fall zu messen, noch eine Erhebung einer solchen Kennzahl. Zum anderen existieren nur grobe Schätzungen zum Anteil der Pflege- und Unterstützungsleistungen, die von Angehörigen, Freunden und Nachbarn erbracht werden. Damit ist es auch schwierig abzuschätzen, in welchem Masse diese vom privaten Umfeld erbrachte Pflege und Unterstützung auch zukünftig erbracht werden kann oder welcher Anteil sich zukünftig auf die bezahlte Pflege durch die Spitex und selbständige Pflegefachpersonen verlagern wird.⁵

⁴ Gemäss der Anmeldestatistik der städtischen Beratungsstelle Wohnen im Alter (WiA) im Zeitraum vom März 2019 bis März 2020 war der häufigste Grund für den Eintritt in ein Alterszentrum der Wunsch nach Dienstleistungen (46 % der Anmeldungen), gefolgt vom Wunsch nach Sicherheit (30 % der Anmeldungen) sowie – mit jeweils 8 % – der Wunsch nach sozialen Kontakten, ein Wohnungsverlust oder ein weiterer Grund.

⁵ Ein Weg zur Abschätzung des Anteils an ambulanter Pflege durch Spitex, Angehörige, Nachbarn und Freunde führt deshalb über die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB). Allerdings müssen die Erhebungen 2012 und 2017 sowie alle Deutschschweizer Kantone gepoolt werden, um statistisch robuste Zahlen über die Pflegebedürftigkeit zu erhalten. Die darauf beruhende Schätzung der Pflegebedürftigkeit kann weder eine zeitliche Entwicklung noch kantonale oder regionale Unterschiede berücksichtigen. Auf dieser Grundlage kommt das Obsan in seiner Studie für die Stadt Zürich zu einer Gesamtzahl von 4251 Pflegebedürftigen mit mindestens einer mittleren Pflegebedürftigkeit über 65 Jahre im Jahr 2017; dies würde bei 3522 Personen, die mit einer Pflegestufe von 3 und höher in einer stationären Einrichtung betreut werden, bedeuten, dass 2017 nur 729 Pflegebedürftige im Alter von über 65 Jahren ambulant gepflegt worden sind. Eine Nachkalkulation durch die Hochschule Luzern zeigt, dass eine Zahl von insgesamt 5850

Die offizielle Spitex-Statistik erfasst heute noch keine anonymisierten, kunden- oder fallbezogenen Individualdaten und ermöglicht daher auch keine Unterscheidung der Leistungen der Spitexorganisationen im Kanton Zürich nach Wohnort oder Trägergemeinde der Restfinanzierung. Aus diesem Grund wurde auf vorliegende Auswertungen der Restfinanzierungsbeiträge der Stadt Zürich an die Pflege und Beiträge an hauswirtschaftliche Leistungen der Spitex zurückgegriffen. Zusätzlich wurden von der Hochschule Luzern Zusatzauswertungen der Daten zur Restfinanzierung in den Jahren 2018 und 2019 vorgenommen, die eine höhere Auflösung und detailliertere Beschreibung der Klientenstrukturen nach Altersgruppen, Einsatzdauer, monatlicher Fallzahl und Intensität des Leistungsbezugs ermöglichen.

Im Jahr 2017 haben Spitexorganisationen und freiberuflich tätige Pflegefachpersonen insgesamt 9 888 Zürcherinnen und Zürcher mit Pflegeleistungen versorgt. Bei dieser Zahl handelt es sich aber nicht um eine Bestandesgrösse wie die Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner eines Pflegeheims an einem Stichtag, sondern um die Summe aller Klientinnen und Klienten, die innerhalb eines Jahres Spitexleistungen bezogen haben. Diese Zahl stieg bis ins Jahr 2019 auf 10 640 Personen an. Das Wachstum zwischen 2014 und 2019 betrug bei der Anzahl Klientinnen und Klienten 21 Prozent, mit einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von 4 Prozent. Bei der Anzahl Pflegestunden betrug der Anstieg im gleichen Zeitraum gar 46 Prozent, mit einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von 8 Prozent. Damit zeigt der ambulante Bereich bereits heute jährlich hohe Wachstumsraten, dies im Gegensatz zu den Aufenthaltstagen im Bereich der stationären Langzeitpflege, die im gleichen Zeitraum stagnierten.

Tabelle 2: Entwicklung der Spitexleistungen in der ambulanten Pflege und Hauswirtschaft

Anzahl Kunden/Kundinnen Pflege						
	2014	2015	2016	2017	2018*	2019*
Spitex Zürich (Pflege)	6 993	7 128	7 046	7 191	7 394	7 548
kispex (Pflege)	58	52	63	69	69	70
Kommerzielle (Pflege) 2	859	1250	1 532	1 596	1 812	1 881
Freiberufliche (Pflege) 3	729	702	813	887	928	955
Auswärtige 4 (Pflege)	123	111	91	145	158	186
Total**	8 762	9 243	9 545	9 888	10 361	10 640
Anzahl Stunden Pflege						
	2014	2015	2016	2017	2018*	2019*
Spitex Zürich (Pflege)	444 473	471 982	487 060	511 066	528 657	539 164
kispex (Pflege)	15 695	17 945	16 836	13 920	14 842	15 152
Kommerzielle (Pflege) 2	118 566	205 518	255 475	299 798	335 773	359 230

Pflegebedürftigen im Jahr 2017, davon 2375 ambulant betreut, eher der realen Grössenordnung entsprechen dürfte. Auf diese Grössenordnung kommt auch eine Studie des Obsan (2018) für den Kanton Zürich, die die Anzahl Pflegebedürftige im Jahr 2016 für die Stadt Zürich auf rund 5800 Personen schätzt. Diese Abschätzungen sind aber aufgrund der anfangs der Fussnote genannten Voraussetzungen für den ambulanten Bereich nur mit grosser Vorsicht zu betrachten.

Freiberufliche (Pflege) 3	35 128	38 209	39 619	38 372	44 475	51 521
Auswärtige 4	1 483	1 822	1 929	3 130	3 546	4 079
Total	615 345	735 476	800 919	866 286	927 294	969 146
Anzahl Stunden hauswirtschaftliche und sozialbetreuerische Leistungen***						
	2014	2015	2016	2017	2018*	2019*
Spitex Zürich (Hauswirtschaft)	304 109	291 609	280 652	270 222	274 018	271 851

* Zahlen gemäss Jahresabschluss einschliesslich Abgrenzungen, effektive Stunden können noch leicht abweichen

1 kispex = Kinder-Spitex des Kantons Zürich, 2 Kommerzielle = Spitex-Organisationen ohne kommunalen Leistungsauftrag, 3 Freiberufliche = selbstständig tätige Pflegefachpersonen, 4 Auswärtige = Personen mit Wohnsitz in der Stadt Zürich, die ausserhalb betreut werden.

** Mehrfachzählungen möglich

*** Es werden von dieser Statistik nur die hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen der Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag und Versorgungspflicht erfasst.

Quelle: Geschäftsberichte des Gesundheits- und Umweltdepartements, 2014 - 2019

Im Bereich der hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen erfasst die Statistik der ambulanten Dienste des GUD lediglich die Leistungen der beauftragten Spitexorganisationen (Spitex Zürich). Seit 2017 werden pro Jahr rund 270 000 Stunden an hauswirtschaftlichen Leistungen in Anspruch genommen. Hauswirtschaftliche Leistungen, welche durch die restlichen Spitexorganisationen⁶ für die Stadtbevölkerung erbracht werden, sind in den offiziellen Statistiken nicht erfasst. Es können daher keine Aussagen über eine allfällige Verlagerung von hauswirtschaftlichen Leistungen hin zu anderen Organisationen oder über die Gesamtentwicklung der Nachfrage nach respektive des Angebots an hauswirtschaftlichen Leistungen in der Stadt Zürich gemacht werden.

Aufschlüsselung des Leistungsbezugs von ambulanter Pflege (alle Spitexorganisationen) und Hauswirtschaft (Spitex Zürich)

Anhand einer Zusatzauswertung der Restfinanzierungsleistungen der Stadt Zürich durch die Hochschule Luzern konnte die Klienten- und Leistungsstruktur feiner aufgeschlüsselt werden. Diese Auswertung umfasst alle Leistungserbringerkategorien: die beauftragten Spitexorganisationen der Stadt Zürich, die Kinderspitex (kispex), die privaten erwerbswirtschaftlichen Spitexorganisationen und die freiberuflichen Pflegefachpersonen. Unter den 10 660 Personen mit Wohnortgemeinde Zürich, die im Jahr 2019 Pflegeleistungen erhielten, waren 7420 Personen 65 Jahre alt oder älter. Es gibt noch keine national einheitliche Definition und Unterscheidung zwischen einer Kurzzeit- und Langzeitpflege im ambulanten Bereich, mit Ausnahme der anders abgegoltenen und auf 14 Tage begrenzten Akut- und Übergangspflege.⁷ Rund 25 Prozent der

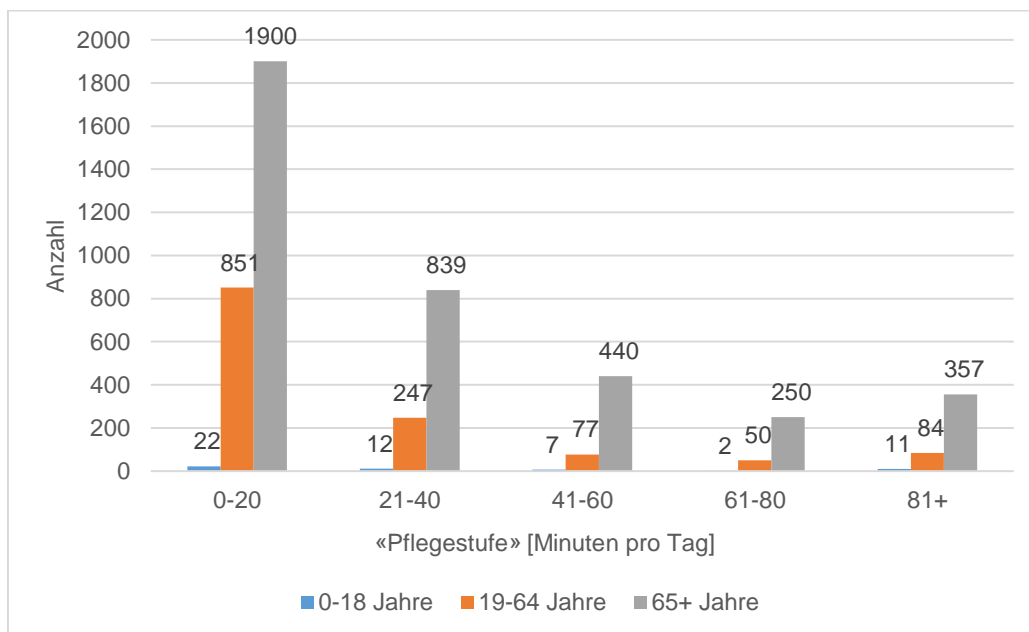
⁶ Private Spitexorganisationen ohne öffentlichen Leistungsauftrag.

⁷ 2019 erhielten 47 Klientinnen und Klienten Akut- und Übergangspflege mit insgesamt 620 Leistungsstunden.

65+-jährigen Klientinnen und Klienten der Jahre 2018 und 2019 hatten eine Einsatz- resp. Falldauer von weniger als drei Monaten.

Im Durchschnitt erhielten im Jahr 2019 pro Monat 5148 Personen Pflegeleistungen, darunter 3768 Personen im Alter von über 65 Jahren⁸. Diese Zahlen lassen sich in einer ersten Näherung den Bestandeszahlen der stationären Alters- und Pflegeheime an einem Stichtag Ende des Monats gegenüberstellen. Die Pflegeeinsätze verteilen sich je nach Pflegesituation auf unterschiedlich viele Tage pro Woche. Berechnet man eine durchschnittliche Pflegedauer in Minuten pro Tag über die gesamte Falldauer und gruppiert diese analog zu den Pflegestufen im Pflegeheim (0-20 Minuten/Tag = Pflegestufe 1, 21-40 Minuten/Tag = Pflegestufe 2, 41-60 Minuten/Tag = Pflegestufe 3, mehr als 60 Minuten = Pflegestufe >3), dann ergibt sich für 2019 nachfolgende Verteilung der durchschnittlichen Anzahl Klientinnen und Klienten pro Monat.

Abbildung 1: Durchschnittliche Anzahl Klientinnen und Klienten pro Monat, die 2019 Spitexpflege bezogen, nach Altersgruppe und mittlerer Dauer der Pflege pro Tag



Quelle: Auswertung der Restfinanzierungsleistungen der Stadt Zürich (HSLU), 2020.

Die Auswertung der durchschnittlichen Anzahl Klientinnen und Klienten pro Monat für das Jahr 2019 zeigt, dass die Mehrheit der Pflegesituationen mit einer durchschnittlichen täglichen Pflegezeit von unter 20 Minuten verbunden ist (d. h. bei 2772 Klientinnen und Klienten). Insgesamt

⁸ Darin sind auch die Leistungen der Spitex SAW (Stiftung Alterswohnungen der Stadt Zürich) enthalten. Die Spitex der SAW betreute im Durchschnitt pro Monat 500 Mieterinnen und Mieter individuell über das Grunddienstleistungspaket hinaus mit Pflegeleistungen und/oder hauswirtschaftlichen Leistungen. Die SAW bot im Jahr 2019 für 2 298 Mieterinnen und Mieter 1 999 Wohnungen an.

werden 3870 Personen (davon 2739 über 65 Jahre) ambulant mit einer durchschnittlichen täglichen Pflegedauer von unter 40 Minuten betreut. Dies würde in einer ersten Näherung der Pflegestufe 0-2 im stationären Bereich entsprechen. Zugleich werden aber auch 1278 Personen mit einer durchschnittlichen täglichen Pflegezeit von 41 Minuten und mehr gepflegt. Dies würde im Pflegeheim der Pflegestufe 3 und höher entsprechen. Davon fallen 20 Klientinnen und Klienten in die Altersgruppe der unter 18-Jährigen, 211 Personen in die Altersgruppe der 19 bis 64-Jährigen und 1047 Personen in die Altersgruppe der 65+-Jährigen. Unbekannt ist bei dieser Einstufung allerdings der Anteil Pflege, welcher von Angehörigen und Freunden erbracht wird. Die Pflegebedürftigkeit dürfte in vielen Fällen höher sein, da die Spitex ihre Leistungen subsidiär zu den Eigenleistungen und Leistungen der Angehörigen und Freunden erbringt. Nicht erfasst sind auch die Pflegesituationen, bei denen Angehörige ohne Unterstützung durch die Spitex oder freiberufliche Pflegefachpersonen allein oder durch die private Anstellung von Drittpersonen den Pflegebedarf abdecken.

Damit lässt sich ein grobes Mengengerüst für die Einschätzung der zukünftigen Entwicklung und der Auswirkungen der Ziele und Massnahmen der Altersstrategie 2035 erstellen, welches den ambulanten und stationären Bereich umfasst. Die Bedeutung und das Profil der ambulanten Pflegeleistungen werden deutlicher. Zudem zeigt sich bereits heute eine unterschiedliche Entwicklung des ambulanten und stationären Bereichs. Dem durchschnittlichen jährlichen Wachstum im ambulanten Bereich seit 2014 von 4 Prozent bei den Klientinnen und Klienten und 8 Prozent bei den Leistungen steht eine Stagnation bei den Unterbringungstagen im Alters- oder Pflegeheim gegenüber. Ohne eine vertiefte Auswertung der Einsatzgründe und Einsatzdauer in der ambulanten Pflege anhand von anonymisierten Dossierdaten und eine Erfassung resp. robuste Schätzung des Pflegeanteils von Angehörigen oder weiteren privaten Drittpersonen lässt sich nicht nachvollziehen, welche Einflussfaktoren welchen Anteil an dieser unterschiedlichen Entwicklung haben.

