

Kosten der Langzeitpflege: Einflussfaktoren und Zusammenhänge
Untersuchung der Kosten der Erbringung von Pflegeleistung im Kanton Aargau 2010

MASTER-THESIS
zur Erlangung des Masters of Public Health
im Rahmen des Weiterbildungsstudiengangs Public Health
der Universitäten Basel, Bern und Zürich

vorgelegt von

Giordana Erne
von Schwyz (SZ) und Böttstein (AG)

Muri, Juli 2012

Projektbegleitung

Willy Oggier, Dr. oec. HSG
Dr. Willy Oggier Gesundheitsökonomische Beratungen AG
Weinhaldenstrasse 22
8700 Küsnacht

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	- 7 -
1.1.	Ausgangslage und Zielsetzung / Thesen	- 9 -
1.2.	Hypothese und Forschungsfragen	- 10 -
1.3.	Methodisches Vorgehen	- 11 -
2.	Allgemeiner Rahmen / Der Kontext	- 15 -
2.1.	Medizinisch-technischer Fortschritt	- 15 -
2.2.	Demografische Veränderung und Gesundheitsausgaben	- 15 -
2.3.	Gesellschaftliche Entwicklung	- 17 -
2.4.	Die solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung	- 17 -
2.5.	Neuregelung der Pflegefinanzierung	- 18 -
3.	Sektor der Betreuung und Pflege von betagten Personen	- 19 -
3.1.	Pflegeheime	- 19 -
3.2.	Leistungen der Pflegeheime	- 20 -
3.2.1.	Pflegeleistungen	- 20 -
3.2.2.	Betreuungsleistungen	- 21 -
3.2.3.	Pensionsleistungen	- 22 -
3.2.4.	Weitere Leistungen	- 22 -
4.	Pflegeheime im Kanton Aargau	- 24 -
4.1.	Gesetzliche Grundlagen Kanton Aargau	- 24 -
4.1.1.	Stand der Umsetzung der Pflegefinanzierung	- 24 -
4.1.2.	Kantonale Vorgaben zur Leistungserbringung in der Langzeitpflege	- 26 -
4.2.	Basisdaten