2.3 Prognose der Pflegebedürftigkeit für die Stadt Zürich

Im Rahmen der Erarbeitung der «Altersstrategie 2035» hat der Stadtrat im Jahr 2019 das Gesundheitsobservatorium (Obsan) beauftragt, statistische Grundlagen für die Planung der stationären Pflegeplätze zu erstellen. Die Studie verwendet die gleiche Methodik wie eine im Jahr 2018 für den Kanton Zürich aktualisierte Studie zur kantonalen Pflegeplanung, basiert aber auf den aktuelleren städtischen Bevölkerungsszenarien und ermöglichte die Berechnung von zusätzlichen Szenarien, die unterschiedlichen Strategien der Alters- und Pflegepolitik entsprechen.

Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und der entsprechenden Nachfrage nach Pflegeleistungen sind anspruchsvoll und mit erheblichen Unsicherheiten behaftet. Im Prinzip müssen drei Entwicklungen einbezogen werden: 1. die soziodemografische Entwicklung der Bevölkerungsstruktur nach Alter und Geschlecht, 2. die Entwicklung des Gesundheitszustands und der Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung und 3. die Entwicklung der Präferenzen, Lebensstile und des sozialen/sozioökonomischen Umfelds, die die Entscheidung über den Eintritt in ein Pflegeheim mitbestimmen. Im Rahmen der Altersstrategie sollen verschiedene Faktoren gestärkt werden, die einen Einfluss auf die letzten beiden Dimensionen haben: eine Stärkung der ambulanten Angebote, die Stärkung eines quartierbezogenen Sozialraums, der das Leben mit

eingeschränkter Gesundheit und steigendem Unterstützungsbedarf im gewohnten Wohnumfeld möglich macht, und eine Erweiterung der Wohn- und Pflegeformen.

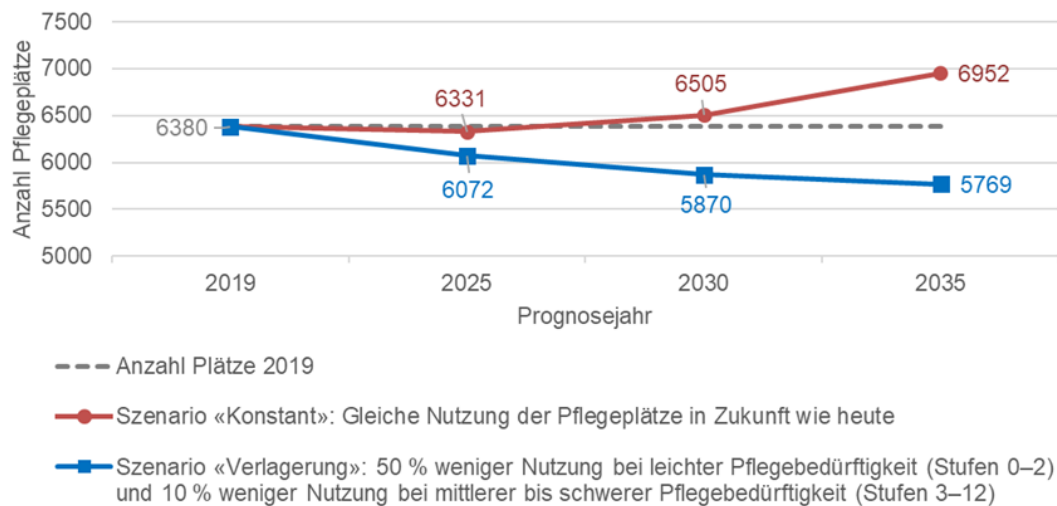
In der Kombination führen die drei Dimensionen zu einer sehr dynamischen Entwicklung mit einem breiten Spektrum von möglichen Verläufen. Für die Stadt Zürich erschien das Szenario «Verlagerung» plausibel, welches auf der für die Stadt Zürich prognostizierten demografischen Entwicklung aufbaut und von einer trotz steigender Lebenserwartung gleichbleibenden Anzahl Jahre mit Pflegebedürftigkeit und eingeschränkter Gesundheit ausgeht. Gleichzeitig geht das Szenario davon aus, dass der Anteil Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen aufgrund einer stärkeren Verbreitung alternativer Wohn- und Pflegeformen und sich verändernder Präferenzen sinken wird; diese Entwicklung soll mit der Altersstrategie gefördert werden.

Entsprechend ergaben die Berechnungen des Obsan gemäss dem gewählten Zielszenario für das Jahr 2035 einen Bedarf von 3630 Pflegeplätzen für Personen im Alter von über 65 Jahren mit einer mittleren und schweren Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe 3-12), die in einem Alters- oder Pflegeheim in der Stadt Zürich gepflegt werden. Zusätzlich würden noch 515 Pflegeplätze für Personen unter 65 Jahre sowie 1624 Pflegeplätze für Menschen über 65 Jahren mit keinem oder nur einem leichten Pflegebedarf benötigt.

Dies führt unter den getroffenen Annahmen zu einem prognostizierten Bettenbedarf für die Stadtbevölkerung von 5769 Pflegeplätzen. Darin sind auch Plätze für die Kurzzeitpflege und Akut- und Übergangspflege enthalten. Dieses Szenario bedeutet gegenüber den zum Berechnungszeitpunkt vorhandenen rund 6400 Pflegeplätzen in der Stadt Zürich eine Reduktion des Angebots um rund 600 Pflegeplätze⁹.

Abbildung 2: Prognostizierter Bedarf an Pflegeplätzen in der Stadt Zürich bis 2035 gemäss Szenario

⁹ *Angesichts der heutigen Nettobilanz, bei der die Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner mit Herkunftsort Stadt Zürich und Aufenthalt in einem ausserstädtischen Alters- und Pflegeheim die Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner mit einem ausserstädtischen Herkunftsort und Aufenthalt in einem Alters- und Pflegeheim mit Standort Stadt Zürich deutlich übersteigt, ist in dieser Zahl sogar noch eine gewisse Reserve enthalten, wenn es auch in Zukunft zu analogen Unterschieden in der Wanderungsbilanz kommt.*



Quelle: Obsan, 2019; Stadt Zürich, eigene Darstellung.

Würde hingegen keine Verlagerung der Pflege in andere Wohn- und Pflegeformen stattfinden und würde in den Institutionen der Langzeitpflege in der Stadt Zürich ein unverändert hoher Anteil von Menschen mit keiner oder nur einer leichten Pflegebedürftigkeit betreut (Szenario «Konstant»), dann ergäbe dies gemäss Obsan im Jahr 2035 einen Bedarf von 6952 stationären Pflegeplätzen. Dies bedeutet, dass sich die Stadt Zürich an einem Szenario mit einer veränderten Nachfrage- und Angebotssituation orientiert, welches im Vergleich zu einer Fortschreibung des heutigen Status Quo eine Verlagerung von ca. 1180 Plätzen in den ambulanten Bereich vorsieht. Von diesen entfallen rund 310 Plätze auf Personen mit einem mittleren bis schweren Pflegebedarf (Pflegestufe 3-12) und rund 870 Plätze auf Personen mit keinem oder nur einem leichten Pflegebedarf. Diese Personen müssten also gemäss dem Zielszenario (und im Vergleich zu einer Fortschreibung des Status Quo) im Jahr 2035 zusätzlich ambulant gepflegt und betreut werden.

Schon alleine eine Fortschreibung des heutigen Wachstums von jährlich 4 Prozent bei der Anzahl Klientinnen und Klienten mit ambulanten Pflegeleistungen (siehe Kapitel 4.1.2) würde den Mehrbedarf durch die genannte Verlagerung deutlich übersteigen. Es ist unklar, in wie weit eine solche Verlagerung bereits in den heutigen Wachstumsraten der Spitexleistungen vorweggenommen wird; deshalb können diese beiden Effekte nicht getrennt betrachtet werden.

2.4 Fazit: Entwicklung der Inanspruchnahme von stationärer und ambulanter Pflege

Zwei Faktoren haben einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung des Bettenbedarfs in einem stationären Setting. Zum einen betrifft dies die Voraussetzung, dass die Zunahme der Lebenserwartung nicht mit einer Verlängerung der Dauer der Pflegebedürftigkeit einhergeht. Diese im gewählten Szenario getroffene Annahme liegt der Mehrheit der in den letzten Jahren in der

Schweiz erstellten Pflegeplanungen zugrunde. Der zweite Faktor betrifft die Entscheidung über die Wahl der bevorzugten Wohn- und Pflegeform. Diese Entscheidung ist sowohl nachfrage- wie auch angebotsgesteuert.

Das vom Stadtrat gewählte Zielszenario geht davon aus, dass sich bei einer Diversifizierung des Angebots ein grösserer Teil der Bevölkerung für den Verbleib im gewohnten Wohnumfeld oder den Umzug in eine Alterswohnung oder eine andere Wohnform mit einem entsprechenden Dienstleistungsangebot entscheidet. Dies gilt einerseits für Personen mit einem mittleren Pflegebedarf. Vor allem betrifft es aber auch Menschen, die ohne oder mit einer nur leichten Pflegebedürftigkeit heute in einem Alters- oder Pflegeheim leben. Hier geht der Stadtrat davon aus, dass sich der Anteil dieser Bewohnergruppe beim Aufbau entsprechender alternativer Angebote halbiert. Die Reduktion des städtischen stationären Angebots soll deshalb vor allem über die Umwandlung von stationären Plätzen in den Alterszentren zu neuen Modellen des 'Wohnens mit Betreuung' erfolgen. Gleichzeitig sind weitere Massnahmen im ambulanten Bereich vorgesehen, um den Verbleib im angestammten Umfeld zu ermöglichen, darunter auch die Schaffung von kostengünstigem, altersgerechtem Wohnraum und eine besser abgesicherte Finanzierung von unterstützenden und sozialbetreuerischen Leistungen für Menschen mit wenig Einkommen.

3 Diversifizierung des Wohn- und Pflegeangebots

Die heutigen Finanzierungssysteme im Bereich der Pflege und Betreuung sind weitgehend durch den Bund und die Kantone geregelt und orientieren sich immer noch stark an den beiden Säulen a) der ambulanten Pflege und Betreuung zu Hause mit oder ohne Spitex versus b) der stationären Pflege und Betreuung in einem Alters- und Pflegeheim. Inzwischen differenziert sich die Altersversorgung in der Praxis jedoch weiter aus. Neue Mischformen wie das Wohnen mit Betreuung sind entstanden, die den unterschiedlichen individuellen Bedürfnissen entsprechen, jedoch für einkommensschwache Betroffene häufig nicht zugänglich sind. Eine Verbesserung respektive Vereinheitlichung der Finanzierung von Pflege und Betreuung ist gegenwärtig Gegenstand politischer Diskussionen auch auf Bundes- und Kantonebene (siehe Kapitel 5).

3.1 Neue Wohn- und Pflegeformen im Alter

Die Stadt Zürich steuert im Bereich der alternativen Wohn- und Pflegeformen über die Stiftung Alterswohnungen der Stadt Zürich (SAW) einen wichtigen Teil des Angebots mit. Das Angebot der SAW ist über ein Grundleistungspaket (Notruf/Sicherheit, Wäscheservice, Hauswartung, soziale Anlässe, Beratung, etc.) definiert, welches durch individuell verrechnete, bedarfsorientierte Leistungen in den Bereichen Pflege, Sozialbetreuung, Hauswirtschaft oder Mahlzeiten-dienst ergänzt wird. Das Angebot der SAW ist für Bezügerinnen und Bezüger von Zusatzleistungen zur AHV/IV zugänglich.

Zu den weiteren gemeinnützigen oder privaten Angeboten im Bereich des Alterswohnens mit Dienstleistungen oder Betreuung gibt es in der Stadt Zürich keine gesamthafte Übersicht. Die Angebote 'Alterswohnung' respektive 'Wohnen mit Dienstleistungen' (auch als Service-Wohnen oder 'betreutes Wohnen' bezeichnet) sind weder einheitlich definiert noch zentral erfasst. Die Stadt Zürich hat Kenntnis von rund 25 Genossenschaften, Stiftungen und weiteren privaten Organisationen, welche in der Stadt Zürich Alterswohnungen, teils mit Dienstleistungen, anbieten.

Die Palette von alternativen Wohnformen mit unterschiedlichen Pflegearrangements und Dienstleistungsangeboten für das Alter, die sich in der Schweiz herausgebildet hat, umfasst (vgl. auch eine Erhebung des Obsan¹⁰):

- Alterswohngemeinschaften
- Generationengemischtes Wohnen entweder im privaten (familiären Rahmen) oder im Rahmen von Hausgemeinschaften oder Genossenschaften mit oder ohne ergänzende Dienstleistungsangebote externer Anbieter.
- Alterswohnungen mit entweder einem Servicepaket eines zentralen Dienstleisters, einzelnen dezentralen Dienstleistungen oder gebündelten Dienstleistungspaketen von verschiedener Leistungserbringern.
- Betreute Wohnungen mit Servicepaket (mit entweder externer Spitex, einem eigenen Spitextstützpunkt oder mit Anschluss an ein Pflegeheim)

¹⁰ Werner, S., Kraft, E., Mohagheghi, R., Meuli, N., Egli F. (2016). Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz. Obsan Dossier 52. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuchâtel.

- Pflegewohngruppen¹¹

Zum Teil bestehen fließende Übergänge zwischen diesen Formen¹². Die Leistungsdimensionen können Notruf- und Bereitschaftsdienste, Betreuung, soziale Integration, administrative Unterstützung, Hauswartdienste, Pflege, Gastronomie (z.B. Mahlzeitendienste), Hauswirtschaft, Reinigung, Wäscheservice sowie weitere Angebote wie Coiffeur, Fitness usw. umfassen. Je nach Serviceanbieter werden Dienstleistungen unterschiedlich zusammengefasst und verrechnet¹³. Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal zwischen allen Angebotsformen ist letztlich die Tragfähigkeit des Leistungsangebots bei steigendem Unterstützungs- und Pflegebedarf. Die Wohnformen kennen unterschiedliche Grenzen, bis zu denen der Verbleib in der Wohnung von den individuell gegebenen Rahmenbedingungen (Personal, Leistungsangebot) her möglich ist. Mögliche Grenzen sind unter anderem die Notwendigkeit von mehrmals täglicher Hilfe, dauernder Beaufsichtigung oder von Pflegeeinsätzen in der Nacht sowie eine fehlende Pflegeinfrastruktur.

3.1.1 Kosten von Wohnangeboten mit Dienstleistungen und Betreuung

Eine Studie im Auftrag von Curaviva Schweiz, Senesuisse, Pro Senectute Schweiz und Spitex Schweiz¹⁴ versuchte kürzlich, die unterschiedlichen Ausrichtungen und die jeweilige Tragfähigkeit der Angebote mittels einer Klassifikation in vier Idealtypen (A – D) einzuordnen:

¹¹ *Pflegewohngruppen sind zwar einer alternativen Wohnform zuzuschreiben, verfügen aber – zumindest im Raum Zürich – meistens über eine Pflegeheimbewilligung. Deshalb wird diese Wohnform nachfolgend im Kontext des Wohnens mit Dienstleistungen und Betreuung nicht näher betrachtet.*

¹² *Der Unterschied zwischen Alterswohnungen und betreuten Wohnungen ergibt sich oft nur aus zusätzlichen Zulassungsbedingungen für die Mieterschaft, aus Bedingungen für Subventionen oder Zusatzfinanzierungen des Wohnangebots resp. der damit verknüpften Leistungen durch die öffentliche Hand oder der Bündelung eines Serviceangebots mit gewissen verpflichtenden Grundleistungen.*

¹³ *Es steht den Anbietern offen, zwischen Pauschalen und Einzelleistungsvergütungen oder einer Mischung aus beiden zu wählen. Die Variationen im Umfang und in der Tiefe der Dienstleistungspakte haben einen grossen Einfluss auf den Preis. Oft werden die Dimension Notruf/Sicherheit, soziale Integration und Aktivitäten, Betreuung, administrative Hilfen und Beratung und Hausdienst in einer Pauschale zusammengefasst. Gehen einzelne Leistungen in diesem Bereich über ein übliches Mass hinaus, werden sie zum Teil einzeln verrechnet. Es finden sich aber auch Leistungsanbieter, die sämtliche Leistungen einzeln gemäss Listenpreisen und/oder Zeittarif verrechnen. Hauswirtschaftliche Unterstützung, Gastronomie/Mahlzeiten, Reinigung, Wäscheservice werden hingegen fast durchgehend nach individueller Inanspruchnahme und Aufwand verrechnet. Es sollen dadurch auch Anreize gesetzt werden, individuell mögliche Aktivitäten selbständig abzudecken. Angebot und Preis hängen auch von einer allfälligen Anbindung an eine Trägerschaft wie eine Spitexorganisation, ein Pflegeheim oder eine Drittform ab, deren grundsätzliche Abrechnungsmöglichkeiten und gegebenenfalls bestehende Leistungsverträge oft einen Einfluss auf die Tarifgestaltung haben. Das genaue Dienstleistungsangebot und der Preis hängen zudem stark von der Grösse der Siedlung oder Synergien mit anderen Angeboten des Anbieters ab. Vermehrt werden in der Schweiz auch Wohnprojekte realisiert oder sind in Planung, bei denen zentrale Dienstleistungen in Form von Gemeinschaftsleistungen oder zivilgesellschaftlichem Engagement erbracht werden.*

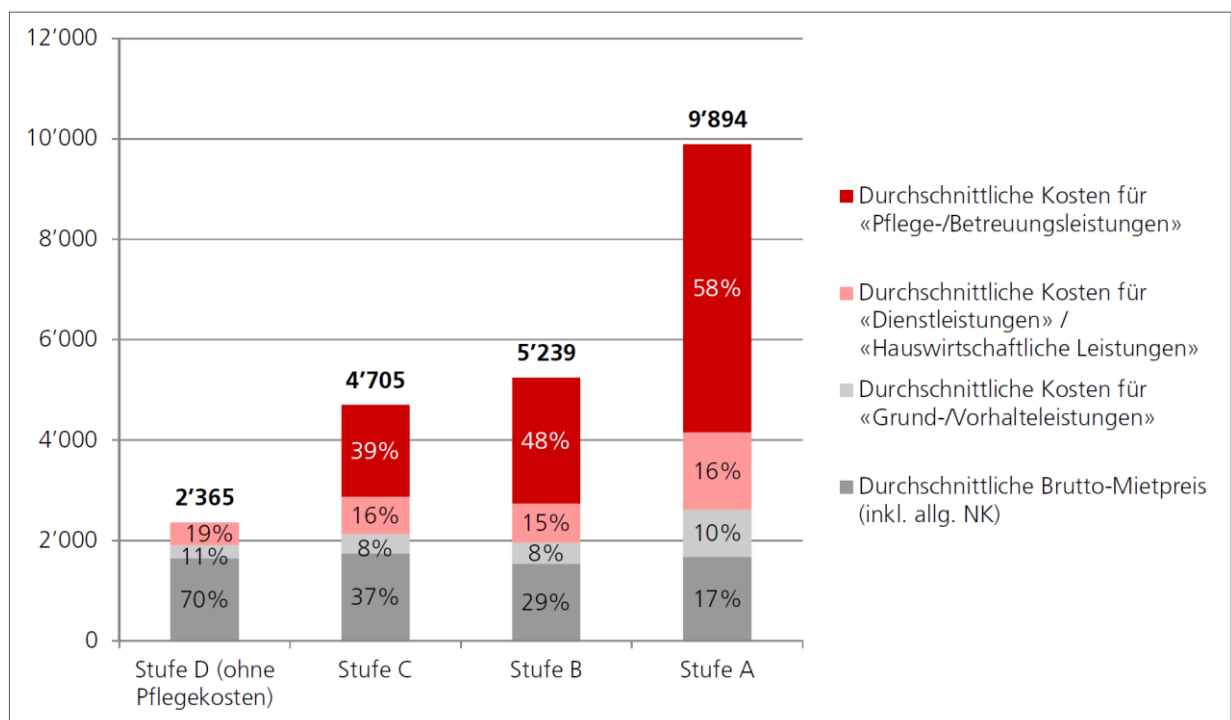
¹⁴ *Imhof Lorenz und Mahrer Imhof Romy (2018): Betreutes Wohnen in der Schweiz. Grundlagen eines Modells. Im Auftrag von Curaviva Schweiz, Senesuisse, Pro Senectute Schweiz, Spitex Schweiz, Winterthur: Nursing Science & Care GmbH*

- Betreutes Wohnen auf der **Stufe A** ermöglicht das Verbleiben in der Wohnung bis zum Lebensende. Das Modell erfordert eine 24-Stunden Präsenz von Fachpersonen auf Tertiärstufe sowie eine regelmässige Präsenz von spezialisierten Fachpersonen für Palliativpflege, für Demenz, für psychische Krankheiten oder Suchterkrankung etc., um Menschen auch in komplexen Krankheitssituationen fachkompetent begleiten zu können.
- Auf **Stufe B** werden bei Bedarf alle Aspekte pflegerisch-betreuerischer Aufgaben übernommen und Unterstützung bei der Durchführung von Therapien geleistet. Vorhandene Ressourcen der Person und ihrer Angehörigen sowie relevante Gesundheitsfaktoren und -risiken werden systematisch erfasst. Dafür stehen Fachpersonen rund um die Uhr zur Verfügung.
- Auf **Stufe C** wird Unterstützung in allen Aktivitäten des täglichen Lebens geboten sowie Unterstützung bei der Mobilisation, Körperpflege, Essen etc. Der Erhalt und die Förderung individueller Fähigkeiten (Self-Care-Fähigkeiten) werden ins Zentrum gestellt. Ansprechpersonen stehen zu Bürozeiten persönlich zur Verfügung, in Notfallsituationen ist eine Fachperson innerhalb spätestens 15-20 Minuten vor Ort.
- Auf der **Stufe D** wird Unterstützung und Entlastung bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens angeboten, z. B. im Haushalt oder bei administrativen Tätigkeiten. Ansprechpersonen sind zu Bürozeiten (mindestens telefonisch) erreichbar und es steht ein 24-Stunden Notfalldienst zur Verfügung.

Auf der Basis dieser Typologie hat eine Folgestudie die Kostenfolgen dieser Modelle anhand der Kosten- und Leistungsstrukturen von bereits bestehenden Angeboten aus mehreren Kantonen berechnet.¹⁵ Insgesamt 30 Anbieter haben bei der Erhebung Daten geliefert, die Zusammensetzung ist aber nicht repräsentativ für die ganze Schweiz.

Die Erhebung berücksichtigte die Gesamtkosten der jeweiligen Wohn- und Pflegesituation. Dies bedeutet, dass neben den Kosten für Miete, Grund- und Vorhalteleistungen sowie weitere Dienstleistungen wie Hauswirtschaft auch die durchschnittlichen Kosten der beanspruchten Pflege- und Betreuungsleistungen pro Typ des Betreuten Wohnens ermittelt wurden. Die Umrechnung der in der Erhebung erfassten durchschnittlichen Pflegezeiten pro Monat ergab einen durchschnittlichen Pflegeleistungsbezug von Bewohner/innen der Stufe D von 0 bis 16 Minuten (entspricht den Pflegestufen 0-1), der Leistungsbezug auf Stufe C entspricht mit rund 30 Minuten pro Tag der Pflegestufe 2) der Leistungsbezug auf Stufe B mit rund 60 Minuten den Pflegestufen 3-4 und der Leistungsbezug auf Stufe A mit 130 Minuten der Pflegestufe 7. Abbildung 3 zeigt entsprechend die Kosten für Betreutes Wohnen nach Stufe und pro Monat in der Aufschlüsselung nach Hauptleistungsgruppen.

¹⁵ Bannwart L., Künzi, K. und Gajta P. (2020): *Folgestudie betreutes Wohnen - Kosten des betreuten Wohnens entlang des 4-Stufen-Modells von Imhof/Mahrer Imhof (2018)*, Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS

Abbildung 3: Total Kosten Betreutes Wohnen pro Stufe (CHF pro Monat)

Quelle: Bannwart L., Künzi, K. und Gajta P. (2020), Abbildung 7.

Die Abbildung spiegelt zum einen die grossen Unterschiede in den Gesamtkosten in Abhängigkeit von der Tragfähigkeit der Stufe, die in der jeweiligen Wohnform angeboten wird, wieder.¹⁶ Je länger ein Verbleib in der betreuten Wohnung auch bei steigendem Unterstützungs- und Pflegebedarf vom Anbieter ermöglicht wird, desto höher sind die durchschnittlichen Kosten dieses Settings. Zum anderen wird der zentrale Anteil, den die Pflege- und Betreuungskosten darstellen, sichtbar. Sie sind bei einem Vergleich zwischen verschiedenen institutionellen Formen der Pflege und Betreuung zwingend mit einzubeziehen. Vergleicht man die ermittelten Kosten grob mit den Kosten für einen Pflegeheimplatz, so zeigt sich, dass Stufe A ungefähr gleich viel kostet wie ein durchschnittlicher Pflegeheimplatz mit 9992 Franken pro Monat.¹⁷

¹⁶ Innerhalb einer Stufe finden sich grosse Variationen in den Preisen nach Anbietern, die in der gewählten Darstellung nicht sichtbar werden.

¹⁷ Gemäss den Kenndaten Langzeitversorgung des Gesundheitsdepartments Kanton Zürich betragen die Gesamtkosten für einen Beherbergungstag im Pflegeheim in der Stadt Zürich im Durchschnitt Fr. 328.50 pro Tag. Davon entfallen durchschnittlich Fr. 125.70 auf die Kosten für KVG-pflichtige Pflege, Fr. 155.10 auf Pensionskosten und Fr. 47.80 auf Betreuungskosten. Der Aufenthalt im Pflegeheim ohne Pflege kostet damit pro Monat im stadtzürcherischen Durchschnitt 6171 Franken.

In Kapitel 4 wird näher untersucht, mit welchen Kostensätzen in der Stadt Zürich konkret zu rechnen ist und wie sich die unterschiedlichen Kostenbestandteile auf die Finanzierungsträger verteilen. Gleichzeitig wird angesprochen, welche Probleme sich bei der heutigen Pflegefinanzierung in der Abdeckung der Kosten stellen und wie zentral die Rolle der Ergänzungsleistungen in der Sicherstellung der Finanzierung ist. Die beiden Studien von Imhof (2018) und Bannwart (2020) zeigen dabei auf, in welcher Hinsicht ein Klärungsbedarf bei der Einstufung von neuen Wohn- und Pflegeformen und Sicherstellung der Finanzierung besteht.

Will man die finanziellen Auswirkungen einer Erweiterung des Angebots an Wohnen mit Dienstleistungen oder betreutem Wohnen abschätzen, muss der Ausbau des Angebots erstens in Bezug auf die Angebotstypen und ihre Zielgruppen (Zulassungsbedingungen, Gestaltung der Serviceleistungen und Tragfähigkeit des Angebots auch bei zunehmendem Pflegebedarf) klassifiziert werden. Zweitens müssten Abschätzungen vorgenommen werden, in wie weit ein Angebot, welches ambitionierte Ziele in Bezug auf den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit und die Lebensqualität verfolgt, nicht nur Eintritte in ein Alters- oder Pflegeheim ersetzt, sondern auch Anreize zum Umzug aus der eigenen Wohnung in Alterswohnungen mit Services schafft und damit eine zusätzliche Nachfrage generiert. Darüber hinaus hat auch der Eintrittszeitpunkt einen Einfluss auf die Gegenüberstellung der Kosten unterschiedlicher Wohn- und Pflegemodelle. Drittens ist es ohne eine Präzisierung der Serviceleistungen und Preisgestaltung der Anbieter schwierig, die Kosten der Angebotsausweitung abzuschätzen. In diesen Bereich fällt auch eine Abschätzung des Potenzials und der Implikationen der Angehörigenpflege, der Freiwilligenarbeit und sozialräumlicher Ansätze.

Hierin liegt eine zentrale Herausforderung für die Abschätzung der finanziellen Folgen. Welches Angebotsspektrum sich in der Stadt Zürich herausbildet und welche Angebotsformen via Zusatzleistungen zur AHV/IV auch für einkommensschwache Betroffene zugänglich gemacht werden können, lässt sich zum heutigen Zeitpunkt nicht beantworten. Die öffentliche Hand kann die Anerkennung gewisser Dienstleistungen im Rahmen der Zusatzleistungen zur AHV/IV an Zulassungsbedingungen bei der Aufnahme der Bewohnerinnen und Bewohner (z. B. Erfüllung einer Mindestwohndauer in der Stadt Zürich) oder an Auflagen bzw. Mindestanforderungen an das Servicepaket binden. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass je leistungseinschränkender die Finanzierung wäre, desto kostengünstiger wäre sie und je umfassender und pauschaler die Ansätze festgelegt werden würden, desto teurer käme es das EL-System zu stehen. Näher lassen sich die finanziellen Auswirkungen noch nicht quantifizieren. Diese Fragestellungen wird der Stadtrat im Rahmen der Umsetzung der Altersstrategie mit der Massnahme 1.20 untersuchen («Wohnen mit Betreuung für ZL-Rentnerinnen in institutionsnahen Einrichtungen oder zuhause lebend zugänglich machen»).

3.2 Bedeutung nicht-pflegerischer Leistungen für den Verbleib in einem ambulanten Setting

Im Schatten der Pflege stehen die Hauswirtschaft und die (sozial-)betreuerischen Leistungen. Die fundamentale Bedeutung dieser Leistungen für den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit und Lebensqualität von pflege- und unterstützungsbedürftigen Personen wird häufig unterschätzt. Die Ausgestaltung des Angebots und die Rolle der Spitexorganisationen oder anderer Leistungserbringer im Bereich der «Hilfe zu Hause» sind weniger klar definiert als in der

Pflege. Das Angebot ist für die Betroffenen oft unübersichtlich oder zerfällt in Einzelleistungen aus verschiedenen Händen, die ungenügend koordiniert sind.

Dabei zeigen Studien, dass bei Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit zu Hause der Unterstützungsbedarf bei den instrumentellen Alltagsaktivitäten denjenigen der pflegerischen Unterstützung bei den wiederkehrenden grundlegenden physischen (basalen) Alltagsaktivitäten deutlich übertrifft¹⁸. Nicht-pflegerische Unterstützungsleistungen in den Dimensionen «Haus/Wohnung putzen, schwere körperliche Tätigkeiten, Mahlzeiten vorbereiten, Einkaufen, Gartenarbeit, Telefon bedienen, Administratives» machen rund 60 Prozent aller erhaltenen Unterstützungsleistungen aus. Sie leisten einen wichtigen Beitrag zum Verbleib im gewohnten privaten Wohnumfeld. Oft stehen Haushaltsarbeiten am Anfang einer zunehmenden Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit. Sie können als Indikator gedeutet werden, die frühzeitige Massnahmen und Interventionen zum Erhalt oder zur Förderung der Selbständigkeit einleiten könnten.

Verschiedene Studien¹⁹ zeigen auf, dass die Bedeutung der nicht-pflegerischen Leistungen nicht nur in der unmittelbaren Unterstützung von Klientinnen und Klienten bei der Bewältigung der notwendigen Alltagsaktivitäten liegt, sondern auch im Bereich Prävention und Früherkennung von gesundheitlichen und sozialen Problemen. Gute Betreuung zeichnet sich dadurch aus, dass sie sich konsequent an den Bedürfnissen der betagten Person ausrichtet und nebst dem körperlichen auch das psychosoziale Wohlbefinden im Blick behält. Betreuung im Alter unterstützt Betagte dabei, trotz ihrer Einschränkungen den Alltag selbstständig zu gestalten und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Gute Betreuung wird über ein Netzwerk von Angehörigen, Bekannten, Nachbarn, ehrenamtlich Tätigen und professionellen Anbietenden geleistet – und bezieht die betreute Person mit ein.

Gemäss kantonalem Pflegegesetz verrechnen die von den Gemeinden beauftragten Spitexorganisationen ihren Klientinnen und Klienten höchstens die Hälfte des anrechenbaren Aufwands für hauswirtschaftliche und betreuende Leistungen ('nicht-pflegerische Spitex-Leistungen'). Die restlichen Kosten gehen zulasten der Gemeinde, wobei die Gemeinden die Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger gemäss deren wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit ganz oder teilweise übernehmen können. Die nicht-pflegerischen Leistungen der nicht-beauftragten Spitexorganisationen hingegen gehen voll zu Lasten der Leistungsbezügerinnen und -bezüger. Entsprechend gewährt die Stadt Zürich eine einkommensabhängige Subventionierung der hauswirtschaftlichen (und teilweise sozialbetreuenden) Leistungen von Spitex Stadt Zürich (inkl. Spitex der Stiftung Alterswohnungen der Stadt Zürich).

¹⁸ Vgl. Fluder, R. et al. 2012, *Ambulante Alterspflege und -betreuung. Zur Situation von pflege- und unterstützungsbedürftigen älteren Menschen zu Hause*. Zürich: Seismo.; Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F., Schnegg, B. (2010). *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz. Schlussbericht zur Swiss Age Care-Studie, Forschungsprojekt im Auftrag von Spitex-Schweiz*. Bern

¹⁹ Vgl. Wächter, M. et al 2015, *Die Zukunft der hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex. Standortbestimmung und Ausblick. Schlussbericht*, Hochschule Luzern. Luzern: Mai 2015; Knöpfel, C.; Pardini, R.; Heinzmann, C. 2018. *Gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Eine Bestandsaufnahme*. Zürich: Seismo; Knöpfel, C.; Pardini, R.; Heinzmann, C. 2020, *Wegweiser für gute Betreuung im Alter Begriffsklärung und Leitlinien*.

Tabelle 3: Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger an den hauswirtschaftlichen Leistungen von Spitex Zürich

Steuerbares Jahreseinkommen* in Franken	pro Stunde
bis 40 000.-**	31.-
von 40 001.- bis 60 000.-	33.-
von 60 001.- bis 80 000.-	38.-
über 80 000 .-	44.-

*plus Anrechnung von Vermögen über 100 000 Franken mit einem Anteil von 10 %

** Für Zusatzleistungsberechtigte zur AHV/IV gilt unabhängig vom Einkommen der Mindesttarif von 31.- Franken pro Stunde. Dieser Betrag wird im Rahmen der Krankheits- und Behinderungskosten durch die EL in einem bestimmten Rahmen übernommen.

3.3 Rolle der spitalexternen Pflege in integrierten Versorgungsansätzen

Die spitalexterne Pflege durch ambulante Dienste oder Alters- und Pflegeheime übernimmt auch eine wichtige Rolle in der Gesundheitsversorgung zur Entlastung und Ergänzung der medizinischen Versorgung in Spitälern, Rehabilitationseinrichtungen oder durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Die Ausgestaltung und Qualität ihrer Leistungen ist wichtig für die Nachsorge im Anschluss an eine Spitalbehandlung, die Behandlung und Begleitung von chronisch-kranken Menschen, die Vermeidung unnötiger Spitaleintritte, Prävention oder auch die palliative Begleitung und Versorgung bei unheilbaren Erkrankungen und am Lebensende. Die Qualität der Gesundheitsversorgung hängt somit wesentlich von der Vernetzung verschiedener Gesundheitsbereiche und den Schnittstellen zwischen ihnen ab. Dies gilt in besonderem Mass für die Versorgung im hohen Alter, das häufig mit Mehrfacherkrankungen, chronischen Verläufen und erhöhter Vulnerabilität einhergeht.

Diese Schnittstellen und Übergänge hat die Stadt Zürich bei der Ausgestaltung der Leistungsaufträge an die verschiedenen Institutionen der Gesundheitsversorgung bereits in der Vergangenheit berücksichtigt. Mit der geriatrischen Rehabilitation, der Akut- und Übergangspflege, der gerontopsychiatrischen Pflege oder der Palliative Care sowie der Abgeltung von konsiliarischen Diensten wurden bereits Spezial- und Zusatzangebote an der Schnittstelle zwischen ambulanter Versorgung und Spital geschaffen, die eine kontinuierliche Versorgung ohne Brüche zwischen den Versorgungsbereichen sicherstellen und unnötige Spitaleintritte vermeiden sollen. So verfügt die Stadt über eine Nachtspitex sowie weitere ambulante und zugleich konsiliarische Dienste, etwa in den Bereichen Palliative Care oder Psychiatrie. Die städtischen Pflegezentren verfügen ebenfalls über entsprechende Fachabteilungen. Sie nehmen zudem eine wichtige Aufgabe im Bereich der Akut- und Übergangspflege wahr. Mit 1359 von 4876 Neueintritten im Jahr 2018 fielen knapp 30 Prozent in den Bereich der Akut- und Übergangspflege.

Im Zusammenhang mit entsprechenden Anlauf- und Beratungsstellen und in Zusammenarbeit mit dem Stadtspital Waid und Triemli und dem Universitätsspital besteht in der Altersmedizin und in verschiedenen Spezialbereichen wie Demenz oder der Palliative Care heute ein vernetztes Angebot, welches einen wichtigen Beitrag an die Lebensqualität älterer Menschen in der

Stadt Zürich leistet. Sollte sich auf nationaler Ebene eine einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen unter Einbezug der Langzeitpflege (EFAS, vgl. Kap. 5.1) durchsetzen, dürften diese integrierten Versorgungsansätze gestärkt und ihre Finanzierung erleichtert werden.

3.4 Fazit: Neue Wohn- und Pflegeformen im ambulanten Bereich

Eine Reduktion der Alters- und Pflegeheimbetten allein reicht nicht aus, um den Anteil der leicht Pflegebedürftigen in den Alters- und Pflegeheimen zu senken. Wie das Obsan²⁰ in einer Analyse der Hintergründe, warum in der Westschweiz deutlich mehr Personen mit leichtem Pflegebedarf zu Hause gepflegt und betreut werden, aufgezeigt hat, ist ein ergänzendes Netz von Leistungen erforderlich, welches über intermediäre Angebote und altersgerechte Wohnformen hinausgeht. Dazu gehören unter anderem unterstützende Leistungen im eigenen Zuhause (wie soziale Unterstützung durch Professionelle Dienste, Vereine oder Freiwillige), wie auch Präventionsangebote (Sturzprophylaxe; Vermeidung von Mangelernährung usw.), eine Anpassung und Erweiterung der ambulanten Leistungen sowie die Unterstützung der Pflegenden im häuslichen Bereich durch spezialisierte mobile Teams und eine Unterstützung der betreuenden und pflegenden Angehörigen. Diese Massnahmen müssen sich gemäss der genannten Obsan-Analyse gleichermassen an die Gruppe stärker pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen und ihre Angehörigen richten.

Wie in Kapitel 3.3. erörtert wurde, sind viele dieser Elemente im heutigen Angebot der Stadt Zürich bereits enthalten. Im Rahmen der städtischen Altersstrategie wird die weitere Ausdifferenzierung des Wohn-, Pflege- und Unterstützungsangebots vorangetrieben. Dazu gehören die in diesem Bericht angesprochene Umwandlung von Plätzen in den städtischen Alterszentren zu Angeboten des Wohnens mit Betreuung und die Schaffung von mehr städtischen Alterswohnungen mit Dienstleistungen in den Bereichen Hauswirtschaft, Sozialbetreuung und Pflege. Ein weiterer zentraler Punkt ist die Sicherstellung der Finanzierung dieser Angebote auch für EL-Bezügerinnen und -Bezüger. In einem weiteren Sinne soll auch die in der Altersstrategie verankerte vermehrte sozialräumliche Ausrichtung und Dezentralisierung der Altersangebote sowie eine Stärkung der ambulanten Versorgung dazu beitragen, dass die ältere Bevölkerung auch bei zunehmendem Unterstützungsbedarf gut versorgt im angestammten Umfeld leben kann und Angehörige aber nicht zusätzlich belastet werden.

²⁰ Ankers, N. & Serdaly, C. (2017). *Personnes âgées peu dépendantes de soins. Prise en charge dans cinq cantons romands (Obsan Dossier 58)*. Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.

4 Finanzierungsströme und Implikationen der heutigen Pflegefinanzierung

In Kapitel 2 und 3 wurden auf der Basis der aktuellen Datenlage die künftige Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und die in der Altersstrategie definierte weitere Entwicklung des Wohn-, Betreuungs- und Pflegeangebots im Kontext einer dynamischen und teils unübersichtlichen Angebotslandschaft verortet. In Kapitel 4 werden die Kostenbestandteile und die Finanzierung verschiedener Wohn-, Betreuungs- und Pflegeformen verglichen und die Implikationen für die verschiedenen Kostenträgerinnen und -träger – auch für die Leistungsbeziehenden selbst – beleuchtet.

4.1 Finanzierungsströme der heutigen Pflegefinanzierung

4.1.1 Das Prinzip der heutigen Mischfinanzierung

Die heutige Finanzierung der Pflege und Betreuung in der Schweiz ist eine Mischfinanzierung aus verschiedenen Sozialversicherungszweigen, Beiträgen der öffentlichen Hand sowie der privaten Haushalte. Bei der Neuordnung der Pflegefinanzierung 2011 wurde auf die Einführung einer separaten Pflegeversicherung verzichtet. Der Beitrag der Krankenversicherer an die Leistungen der ambulanten Pflege und stationären Pflege in Alters- und Pflegeheimen wurde begrenzt, eine Patientenbeteiligung ergänzend zu Selbstbehalt und Franchise eingeführt und den Kantonen die Verantwortung für die Regelung der Restfinanzierung übertragen. Im Kanton Zürich wurde die Finanzierung der spitalexternen Pflege im Rahmen der Einführung der neuen Spitalfinanzierung den Gemeinden übertragen.

Zentrale Vorgaben der Pflegefinanzierung wie die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge und Patientenbeteiligung werden bereits auf der nationalen und kantonalen Ebene festgelegt, im Kanton Zürich auch die Normdefizite zur Abgeltung von Leistungserbringern ohne Leistungsauftrag oder einer Versorgung in einer anderen Gemeinde als dem zivilrechtlichen Wohnsitz. Die Handlungsspielräume der Stadt liegen in der Aushandlung von Leistungsaufträgen und der Höhe der Abgeltung eines erweiterten Leistungsauftrags im Bereich Spitex mit Versorgungsauftrag. Sie werden z. B. in der Stadt Zürich durch die Förderung von spezialisierten Pflegeleistungen (Palliative Care, Psychiatriepflege, Stoma-Beratung und -Behandlungspflege, etc.), einer Nachtspitex oder konsiliarischen Diensten sowie von gewissen sozialbetreuerischen Leistungen genutzt (vgl. Leistungsrahmen Spitex Zürich). Die Abgeltung der Restfinanzierung für private erwerbswirtschaftliche Spitexorganisationen und selbständige Pflegefachpersonen richtet sich nach den kantonalen Normdefiziten.

Hauswirtschaftliche und sozialbetreuerische Leistungen gehen zunächst zu Lasten der privaten Haushalte, wenn sie nicht durch öffentliche Beiträge mitfinanziert werden. Das Pflegegesetz des Kanton Zürich sieht eine Mitfinanzierung der Leistungen einer Spitex mit Versorgungspflicht durch die öffentliche Hand vor, indem diese den Leistungsbezügerinnen und -bezügern insgesamt höchstens die Hälfte des anrechenbaren Aufwandes ihrer Organisation in Rechnung stellen dürfen. Indirekt werden diese Leistungen durch die Hilflosenentschädigung (nach Ablauf der Karenzfrist von einem Jahr) mitfinanziert, da es den Empfängerinnen und Empfängern einer Hilflosenentschädigung freigestellt ist, für welche Leistungen sie eingesetzt wird. Die Hilflosenentschädigung wird vom Bund getragen.

In einem weiteren Schritt werden Unterstützungs- und Betreuungsleistungen sowie die Pensionskosten bei einem Heimaufenthalt bedarfsorientiert über die Ergänzungsleistungen mitfinanziert. Im ambulanten Bereich werden sie unter bestimmten Voraussetzungen über die Rückerstattung der Krankheits- und Behinderungskosten übernommen, im stationären Bereich sind die Betreuungsleistungen und Pensionskosten in den anerkannten Ausgaben enthalten und werden direkt über die Ergänzungsleistungen abgedeckt.

4.1.2 Kostenstrukturen und -verteilung in der ambulanten Pflege und Betreuung

Im Jahr 2019 betragen die Gesamtkosten der ambulanten Pflegeleistungen nach KVG (Krankenversicherungsgesetz) in der Stadt Zürich 124.2 Mio. Franken. Davon wurden 56.9 Mio. Franken (46 %) über Krankenkassenbeiträge, 6.8 Mio. Franken (5 %) über die Patientenbeteiligung und 60.5 Mio. Franken (49 %) über die Restfinanzierung durch die öffentliche Hand finanziert. Der Kanton Zürich hat bei der Festlegung der Patientenbeteiligung das im Bundesgesetz mögliche Maximum in der ambulanten Pflege nicht ausgeschöpft, sondern den Beitrag auf max. 8 Franken pro Tag festgesetzt. Dies schlägt sich im begrenzten Anteil der privaten Haushalte von 5% an den Gesamtkosten nieder.

Die Kosten für die von der Spitex Zürich im Rahmen ihres Versorgungsauftrags erbrachten hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen betragen 2019 gesamthaft 23.5 Mio. Franken. 9.6 Mio. Franken (41 %) trugen die Klientinnen und Klienten, 13.9 Mio. Franken (49 %) die Stadt Zürich. Hauswirtschaftliche Leistungen und Betreuungsleistungen, die von anderen Anbietern wie Pro Senectute, Home Instead oder privaten Spitexorganisationen erbracht werden und zu Lasten der privaten Haushalte gehen, werden von den heutigen Statistiken nicht erfasst.

Die auf der Basis der Restfinanzierung und Leistungsstatistiken berechneten Gesamtkosten von 145.8 Mio. Franken für die ambulante Pflege und Betreuung im Jahr 2019 in der Stadt Zürich stellen damit in Bezug auf die Ausgaben eine Untergrenze dar.

Tabelle 4: Restfinanzierungsbeiträge der Stadt Zürich an die ambulante Pflege (alle Leistungserbringenden) inkl. Hauswirtschaft (nur Spitex Zürich) (in Mio. Franken)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
Spitex Zürich (Pflege und Hauswirtschaft)	48.76	49.46	52.70	55.04	58.34	61.51
kispex (Pflege) ¹	1.10	1.37	1.32	1.10	0.88	0.86
Kommerzielle (Pflege) ²	0.41	6.65	6.25	8.85	8.29	10.36
Freiberufliche (Pflege) ³	0.65	1.39	1.63	1.75	2.08	2.15
Auswärtige ⁴	0.06	0.09	0.10	0.14	0.13	0.15
Total	50.98	58.97	61.99	66.87	69.73	75.03

* Zahlen gemäss Jahresabschluss einschliesslich Abgrenzungen, effektive Beiträge können noch leicht abweichen

¹ kispex = Kinder-Spitex des Kantons Zürich, ² Kommerzielle = Spitex-Organisationen ohne kommunalen Leistungsauftrag, ³ Freiberufliche = selbstständig tätige Pflegefachpersonen, ⁴ Auswärtige = Personen mit Wohnsitz in der Stadt Zürich, die ausserhalb betreut werden.

Quelle: Jahresbericht GUD (2019)

Die Krankenkassenbeiträge an die Pflegeleistungen pro Stunde blieben nach Ende der Einführungsphase ab 2014 bis Ende 2019 unverändert, ebenso die Höhe der Patientenbeteiligung. Der Anstieg der Ausgaben für diese beiden Finanzierungsträger ging also allein auf das Mengenwachstum zurück. Der Anstieg der Restfinanzierungsbeiträge der öffentlichen Hand um jährlich durchschnittlich 6 Prozent seit 2015 ist mehrheitlich ebenfalls darauf zurückzuführen. Gleichzeitig war ein Anstieg der Kosten pro geleistete Pflegestunde in den vergangenen Jahren einseitig von der öffentlichen Hand zu tragen. Auf den 1. Januar 2020 wurden die Krankenkassenbeiträge auf der Grundlage einer Überprüfung der Kostenneutralität bei Einführung 2011 vom Bund um 3.6 Prozent gesenkt, entsprechend auch die Patientenbeteiligung. Ab 2020 müssen diese Kostenanteile zusätzlich von der öffentlichen Hand getragen werden.

4.1.3 Kostenstrukturen und -verteilung der stationären Pflege in Alters- und Pflegeheimen

In den Alters- und Pflegeheimen betragen die Gesamtkosten für die Pflege im Jahr 2019 gemäss den Kennzahlen zur Langzeitpflege der kantonalen Gesundheitsdirektion für die Stadt Zürich rund 270 Mio. Franken. Die Gesamtkosten für die Pension betragen 330 Mio. Franken und die Kosten für die Betreuung 100 Mio. Franken. Gesamthaft ist von rund 700 Mio. Franken Kosten für die Alters- und Pflegeheime in der Stadt Zürich auszugehen. Berücksichtigt man die ausserstädtische Unterbringung von Pflegebedürftigen mit Herkunftsort (und Restfinanzierungsverantwortung) Stadt Zürich, dann würden sich diese Kosten um rund 10 Prozent erhöhen.

Bei der Patientenbeteiligung an der Pflege in Alters- und Pflegeheimen richtet sich der Kanton Zürich an der Obergrenze der maximalen Patientenbeteiligung von 21.60 Franken pro Tag (2011-2019) aus. Die Patientenbeteiligung leistete im Jahr 2019 einen Beitrag von rund 36 bis 40 Mio. Franken und die Restfinanzierung Pflege durch die Stadt Zürich einen Beitrag von 141 Mio. Franken an die Kosten der Pflege. Zusätzlich kamen 2019 neu rund 5 Mio. Franken für die Abgeltung von MiGeL-Materialien hinzu. Der Krankenkassenbeitrag pro Pflegestufe wurde vom Bund ab dem 1. Januar 2020 um 6.7 Prozent von 9 Franken auf 9.60 Franken angehoben, ebenso die Patientenbeteiligung um den gleichen Prozentsatz auf 23 Franken pro Tag. Beides entlastet die Restfinanzierung durch die öffentliche Hand. Die Heimplatzkosten für Unterkunft und Betreuung gehen zu Lasten der Bewohnerinnen und Bewohner, falls sie keinen Anspruch auf Ergänzungsleistungen haben.

Die Restfinanzierungsbeiträge der Stadt Zürich sind in den vergangenen vier Jahren um jährlich 5.6 Prozent gestiegen. Diese Kostenzunahme ist nicht auf eine erhöhte Nachfrage nach Pflegeplätzen zurückzuführen, sondern mehrheitlich auf einen Anstieg der anerkannten Kostenätze pro Pflegestufe bei gleichbleibenden Krankenkassenbeiträgen (2015: Normkosten von CHF 1.3617 pro Pflegeminute, 2019: Normkosten von CHF 1.4842 pro Pflegeminute).

Tabelle 5: Restfinanzierungsbeiträge der Stadt Zürich an die stationäre Pflege (in Mio. Franken)

	2015	2016	2017	2018	2019
Städtische Alterszentren und Pflegezentren	61.3	65.3	69.6	75.9	78.2
Private Institutionen	51.8	56.9	59.5	61.0	62.6
Total	113.0	122.2	129.1	136.8	140.8

Quelle: Geschäftsbericht des Sozialdepartments der Stadt Zürich (2019)

Auf niedrigen Pflegestufen entlastet die Patientenbeteiligung die Restfinanzierung durch die öffentliche Hand im Vergleich zu höheren Pflegestufen überproportional.²¹ Aus diesem Grund hat die öffentliche Hand auf der Pflegestufe 1 (0-20 Minuten pro Tag) keine und auf der Pflegestufe 2 (20-40 Minuten pro Tag) nur einige wenige Franken Restfinanzierungsbeiträge zu leisten. Deshalb führt die in der Altersstrategie angenommene Bedarfs- und Angebotsverschiebung der Pflege und Betreuung nicht oder nur leicht pflegebedürftiger älterer Menschen (rund 870 Personen im Jahr 2035 gegenüber Fortschreibung des Status Quo, vgl. Abschnitt 2.3) in den ambulanten Bereich insgesamt nicht zu einer Entlastung, sondern zu einer stärkeren Belastung in der Restfinanzierung durch die Stadt Zürich. Dies gilt wegen der im Durchschnitt über alle ambulanten Leistungserbringer höheren Norm- oder Vollkosten pro Pflegeminute und der höheren Patientenbeteiligung von 7.65 Franken pro Tag für den ambulanten Bereich gegenüber 23 Franken pro Tag für den stationären Bereich auch für die in der Altersstrategie angenommene Verlagerung von 310 Plätzen für mittlere und schwere Pflegebedürftigkeit.²² Der höheren Belastung bei der Restfinanzierung Pflege steht jedoch eine Entlastung bei den Ergänzungsleistungen gegenüber (vgl. Abschnitt 4.2).

4.1.4 Die Rolle der Hilflosenentschädigung

Bei der Hilflosenentschädigung handelt es sich um eine subjektorientierte Finanzierung, die unabhängig vom Einkommen und Vermögen allein in Abhängigkeit von der Hilfsbedürftigkeit gewährt wird. Sie wird vom Bund finanziert und umfasst monatliche Zahlungen in Höhe von 237 Franken bei leichter Hilflosigkeit (nur ambulanter Bereich), von 593 Franken bei mittlerer Hilflosigkeit (ambulanter und stationärer Bereich) und 948 Franken bei schwerer Hilflosigkeit (ambulanter und stationärer Bereich). Zu den Anspruchsvoraussetzungen gehört, dass seit mindestens einem Jahr ununterbrochene Hilflosigkeit besteht.

Die Rolle der Hilflosenentschädigung ist nicht allein wegen der langen Karenzfrist ambivalent. Die der Bemessung zugrundeliegenden Tätigkeiten des alltäglichen Lebens fallen sowohl unter Grundpflege als auch unter instrumentelle Unterstützungsleistungen (Unterstützung bei alltäglichen Tätigkeiten). Mit der Einführung einer Hilflosenentschädigung leichten Grades beschränkt

²¹ Die Patientenbeteiligung füllt in einem ersten Schritt die Deckungslücke zwischen anerkannten Vollkosten oder Normkosten der Pflege und Krankenkassenbeiträgen bis zur Obergrenze von 21.60 resp. 23 Franken pro Tag.

²² Mit steigender Pflegestufe wirkt sich die Differenz in den Vollkosten pro geleistete Pflegestunde zwischen ambulanter und stationärer Pflege aufgrund von Unterschieden im Skill-Grade Mix und den Wegzeiten sowie gewissen weiteren administrativen Effekten pro Fall stärker aus.

auf den ambulanten Bereich sollte ein Anreiz für einen längeren Verbleib im privaten Wohnumfeld geschaffen werden. Ansonsten gehen von der Hilflosenentschädigung keine Steuerungswirkungen aus.

Die Hilflosenentschädigung wird im Rahmen der EL zur Finanzierung eines Pflegeheimaufenthalts einbezogen, bei der ambulanten Pflege hingegen nicht als Einnahme einberechnet. Aufgrund der Karenzfrist gibt es im ambulanten Bereich während des ersten Jahres der Pflegebedürftigkeit damit praktisch keine Mitfinanzierung von nicht-pflegerischen Leistungen (mit Ausnahme eventueller kommunaler Subventionen über Leistungsverträge). Für die Ergänzungsleistungsbezügerinnen und -bezüger im Pflegeheim tragen die Ergänzungsleistungen die Karenzfrist.

Trotz dieser Ambivalenzen dürfen die Hilflosenentschädigungen bei der Analyse der Abdeckung der durch die Haushalte selbst zu tragenden Kosten der Pflege und Betreuung nicht vernachlässigt werden. Eine Weiterentwicklung der Hilflosenentschädigung liegt aber in der Hand des Bundes und nationaler Gremien. Tabelle 6 gibt die Ausgaben und Anzahl Bezügerinnen und Bezüger eines Monats für den Kanton Zürich wieder (hier Dezember des jeweiligen Jahres, als Bestandesgrösse). Eine höhere Auflösung der Statistiken nach Herkunftsgemeinde/Wohnortgemeinde und Wohnform liegt zurzeit nicht vor. Der Anteil der Stadtzürcher Bevölkerung an der Wohnbevölkerung des Kantons beträgt bei den über 65-jährigen Personen rund ein Viertel.

Tabelle 6: Ausgaben für die Hilflosenentschädigung im Kanton Zürich (im Dezember)

	Ausgaben (in 1 000 Fr.)		Anzahl Bezüger/-innen	
	2018	2019	2018	2019
Hilflosenentschädigungen AHV	5 753	5 824	8 881	8 982
Hilflosenentschädigungen IV	3 165	3 178	5 296	5 282

Quelle: AHV- und IV-Statistik des Bundesamts für Sozialversicherungen (2019)

4.1.5 Die zentrale Rolle der Ergänzungsleistungen

Aufgrund des hohen Anteils der privaten Haushalte an der Finanzierung der Pflege- und Aufenthaltskosten in einem Alters- oder Pflegeheim – sowie der Kosten für hauswirtschaftliche und sozialbetreuerische Leistungen im ambulanten Bereich – kommt den Ergänzungsleistungen eine zentrale Rolle in der Pflegefinanzierung zu. Es ist gesetzlich auf nationaler Ebene vorgegeben, dass ihre Ausgestaltung verhindern soll, dass die Kosten von Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit zu einer Inanspruchnahme von Sozialhilfe führen²³.

²³ Dies gilt nur für Heimfälle (vgl. Art. 10 Abs. 2 lit. a ELG)

Die Ergänzungsleistungen (EL) übernehmen innerhalb der ihnen gesetzten Grenzen die direkten Kosten der privaten Haushalte («Out-of-pocket»-Zahlungen) für Pflege und Betreuung, die nicht durch das eigene Einkommen und Vermögen gedeckt werden können. Eine analoge Rolle kommt den Ergänzungsleistungen auch in anderen Gesundheitsversorgungsbereichen zu, wenn sie bedarfsorientiert die Kosten für Selbstbehalte und Franchisen, für Hilfsmittel oder notwendige Zahnarztbehandlungen übernehmen.

Im Bereich der spitalexternen, institutionellen Langzeitpflege und -betreuung geht die Finanzierung durch die EL deutlich über die Patientenbeteiligung hinaus, da die Inanspruchnahme von Leistungen häufig den Aufenthalt in einem Pflegeheim oder Hospiz voraussetzen, deren Aufenthaltskosten von der betroffenen Person selbst getragen werden müssen. Bei einem Eintritt in ein Alters- oder Pflegeheim unter Aufgabe der eigenen Wohnung werden die Aufenthalts- und Betreuungskosten unter den anerkannten Ausgaben angerechnet. Bei einem temporären Aufenthalt müssen unter Umständen, namentlich dann, wenn eine Person beim Aufenthalt zu Hause keinen Anspruch auf Zusatzleistungen hat, die entstandenen Mehrkosten aus dem eigenen Einkommen und Vermögen gedeckt werden. Auch der Verbleib im privaten Wohnumfeld setzt neben der Pflege häufig weitere Unterstützungs- und Betreuungsleistungen voraus, die privat getragen werden müssen, wenn sie nicht im Rahmen der Ergänzungsleistungen anerkannt werden.

Durch den hohen Anteil von EL-Bezügerinnen und -Bezügern unter den Pflegeheimbewohnern bestimmen die Eckwerte der Ergänzungsleistungen die Wahlmöglichkeiten einer grossen Gruppe von Pflege- oder Hilfsbedürftigen.²⁴ Rund 55 Prozent der Alters- und Pflegeheimbewohner mit Herkunftsort Zürich beziehen Ergänzungsleistungen zur AHV/IV.

Die Eckwerte der Ergänzungsleistungen bestimmen auch den Zugang zu Angeboten des betreuten Wohnens, dessen Mietpreise und Taxen für Grundleistungen ohne kantonale Zusatzregelungen oder direkte Subventionen an den Anbieter die heutigen Basisansätze der Ergänzungsleistungen übersteigen. Das Angebot der Stiftung für Alterswohnungen der Stadt Zürich bildet in diesem Bereich eine Ausnahme und ist auch für EL-Bezügerinnen und -Bezüger zugänglich.

Tabelle 7: Anzahl EL-Bezügerinnen und Bezüger nach Sozialversicherungszweig und Wohnsituation

Stichtag im Dezember	2015	2016	2017	2018	2019
AHV-RentnerInnen* in Wohnungen	7 582	7 770	7 861	8 001	8 177
AHV-RentnerInnen* in Heimen	3 393	3 440	3 395	3 418	3 364
IV-RentnerInnen in Wohnungen	4 821	4 745	4 706	4 667	4 638
IV-RentnerInnen in Heimen	1 399	1 377	1 379	1 438	1 438
Total	17 195	17 332	17 341	17 524	17 617

²⁴ Als Referenztaxe gelten die Taxen der städtischen Pflegezentren für Doppelzimmer mit eigener Nasszelle, welche inkl. Betreuung aktuell bei 210 Franken pro Tag liegen. Bei spezialisierten Heimen können höhere Betreuungstaxen akzeptiert werden.

* einschliesslich Hinterlassene

Quelle: Geschäftsbericht des Sozialdepartments der Stadt Zürich (2019)

Die Anzahl Ergänzungsleistungsbezügerinnen und -bezüger in Alters- und Pflegeheimen ist in den letzten Jahren weitgehend konstant geblieben. Kontinuierlich gestiegen mit durchschnittlich zwei Prozent pro Jahr ist die Zahl der AHV-Rentnerinnen und Rentner in Wohnungen mit Ergänzungsleistungsbezug.

Aufgrund der hohen Mieten und Kosten für den Lebensunterhalt gibt es in der Stadt Zürich unter gewissen Mindestvoraussetzungen²⁵ weitere Zusatzleistungen sowohl auf der Ebene des Kantons (Beihilfen) wie auch auf der Ebene der Stadt Zürich (Gemeindezuschüsse). Kantonale Beihilfen werden an Rentnerinnen und Rentner ausgerichtet, die in einer Wohnung leben (Erhöhung Betrag für den Lebensbedarf). Der jährliche Höchstanspruch auf Beihilfe beträgt für Alleinstehende 2420 Franken und für Ehepaare sowie für Paare in eingetragener Partnerschaft 3630 Franken. Zudem werden Zuschüsse an Rentnerinnen und Rentner ausgerichtet, die in einem Alters- und Pflegeheim leben und aus medizinischen, sozial- oder sonderpädagogischen Gründen höhere Heimkosten verursachen.

Zusätzlich zu diesen kantonalen Hilfen richtet die Stadt Zürich Gemeindezuschüsse zur Abdeckung der höheren Lebensunterhaltskosten und Mietzinse in der Stadt Zürich aus. Sie betragen für Alleinstehende maximal 3900 Franken und Ehepaare maximal 5856 Franken pro Jahr. Sowohl kantonale Beihilfen als auch die Gemeindezuschüsse sind an weitere Anspruchsvoraussetzungen wie einen langjährigen Wohnsitz im Kanton und in der Stadt und herabgesetzte Vermögensobergrenzen, oberhalb derer zunächst das eigene Vermögen aufgezehrt werden muss, gebunden. Sie unterliegen einer Rückerstattungspflicht innerhalb bestimmter Grenzen bei einer Verbesserung der wirtschaftlichen Situation oder aus dem Nachlass der Leistungsbezügerinnen und -bezüger.

Tabelle 8: Aufwände und Erträge aus Zusatzleistungen zur AHV und IV (in Mio. Franken)

	2015	2016	2017	2018	2019
Ergänzungsleistungen					
Ergänzungsleistungen ¹	417.4	424.9	431.0	337.3	337.7
Krankheits- und Behinderungskosten	29.2	30.3	30.4	31.3	32.2
Kantonale Beihilfen und Zuschüsse					
Beihilfen	25.7	25.8	26.0	21.1	20.9
Zuschüsse	2.7	2.6	2.4	1.9	2.1
Gemeindezuschüsse					
Gemeindezuschüsse	38.0	38.1	38.1	38.3	38.4
Ausserordentliche Gemeindezuschüsse	0.2	0.1	0.1	0.4	0.3
Einmalzulagen	3.9	3.9	3.9	3.9	6.5

²⁵ Unter anderem in Bezug auf den Wohnsitz: 10 Jahren Kanton Zürich resp. Stadt Zürich als Wohnort.

	2015	2016	2017	2018	2019
Total Aufwendungen	517.0	525.8	532.0	434.1	438.1
davon Zusatzleistungen zur AHV	322.6	331.0	338.0	270.4	273.5
davon Zusatzleistungen zur IV	194.4	194.8	194.0	163.7	164.6
Staatsbeiträge	157.7	160.0	161.0	164.5	165.6
Prämienverbilligungen ¹	101.0	104.5	109.0	2.7	0.8
Rückerstattungen	21.1	21.3	19.4	20.0	20.9
Total Erträge	279.7	285.8	289.4	187.2	187.3
Nettobelastung Stadt	237.2	240.0	242.6	246.9	250.7

¹ Umsetzung Art. 21a Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen (ELG) per 1.1.2018; Direktüberweisung der Prämienverbilligung an die Krankenversicherung.

Quelle: Geschäftsbericht des Sozialdepartments der Stadt Zürich (2019)

Dank der Mitfinanzierung des Bundes und des Kantons an die Ergänzungsleistungen sowie des Kantons an die kantonalen Beihilfen und Zuschüssen steht den Aufwendungen in Höhe von 438 Mio. Franken im Jahr 2019 eine Nettobelastung der Stadt Zürich in Höhe von 251 Mio. Franken für Zusatzleistungen zur AHV und IV gegenüber. Die Nettobelastung der Stadt Zürich ist seit 2015 um jährlich durchschnittlich 1.4 Prozent gestiegen. Die Ausscheidungsrechnung der Beiträge der verschiedenen Staatsebenen sind zum Teil komplex. Jedoch gehen die Mehrkosten, die durch den Aufenthalt in einem Alters- und Pflegeheim entstehen, zu Lasten von Kanton und Gemeinden. Durch diese Regelung wurde im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kanton im Bereich der Ergänzungsleistungen ein Anreiz für eine bedarfsgerechte Planung der stationären Pflege geschaffen, gleichzeitig jedoch die Mehrbelastung durch eine steigende Pflege- und Hilfsbedürftigkeit den Kantonen und Gemeinden übertragen. Der Anteil des Bundes an den Kosten einer Wohn- und Pflegesituation ist unabhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit und vom Aufenthaltsort gleich.

Die folgende Tabelle zeigt die Unterschiede in der Höhe der durchschnittlichen Zusatzleistungen für Bezügerinnen und Bezüger in Wohnungen gegenüber denjenigen in Heimen. Sie liegen in Heimen aufgrund der Mitfinanzierung der höheren Pensionskosten und der Übernahme der höheren Betreuungskosten und Patientenbeteiligung deutlich über den Leistungen in Wohnungen. Ein grosser Teil des Kostenunterschieds zwischen den beiden Wohnformen geht zu Lasten von Kanton und Stadt Zürich.

Tabelle 9: Durchschnittliche Zusatzleistungen pro Fall und Monat (Dezember)

Pro Fall im Dezember (in Fr.)	2015	2016	2017	2018	2019
AHV-RentnerInnen* in Wohnungen	1 517	1 550	1 588	1 595	1 629
AHV-RentnerInnen* in Heimen	3 531	3 542	3 616	3 672	3 700
IV-RentnerInnen in Wohnungen	1 701	1 724	1 747	1 756	1 765

Pro Fall im Dezember (in Fr.)	2015	2016	2017	2018	2019
IV-RentnerInnen in Heimen	3 838	3 814	3 943	4 147	4 220

* einschliesslich Hinterlassene

Quelle: Geschäftsbericht des Sozialdepartments der Stadt Zürich (2019)

Der Anstieg der durchschnittlichen Zusatzleistung pro Fall und Monat war in den letzten vier Jahren moderat. Er betrug für AHV-RentnerInnen in Wohnungen durchschnittlich jährlich 1.8 Prozent, für AHV-RentnerInnen in Heimen 1.2 Prozent.

4.1.6 Abgeltung von Leistungen im Rahmen von Krankheits- und Behinderungskosten

Im Bereich der stationären Pflege wird die Patientenbeteiligung über die Ergänzungsleistungen abgedeckt. Die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten beschränkt sich im Wesentlichen auf nicht gedeckte medizinische Kosten, Selbstbehalte und Franchisen und ist auf 6000 Franken im Jahr begrenzt.

Im Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung kommt der Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten eine wesentlich bedeutendere Rolle zu. Neben der Patientenbeteiligung an der Pflege sowie den Selbsthalten und Franchisen übernehmen sie gewisse Unterstützungs- und Betreuungsleistungen sowie zusätzliche private Pflegeleistungen. Sie werden damit zu einem wesentlichen Regulativ für die finanzielle Belastung durch Pflege und Betreuung im privaten Wohnumfeld. Die Obergrenze beträgt für Alleinstehende in privaten Haushalten 25 000 Franken im Jahr, für Ehepaare 50 000 Franken im Jahr.

Die Finanzierung der Krankheits- und Behinderungskosten obliegt den Kantonen und Gemeinden. Dementsprechend liegt die konkrete Ausgestaltung innerhalb des national vorgegebenen Rahmens ebenfalls auf dieser Ebene. Die Zusatzleistungsverordnung (ZLV) Kanton Zürich sieht vor, dass die Kosten vergütet werden, wenn eine zu Hause lebende Person wegen Alter, Invalidität, Unfall oder Krankheit der Hilfe, Pflege oder Betreuung bedarf. Dies gilt auch, wenn die Leistungen in einem Tagesheim, Tagesspital oder Ambulatorium erbracht werden (ZLV § 11, Abs. 1).

Werden die Leistungen durch private Träger erbracht, werden die Kosten insoweit vergütet, als sie den Kosten für die Leistungserbringung durch öffentliche oder gemeinnützige Träger entsprechen. Sind die Tarife der Leistungserbringenden nach den Einkommens- oder Vermögensverhältnissen abgestuft, wird nur der tiefste Tarif angerechnet. Werden die Leistungen durch Personen erbracht, die weder im gleichen Haushalt leben noch von einer anerkannten Spitex-Organisation eingesetzt sind, so werden höchstens Fr. 25 pro Stunde, insgesamt aber nicht mehr als Fr. 4800 pro Kalenderjahr, vergütet. (ZLV § 11, Abs. 2-4).

Werden die Leistungen durch Familienangehörige erbracht, werden unter bestimmten Rahmenbedingungen (u.a. sie dürfen nicht in die EL-Berechnung des Haushalts einbezogen sein, der Erwerbsausfall ist länger andauernd) höchstens die Kosten ihres Erwerbsausfalls vergütet (ZLV § 12).

Bei Bezug einer Hilflosenentschädigung für schwere oder mittelschwere Hilflosigkeit werden wiederum unter bestimmten Rahmenbedingungen (hier u. a. die Höhe des Stundenansatzes) auch Leistungen durch direkt angestelltes Pflege und Betreuungspersonal erbracht, wenn sie nicht durch eine anerkannte Spitex-Organisation erbracht werden können (ZLV § 13).

Die Krankheits- und Behinderungskosten werden auch Haushalten ohne Anspruch auf eine periodische oder jährliche EL zur Sicherung des Lebensunterhalts in dem Masse vergütet, in dem die anerkannten Ausgaben inklusive Krankheits- und Behinderungskosten ihre anrechenbaren Einnahmen übersteigt.

Die Pflege und Betreuung im privaten Wohnumfeld, in einer Alterswohnung oder im Rahmen von «Betreutem Wohnen» wird somit durch die Ergänzungsleistungen innerhalb der Rahmenbedingungen mitfinanziert, die durch die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten und die Höhe der anerkannten Mietzinsmaxima (inkl. kantonale Beihilfen und Gemeindezuschuss der Stadt Zürich) gesetzt sind.

4.1.7 Wichtige Reformen der Ergänzungsleistungen mit Auswirkungen auf die Finanzierungsströme

Ab dem 1. Januar 2021 gelten mit der Reform der Ergänzungsleistungen gemäss ELG (Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung) und der gleichzeitigen Teilrevision der städtischen ZVO (Zusatzleistungsverordnung) deutlich höhere anerkannte Mietzinsmaxima als bisher. Auf Grund dieser beiden Revisionen können nicht nur höhere Mieten gedeckt werden, sondern es findet bei der Mietabdeckung auch eine Verlagerung von den kommunalen Leistungen zu den Ergänzungsleistungen statt. Was die jährliche Nettobelastung für die Stadt Zürich anbelangt, so gleichen sich beide Faktoren in etwa aus, insbesondere weil die Stadt auch einen erheblichen Teil der Ergänzungsleistungen mitfinanziert (2021: 50 %).

Zugleich wurden mit der Reform der Ergänzungsleistungen umfassende Sparmassnahmen verabschiedet, die auch einen Einfluss auf die Ausgaben der Stadt Zürich für Ergänzungsleistungen haben. So werden ab dem 1. Januar 2021 nur noch Personen mit einem Vermögen von weniger als 100 000 Franken Anspruch auf EL erheben können. Für Ehepaare liegt diese Eintrittsschwelle bei 200 000 Franken, für Kinder bei 50 000 Franken. Der Wert von selbstbewohnten Liegenschaften wird nicht berücksichtigt.

Bei der Berechnung des tatsächlichen Anspruchs und der Höhe der EL bleibt ein Teil des Vermögens – der Freibetrag – unberücksichtigt. Mit der Reform werden diese Freibeträge gesenkt: von 37 500 Franken auf 30 000 Franken für Alleinstehende und von 60 000 auf 50 000 Franken für Ehepaare. Der Freibetrag für Kinder bleibt unverändert bei 15 000 Franken. Die Freibeträge auf selbstbewohnten Liegenschaften werden ebenfalls im bisherigen Umfang beibehalten (112 500 Franken bzw. 300 000 Franken, wenn ein Ehegatte im Heim/Spital lebt).

Zusätzlich zu der Einführung einer Vermögensobergrenze und Senkung der Vermögensfreibeträge wird auf den 1. Januar 2021 eine Rückerstattungspflicht nach dem Tod aus dem Nachlass eingeführt. Wenn der Nachlass 40 000 Franken übersteigt, müssen die Erbinnen und Erben die nach dem 1. Januar 2021 bezogenen Leistungen zurückzahlen. Bei Ehepaaren entsteht die Rückerstattungspflicht erst beim Tod des anderen Ehegatten.

Zudem werden die Beiträge aus den Mitteln der Prämienverbilligung für Ergänzungsleistungsbezügerinnen und -bezüger auf das Niveau der realen Prämie gesenkt, wenn diese unter der Durchschnittsprämie liegt. Ebenso wird der EL-Mindestbetrag herabgesetzt. Er entspricht heute in den meisten Kantonen der durchschnittlichen Krankenkassenprämie und wird neu auf den Betrag der höchsten Prämienverbilligung für Personen ohne Anspruch auf EL und Sozialhilfe gesenkt. Die Aufenthalte in einem Pflegeheim werden tagesgenau (und nicht mehr pro ganzen Monat) abgerechnet.

In der Summe werden daraus auch auf der Ebene der Stadt Zürich Entlastungen bei der Finanzierung der Zusatzleistungen entstehen. Für das Jahr 2021 hat die Stadt Zürich entsprechende Nettoeinsparungen von 1.8 Millionen Franken budgetiert.²⁶

Im Bereich der Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten sind keine Veränderungen vorgesehen. Auf nationaler Ebene definieren Gesetz und Verordnung gewisse Mindestvorgaben und Maximalleistungen. Innerhalb dieses Rahmen obliegt die Ausgestaltung weiterhin den Kantonen. Eine Berücksichtigung der Kosten für Betreutes Wohnen wurde aus der Reform herausgenommen und befindet sich derzeit als Motion in Bearbeitung.²⁷

4.2 Kostenbestandteile und Finanzierungsträger je nach Wohn- und Pflegeform

Die heutige Mischfinanzierung führt je nach Wohnform und Pflegesituation zu unterschiedlichen Belastungen der verschiedenen Finanzierungsträger Krankenversicherung, Bund (Hilflosenentschädigung AHV), Stadt Zürich (Restfinanzierung Pflege, Beiträge an Hauswirtschaft, Zusatzleistungen AHV), Kanton Zürich (Zusatzleistungen AHV) und private Haushalte (Patientenbeteiligung, Kosten für Unterstützungs- und Betreuungsleistungen, heimbedingte Mehrkosten für Pension). Deshalb lassen sich die finanziellen Folgen diversifizierter Wohn- und Pflegeformen und einer Verlagerung zwischen der ambulanten und stationären Pflege nur anhand konkreter idealtypischer Situation beschreiben.

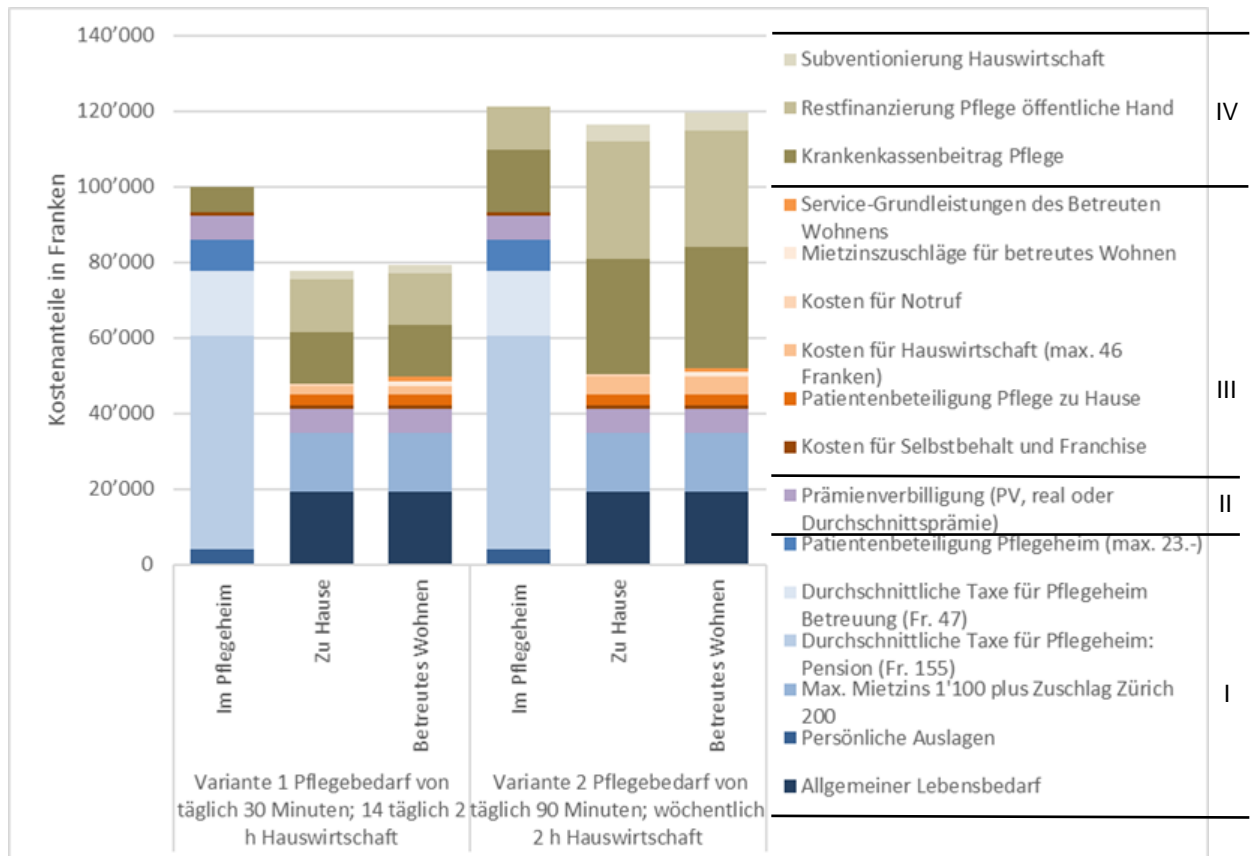
Zugleich lassen sich nur anhand konkreter Fallbeispiele Lücken und Fehlanreize in den heutigen Finanzierungsstrukturen verdeutlichen. Kapitel 4.1 hat aufgezeigt, dass die wesentlichen Finanzierungselemente je nach Wohn- und Pflegesituation unterschiedlich ausgestaltet sind: Höhe der Patientenbeteiligung und der Restfinanzierungsbeiträge der öffentlichen Hand, anerkannte Ausgaben und Berechnung der Ergänzungsleistungen inklusive Ausscheidung der Beiträge von Bund, Kanton und Gemeinden, Rolle der Hilflosenentschädigung.

Aus diesem Grund werden anhand von drei idealtypischen Wohn- und Pflegeformen (1. in der angestammten Wohnung, 2. im Betreuten Wohnen / Alterswohnungen der Stadt Zürich (Variation subventioniert/freitragend, älterer Bestand/Neubau), 3. im Pflegeheim) die Gesamtkosten

²⁶ Für Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen, für die die EL-Reform insgesamt einen tieferen Betrag der jährlichen Ergänzungsleistungen oder einen Verlust des Anspruchs auf eine jährliche Ergänzungsleistung zur Folge hat, gilt während längstens dreier Jahre ab Inkrafttreten der EL-Reform das bisherige Recht.

²⁷ «Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament eine Gesetzesänderung vorzulegen, welche die Finanzierung von betreutem Wohnen über Ergänzungsleistungen zur AHV sicherstellt, so dass Heimeintritte für betagte Menschen verzögert oder vermieden werden können» Motion SGK-N 18.3716

sowie die unterschiedlichen Kostenbestandteile und Finanzierungsträger pro Idealtyp aufzeigt.

Abbildung 4: Kostenbestandteile verschiedener Wohn- und Pflegeformen im Vergleich

Quelle: Hochschule Luzern, eigene Berechnung (2020).

Die Farbwahl in Abbildung 4 unterscheidet zwischen vier Kostenblöcken²⁸:

- I: Kosten, die bei einem Anspruch auf Ergänzungsleistungen über die «periodische» EL bedarfsorientiert abgegolten werden würden,
- II: Kosten für die Krankenkassenprämie, die bei Bedarf und Anspruch anteilmässig über die Prämienverbilligung abgegolten werden würden,
- III: Kosten, die bedarfsorientiert über die Krankheits- und Behinderungskosten der EL rückvergütet würden,

²⁸ Bei den Finanzierungsträgern zu beachten ist die Rolle der Hilflosenentschädigung. Nach Ablauf einer einjährigen Karenzfrist steht sie abgestuft nach dem Grad der Hilflosigkeit – leicht (nur ambulant), mittel und schwer – den Anspruchsberechtigten zur Finanzierung der Kosten der Pflege- und Hilfsbedürftigkeit zur Verfügung. Die Hilflosenentschädigung wird im Heimbereich zur Finanzierung der Kosten in der Berechnung der Ergänzungsleistungen herangezogen, nicht im ambulanten Bereich.

- IV: ein zusätzlicher Block von Kosten ausserhalb der Ergänzungsleistungen, die bei den Krankenversicherungen und über die Restfinanzierung Pflege und Subventionierung Hauswirtschaft bei den Kantonen und Gemeinden direkt anfallen.

Zu beobachten ist bei variierender Pflegebedürftigkeit ein Tradeoff zwischen zwei gegenläufigen Bewegungen. Die Pensionstaxe und Betreuungstaxe stellen bei der Pflege im Heim zusammen einen deutlich höheren Kostenblock dar als der normale Lebensunterhalt und die Miete mit den heutigen Mietzinsmaxima bei der Pflege in der privaten Wohnung. Dies gilt auch gegenüber der Wohn- und Pflegeform «betreutes Wohnen». Hinter der Pflege im Heim steht ein umfassendes Leistungspaket, aus dem keine Einzelkomponenten ausgewählt werden können (vergleiche die Studie von Polynomics²⁹ zum Wohn- und Pflegemodell 2030 von Curaviva): Vollpension, Wäsche, Reinigung, Hauswirtschaft und Betreuung. Dieser höhere Kostenblock schlägt sich auch in höheren Kosten bei den Ergänzungsleistungen nieder, wenn eine Heimbewohnerin oder ein Heimbewohner die Kosten nicht aus dem eigenen Einkommen und Vermögen tragen kann.

Umgekehrt ist die Pflege im Heim bei steigender Pflegebedürftigkeit aus gesamtwirtschaftlicher Sicht betrachtet deutlich günstiger als die Pflege zu Hause. Die Differenz verringert sich, wenn Opportunitätskosten für die Pflege durch Angehörige in die Berechnung einbezogen würden.³⁰ Mit steigender Pflegebedürftigkeit steigen die Kosten für die Restfinanzierung der Pflege. Je grösser der kantonal festgelegte Unterschied in der Patientenbeteiligung zwischen ambulanter Pflege (7.65 pro Tag in der Stadt Zürich) und stationärer Pflege (23 Franken pro Tag ab Pflegestufe 2 in der Stadt Zürich) und je höher die Unterschiede in den im Rahmen der Restfinanzierung anerkannten Voll- oder Normkosten pro Pflegeminute zwischen dem ambulanten und stationären Bereich, desto schneller schlägt sich die Differenz in den Lasten für die öffentliche Hand nieder. Für die Krankenversicherer ist die Pflege im Heim immer günstiger als eine entsprechende Pflege durch die Spitex.

Dieser generelle Tradeoff zwischen Pension/Miete und Lebensunterhalt einerseits und den Pflege- und Betreuungskosten andererseits zeigt sich ebenfalls sehr stark in der Stadt Zürich. Je nach Kosten des Service-Pakets im Betreuten Wohnen (vgl. Abbildung 4), den Restfinanzierungskosten der Spitex und den städtischen Beiträgen an die Hauswirtschaft sowie den hier nicht in Abzug gebrachten subsidiären Leistungen von Angehörigen, Freunden oder Nachbarn können sich die Kostenvorteile des Betreuten Wohnens oder des Verbleibs in der privaten Wohnung mit steigender Pflegebedürftigkeit und Unterstützungsbedarf im Bereich Hauswirtschaft und Administration relativ schnell ins Gegenteil verkehren.

Volkswirtschaftlich gesehen dürfte durch eine Verlagerung von Plätzen in Alters- und Pflegeheimen für Menschen mit keiner oder niedriger Pflegebedürftigkeit in den ambulanten Bereich immer eine Einsparung entstehen. Dies gilt auch für die im Rahmen der Altersstrategie prognostizierte Verlagerung von 870 Plätzen aus Alters- und Pflegeheimen in andere Wohn- und Pflegeformen. Aber sie fällt bei Einbezug der Kosten für die ambulante Pflege und Betreuung durch bezahlte Leistungen deutlich niedriger aus als vielleicht erwartet. Bei einer Verlagerung von

²⁹ Schneider, Y., Widmer, P., Hochuli, P. (2018). *Abschätzung der Kostenwirkung des Wohn- und Pflegemodells 2030. Studie im Auftrag von Curaviva.*

³⁰ vgl. auch Wächter, M., Künzi, K. (2011). *Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive. Kurzstudie im Auftrag des Spitex Verbands Schweiz.*

Plätzen für mittlere und schwere Pflegebedürftigkeit dürften die Auswirkungen auf die volkswirtschaftlichen Kosten stark vom Ausmass der subsidiären Pflege und Unterstützung durch Angehörige, Freunde und Nachbarn abhängen.

Angesichts des hohen Anteils von rund 55 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen, die zur Finanzierung ihres Aufenthalts auf Ergänzungsleistungen angewiesen sind, überträgt sich dieser Tradeoff bei einer Verlagerung von Pflegeplätzen auf einen Tradeoff zwischen Entlastung der Ergänzungsleistungen und zusätzlicher Belastung der Restfinanzierung Pflege durch die öffentliche Hand. Durch die Mitfinanzierung der Zusatzleistungen durch den Kanton fällt nur ein Teil der Entlastung bei den Ergänzungsleistungen bei der Stadt an, während die Restfinanzierung Pflege ganz zu Lasten der Stadt geht.

Gleichzeitig verdeutlicht Abbildung 4, dass beim Überschreiten der Obergrenzen für die im Rahmen der Ergänzungsleistungen anerkannten Heimtaxen, Mietzinse oder Ansätze für die Abgeltung von Unterstützungs- und Betreuungsleistungen, Zugangsbarrieren zu den verschiedenen Wohn- und Pflegeformen entstehen. Im Bereich der ambulanten Pflege könnten höhere Mietzinse beim Umzug in eine altersgerechte Wohnung oder eine betreute Wohnform sowie die Inanspruchnahme von einzelnen oder gebündelten Dienstleistungen jedoch schnell über die Grenzen der heutigen Vergütung durch die Krankheits- und Behinderungskosten im Rahmen der EL hinausführen.

4.3 Fazit

Die vorangehenden Abschnitte zeigen die beiden grossen Kostenblöcke auf der Ebene von Kanton und Stadt Zürich: Restfinanzierungsbeiträge an die Pflege und die subjektorientierte Finanzierung von Kosten für nicht gedeckte Pflegekosten (Patientenbeteiligung, Selbstbehalt und Franchisen), Betreuungs- und Hauswirtschaftskosten und Aufenthaltskosten in einem Alters- und Pflegeheim.

Die Verlagerung von rund 870 Plätzen in Alters- und Pflegeheimen mit keiner oder nur leichter Pflegebedürftigkeit in den Bereich der ambulanten Pflege und des betreuten Wohnens wird zu Einsparungen bei den Ergänzungsleistungen und Mehrkosten bei der Restfinanzierung Pflege führen. Die Einsparungen im Rahmen der Ergänzungsleistungen sind schwierig zu quantifizieren, da sie stark von der Frage der Mietzinsentwicklung und dem Mietpreisniveau von altersgerechten Wohnungen oder betreuten Wohnformen sowie der Anerkennung von einzelnen oder gebündelten Dienstleistungen (Servicepaketen) im Rahmen der Krankheits- und Behinderungskosten der EL abhängen. Lassen sich neue Angebote nicht im Rahmen der heutigen Zusatzleistungen zur AHV finanzieren, müsste ein Ausbau der Gemeindegzuschüsse ins Auge gefasst werden, damit der Zugang auch für ZL-Berechtigte garantiert werden kann.

Umgekehrt sind die Kostenfolgen im Rahmen der Restfinanzierung der Pflege ebenfalls schwer abzuschätzen, weil das Prognosemodell zur Pflegeplanung zwar Angaben über die Verlagerung von rund 870 Betten für Personen mit keiner oder leichter Pflegebedürftigkeit macht, dabei aber keine Annahmen trifft über die konkrete Verteilung der Personen auf die Pflegestufen 0-2 und damit auch nicht über den durchschnittlichen Pflegebedarf pro Tag. Unbekannt ist auch, in wie weit eine solche Verlagerung bereits von den heutigen durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten der ambulanten Pflege von 4 Prozent bei der Anzahl Klienten und 8 Prozent bei der

Anzahl Stunden vorweggenommen wird und welcher Anteil von anderen Einflussfaktoren wie z. B. eine Verlagerung von medizinischen Behandlungen mit Nachbetreuung in den ambulanten Bereich oder ein Rückgang der Pflege durch Angehörige und Freunde bestimmt wird.

Bei der laut Prognosemodell möglichen Verlagerung von rund 310 Plätzen für Menschen mit mittlerer und schwerer Pflegebedürftigkeit in den ambulanten Bereich dürften sich im gegenwärtigen Finanzierungssystem die Konsequenzen für die öffentliche Hand in etwa aufheben: Den Einsparungen im stationären Bereich bei den Ergänzungsleistungen für Pension und Betreuung stehen im ambulanten Bereich entsprechende Mehrausgaben bei der Restfinanzierung der Pflege gegenüber.

Das grösste Einsparpotenzial liegt demzufolge wohl in der Umsetzung einer bedarfsgerechten Planung und Versorgung, die sich ändernden Präferenzen und einem sich ausdifferenzierenden Angebot gerecht wird und damit hilft, Überkapazitäten zu vermeiden. Der Zugang zu alternativen Wohn- und Pflegeformen führt im Moment in erster Linie über die Ergänzungsleistungen, wobei das Betreute Wohnen zwischen die heutigen Regelungen fällt. Die Ergänzungsleistungen lassen sich jedoch weiter entwickeln, um hier Lücken zu schliessen und Fehlanreize zu beseitigen. Die Stadt Zürich kann die EL allerdings lediglich im Rahmen der Gemeindegremien mitgestalten; auf nationaler und kantonaler Ebene sind verschiedene Bestrebungen in Gang, um die EL in diesem Sinne weiter zu entwickeln (siehe Kapitel 5).

5 Auswirkungen geplanter Reformen der Pflegefinanzierung

Verschiedene parlamentarische Vorstösse und Geschäfte sind zurzeit auf übergeordneter Ebene in der Beratung oder hängig, die einen Einfluss auf die Verteilung der Lasten zwischen verschiedenen Finanzierungsträgern haben und damit auch die zukünftige Belastung der Finanzen der Stadt Zürich und der privaten Haushalte mitbestimmen würden. Zudem könnten diese Entwicklungen – je nach konkreter Ausgestaltung – die heutigen Gestaltungsspielräume der Gemeinden erweitern oder auch einschränken.³¹

5.1 Entwicklungen auf nationaler Ebene

Im Bereich der Pflegefinanzierung sind zurzeit zwei Postulate in der parlamentarischen Beratung, die einen Einfluss auf die Festlegung der anerkannten Kosten der Pflege pro Leistungseinheit und Aufteilung der Kosten zwischen den drei Finanzierungsträgern Krankenkassen, Stadt Zürich und private Haushalte haben.

Das erste Postulat 16.3352 «Gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger» betrifft den Prozess der Anpassung der Krankenkassenbeiträge an die Kostensteigerung. Die Verantwortung für die Festlegung liegt gemäss dem aktuellen Krankenversicherungsgesetz beim Bund. Die einzige Anpassung, die seit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung vorgenommen wurde, war eine Überprüfung und Nachkalkulation der angestrebten Kostenneutralität bei Einführung im Jahr 2011. Wie in Kap. 4 angesprochen, führte dies zu einer Absenkung der Krankenkassenbeiträge an die ambulante Pflege in Höhe von 3.6 Prozent auf den 01.01.2020 und eine gleichzeitige Anhebung der Beiträge an die Institutionen der stationären Langzeitpflege in Höhe von 6.7 Prozent. Kostensteigerungen in beiden Bereichen seit 2011 sind in dieser Korrektur nicht berücksichtigt. Sie waren seit 2011 einseitig von der Stadt Zürich zu tragen.³²

Das zweite Postulat 19.3002 «Pflege und einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich» zielt auf die Integration der Langzeitpflege in die angestrebte einheitliche Finanzierung (EFAS). Durch die Integration würden alle Leistungen, die durch das Krankenversicherungsgesetz geregelt und finanziert werden, unabhängig von dem Versorgungsbereich und dem Leistungserbringer über einen einheitlichen Schlüssel von Krankenversicherung und öffentlicher Hand finanziert. Dadurch wären auch die Kostensteigerungen von

³¹ So würde die Integration von Leistungen für das Betreute Wohnen in den nationalen oder kantonalen Gesetzen und Verordnungen zu den Ergänzungsleistungen die geplanten Massnahmen im Rahmen der Altersstrategie stützen. Eine Förderung integrierter Versorgungsansätze durch die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) könnte – je nach konkreter Ausgestaltung - auch gewisse Handlungsspielräume der Stadt Zürich einschränken, etwa im Bereich der Abgeltung spezialisierter Leistungen in der spitalexternen Pflege.

³² Die OKP beteiligt sich bei unveränderten Beiträgen nur an den Mehrkosten einer steigenden Nachfrage (Menge), nicht an einem Anstieg der Preise pro geleistete Zeiteinheit Pflege. Letzteres ist dann der Fall, wenn die Löhne des Pflegepersonals steigen, im Bereich der stationären Pflege eine Verschiebung hin zu höheren Pflegestufen stattfindet, die Intensität und Komplexität der Pflegeleistungen (bei konstanter aufgewendeter Zeit) zunimmt und deshalb beispielsweise besser ausgebildetes und entsprechend teureres Personal erforderlich ist oder wenn anderweitige Preissteigerungen (z. B. Mieten, allgemeine Inflation) eintreten.

allen Finanzierungsträgern gleichmässig zu tragen. In einem solchen System müsste eine andere Lösung für die Festlegung der heutigen Krankenkassenbeiträge durch den Bund und die Restfinanzierungsbeiträge durch die Kantone resp. die Gemeinden gefunden werden.

Der Bundesrat hat seine Stellungnahme zu beiden Postulaten wegen ihrer engen Verknüpfung in einem gemeinsamen Bericht am 25. November 2020 veröffentlicht. Da die Eckwerte einer künftigen Verteilung der Lasten auch durch andere Finanzierungslösungen wie etwa die Auslagerung der Pflegefinanzierung in einer separaten Pflegeversicherung oder in ein 'Pflegesparen' analog der kapitalbasierten beruflichen Vorsorge beeinflusst würden, hat sich der Bundesrat in seinem Bericht auch zu diesen Optionen geäussert.

Die Finanzierung der Pflegeleistungen sollte aus Sicht des Bundesrates auch zukünftig auf einer Versicherungslösung beruhen. Um neue Schnittstellen und zusätzlichen administrativen Aufwand zu vermeiden, bevorzugt er eine Lösung innerhalb des KVG gegenüber einer separaten Pflegeversicherung. Angesichts der Steuerungsproblematik einer regelmässigen Anpassung der OKP-Pflegebeiträge an die Kostenentwicklung bei gleichzeitiger Verantwortung der Kantone für die Festsetzung der Restfinanzierung steht für den Bundesrat eine Integration der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) im Vordergrund.³³ Die Umsetzung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen unter Einbezug der Langzeitpflege (EFAS) würde eine umfassende Neuordnung der Finanzierungsströme bis hinunter auf die Ebene des Prämienverbilligungssystems bedeuten, dessen Folgen auf die heutigen Leistungen der Stadt Zürich an die Kosten der Langzeitpflege im Rahmen dieses Berichts nicht abgeschätzt werden können.

Einfluss auf die finanzielle Belastung der Stadt Zürich hat auch die Botschaft des Bundesrats zur KVG-Änderung betreffend Vergütung des Pflegematerials, die am 27. Mai 2020 an die eidgenössischen Räte überwiesen wurde.³⁴ Die Gesetzesänderung würde die finanzielle Belastung der Kantone und Gemeinden um schätzungsweise 65 Millionen Franken pro Jahr verringern. Dies würde auch zu einer Entlastung der Stadt Zürich von schätzungsweise jährlich 4 Millionen Franken führen.

Im Bereich der Ergänzungsleistungen wurden Leistungen für die Wohn- und Pflegeform «Betreutes Wohnen» im Rahmen der EL-Reform (16.065) in der parlamentarischen Beratung geprüft, aber nicht mehr in die Revision aufgenommen. Das Anliegen wird nun im Rahmen einer separaten Motion «Ergänzungsleistungen für Betreutes Wohnen» (18.3716), welche von beiden

³³ Sie bringt zugleich den Vorteil mit sich, dass sie verschiedene Fehlanreize reduzieren und integrierte Versorgungsansätze unterstützen kann. Sollte eine einheitliche Finanzierung im Parlament scheitern, bietet eine Weiterführung des Status quo mit konstanten Beiträgen der OKP für Pflegeleistungen aus Sicht des Bundesrats ein Gegengewicht zur Mehrbelastung der OKP durch die laufende Verschiebung von stationären zu ambulanten Leistungen. Ein Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung scheint herausfordernd, aber seitens Bundesrat innerhalb eines Zeitraums von 5 bis 10 Jahren machbar und angesichts der erhofften Vorteile anzustreben.

³⁴ Sie sieht eine vereinfachte und schweizweit einheitliche Vergütung des Pflegematerials vor. Durch Pflegefachpersonen verwendete Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung einer Krankheit dienen und in der Liste der Mittel und Gegenstände (MiGeL) aufgeführt sind, sowie Mittel und Gegenstände, die nicht von der versicherten Person selbst oder von einer nicht-beruflich mitwirkenden Person verwendet werden können, sollen nicht mehr über die Pflegefinanzierung, sondern separat gemäss dem Prinzip der MiGeL von der OKP vergütet werden.

Kommissionen des National- und Ständerats angenommen wurde, weiterverfolgt. Ziel der Motion ist, die Finanzierung in der EL-Gesetzgebung so zu regeln, dass die Kosten einer ausreichend betreuten Wohnform gedeckt wären. Auf diesem Weg würden Rahmenbedingungen auf nationaler Ebene geschaffen, welche ambulante Wohn- und Pflegeformen bedarfsorientiert durch Beiträge im Rahmen der Ergänzungsleistungen stärken würde. Dabei ist noch nicht klar, wer diese zusätzlichen Kosten im Rahmen der EL tragen würde. Im heutigen Regime sind es die Kantone und Gemeinden, welche den über die Existenzsicherung hinausgehenden Mehrbedarf aufgrund von Pflegebedürftigkeit tragen (als heimbedingte Mehrkosten oder im Rahmen der Krankheits- und Behinderungskosten). Indirekt würde die gesetzliche Regelung aber einen Rahmen schaffen, der die heutigen Zugangsbarrieren zu alternativen Wohn- und Pflegeformen abbaut und somit zu einer Entlastung bei den Ergänzungsleistungen führt. Allerdings müsste die Stadt Zürich wohl weitere ergänzende gesetzliche Bestimmungen erlassen, um dem höheren Mietzins- und Preisniveau für Dienstleistungen in der Stadt gerecht werden zu können.

5.2 Entwicklungen auf Kantonaler Ebene

Die Änderung des kantonalen Zusatzleistungsgesetzes, welches am 27. September 2020 angenommen wurde, hat zur Folge, dass der Kanton (gemeinsam mit dem Bund) bis zu einem gewissen Plafond einen höheren Kostenanteil von 70 Prozent (gegenüber heute 44 Prozent) der Zusatzleistungen für AHV- und IV-Bezügerinnen und -bezüger übernimmt.³⁵ Damit werden die Gemeinden entlastet und die Unterschiede der Sozialkostenbelastung zwischen den Gemeinden verringert. Das Gesetz tritt voraussichtlich ab Januar 2022 in Kraft und entlastet die Gemeinden laut Schätzungen mit jährlich zwischen 159 und 211 Millionen Franken. Die Stadt Zürich wird voraussichtlich um 37.5 Millionen Franken entlastet.

Im Bereich der Ergänzungsleistungen hat der Kantonsrat am 13. Januar 2020 den Bericht und den Antrag des Regierungsrats (5485) vom 22. August 2018 entgegengenommen und die beiden Postulate zu begleitetem und betreutem Wohnen (KR-Nr. 196/2016, KR-Nr. 404/2016) abgeschlossen. In seinem Bericht kommt der Regierungsrat zwar zum Schluss, dass Angebote im Bereich des dem Aufenthalt in stationären Einrichtungen vorgelagerten begleiteteten und betreuten Wohnens aus volkswirtschaftlicher Sicht sinnvoll sind. Er verzichtet aber auf die Ausarbeitung von Regulierungen zu den Angebotsformen, der Anforderungen an eine Mitfinanzierung von Angeboten und der Zulassungsbedingungen. Der Regierungsrat geht davon aus, dass die notwendige Betreuung dort anzubieten und zu finanzieren ist, wo die Person wohnt. In welchem Rahmen dies über eine Rückvergütung der Krankheits- und Behinderungskosten geschehen kann und welche Anpassungen z. B. an den Maximalsätzen und konkreten Leistungsbestimmungen dieses Leistungsbereichs zu erfolgen haben, lässt der Bericht hingegen offen.

Die Stadt Zürich wird im Rahmen der Massnahme 1.20 der Altersstrategie («Wohnen mit Betreuung für ZL-Rentnerinnen und Rentner in institutionsnahen Einrichtungen oder zuhause lebend zugänglich machen») die Fragestellung der Mindestanforderung an Angebotsformen, Ausgestaltung und Qualität der Leistungen sowie des finanziellen Rahmens selbständig aufgreifen und weiterbearbeiten.

³⁵ Anrechenbar sind höchstens 125 % der durchschnittlichen Bruttokosten pro Kopf der Gesamtbevölkerung.

6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Der vorliegende Bericht zeigt die wichtigsten Zusammenhänge und Abhängigkeiten des heutigen Finanzierungssystems der Altersversorgung auf und diskutiert vor diesem Hintergrund die möglichen Implikationen der geplanten Massnahmen der Altersstrategie. Er stützt sich dabei auf Datengrundlagen, die im Kontext der Erarbeitung der Altersstrategie erstellt wurden, sowie auf weitere Forschungs- und Hintergrundberichte. Der Bericht differenziert dabei zwischen gesichertem Wissen und abschätzbaren Auswirkungen einerseits sowie offenen Punkten andererseits, die sich erst im Rahmen der Umsetzung der Altersstrategie und im Rahmen von aktuellen kantonalen oder nationalen Entwicklungen klären werden.

Für die Planung des zukünftigen Bedarfs an stationären Pflegeplätzen hat die Stadt Zürich das Obsan (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium) mit der Erstellung von statistischen Grundlagen beauftragt. Das Szenario, an dem sich die Altersstrategie orientiert, geht von einer trotz steigender Lebenserwartung gleichbleibenden Anzahl Jahre mit Pflegebedürftigkeit und eingeschränkter Gesundheit und einem sinkenden Anteil Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen aufgrund einer stärkeren Nachfrage nach alternativen Wohn- und Pflegeformen und sich verändernder Präferenzen aus (Verlagerung von 50 Prozent der Fälle bei keiner und leichter Pflegebedürftigkeit, sowie Verlagerung von 10 Prozent bei mittlerer und schwerer Pflegebedürftigkeit in den ambulanten Versorgungsbereich).

Gemäss diesem Szenario liegt der Bedarf im Jahr 2035 gesamtstädtisch bei etwa 5800 Pflegeplätzen. Es werden somit rund 600 Pflegeplätze weniger benötigt werden, als heute in der Stadt angeboten werden. Die im Rahmen der Altersstrategie 2035 unterstützte Verlagerung von Plätzen in den ambulanten Bereich führt dazu, dass gegenüber einer Fortführung des Status Quo zusätzlich fast 1200 Pflegebedürftige eine ambulante Unterstützung und Pflege benötigen (davon knapp 900 leicht Pflegebedürftige und rund 300 mittel bis schwer Pflegebedürftige).

Die heutige Datenlage und die verfügbaren Prognosemodelle erlauben keine integrierte Planung für den ambulanten, intermediären und stationären Bereich. Deshalb kann nicht vorausgesagt werden, in welchem Ausmass eine solche Verlagerung bereits heute von den jährlichen Wachstumsraten der ambulanten Pflege durch Spitex oder freiberufliche Pflegefachleute in der Stadt Zürich von vier Prozent bei den Klientinnen und Klienten und acht Prozent bei den Leistungen vorweggenommen wird.

Durch eine Sonderauswertung der Daten zur Restfinanzierung der Pflege im ambulanten Bereich konnte eine Abschätzung vorgenommen werden, wie viele Personen im Alter von über 65 Jahren mit Wohnsitz Stadt Zürich in einem Monat Pflegeleistungen erhalten. Im Durchschnitt erhielten im Jahr 2019 pro Monat 3768 Personen im Alter von über 65 Jahren ambulante Pflegeleistungen, davon 1900 Personen zwischen 0 und 20 Minuten pro Tag (entspricht der Pflegestufe 1 im stationären Bereich), 839 Personen zwischen 21 und 40 Minuten (Pflegestufe 2) und 1047 Personen mehr als 40 Minuten (Pflegestufe 3 und höher). Die ergänzenden Pflegeleistungen durch Angehörige und Freunde sind in diesem Bedarf nicht erfasst. Der eigentliche Pflegebedarf dürfte deshalb in vielen Fällen höher sein.

Die spitalexterne Pflege durch ambulante Dienste oder Alters- und Pflegeheime übernimmt auch eine wichtige Rolle in der Gesundheitsversorgung in der Nachsorge im Anschluss an eine Spitalbehandlung, der Behandlung und Begleitung von chronisch-kranken Menschen, mit der Vermeidung unnötiger Spitaleintritte, in der Prävention oder auch der palliativen Begleitung und Versorgung bei unheilbaren Erkrankungen und am Lebensende. Die Stadt Zürich trägt bereits heute ein breites Angebot an spezialisierten Pflegediensten und Beratungsstellen an der

Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung mit, etwa in den Bereichen Palliative Care, psychiatrische Pflege, Nachspitex, sozialmedizinische aufsuchende Pflege, Memory-Kliniken sowie Akut- und Übergangspflege. Ebenso verfügen auch die Pflegezentren über entsprechende Fachabteilungen. Bei einer vermehrten Nutzung von Pflegeleistungen, die dem ambulanten Bereich zugeordnet sind, entstehen für Betroffene keine Mehrbelastung ausser der Patientenbeteiligung. Hingegen entstehen finanzielle Mehrbelastungen für Betroffene durch Tagestaxen, wenn sie vorübergehend Angebote nutzen, die dem stationären Bereich zugeordnet sind. Im Rahmen der Altersstrategie werden hier Massnahmen zur Entlastung der Betroffenen mit wenig finanziellem Spielraum geprüft.

Im Weiteren beteiligt sich die Stadt Zürich im Rahmen des Leistungskataloges der beauftragten Spitexorganisationen (Spitex Zürich) auch an der Finanzierung von nicht KVG-pflichtigen hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen, welche einen längeren Verbleib in der eigenen Wohnung oder in einer Alterswohnung ermöglichen.

Die finanziellen Auswirkungen einer Verlagerung von stationären Plätzen in den ambulanten Bereich und hin zu Betreuten Wohnformen hängen stark von der künftigen Angebots- und Preisgestaltung sowie allfälligen Mindestanforderungen an die Zulassung von Anbietern sowie der Ausgestaltung der Zugangsberechtigung für Zusatzleistungsbezüglerinnen und -bezügler ab. Sicher sind Einsparungen im Bereich der Ergänzungsleistungen bei Personen mit keiner oder nur einer leichten Pflegebedürftigkeit zu erwarten, die jedoch zum Teil auch beim Kanton anfallen (rund 55 Prozent aller Alters- und Pflegeheimbewohner mit Wohnsitz Zürich benötigen heute Zusatzleistungen zur AHV für die Mitfinanzierung des Heimaufenthalts).

Ein Vergleich der vollen Kosten für Aufenthalt, Pflege, Betreuung und Unterstützungsleistungen anhand von idealtypischen Wohn- und Pflegeformen zeigt jedoch, dass ein starker Tradeoff zwischen den Kosten für die Restfinanzierung Pflege und Beiträgen an ambulante Betreuungs- und Unterstützungsleistungen einerseits und den Kosten für höhere Ergänzungsleistungen für den Aufenthalt in einem Alters- oder Pflegeheim andererseits besteht. Kostenvorteile ambulanter Lösungen können sich bei steigendem Pflegebedarf je nach Mietzins und notwendigen Dienstleistungen recht schnell ins Gegenteil verkehren. Erst wenn die Festlegung von Bedarfs- und Leistungsdimensionen und entsprechenden Finanzierungsmodellen im Rahmen der Altersstrategie weiter ausgearbeitet worden sind, werden sich die finanziellen Auswirkungen besser abschätzen lassen.

Der Zugang zu alternativen Wohn- und Pflegeformen für Personen mit einem geringen finanziellen Spielraum dürfte am ehesten über Zusatzleistungen zur AHV sichergestellt werden können. Das Bundesgesetz lässt hier den Kantonen und Gemeinden Gestaltungsspielräume, beispielsweise bei der Ausgestaltung der Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten oder der eigenständigen Finanzierung weiterer Zusatzleistungen. Zugleich werden im Rahmen einer von beiden Räten des nationalen Parlaments angenommenen Motion zurzeit Modelle für eine bessere Integration von Formen des «Betreuten Wohnens» in die nationale Gesetzgebung zu den Ergänzungsleistungen geprüft, die gegebenenfalls auch Lösungsansätze auf der Ebene der Stadt Zürich erleichtern.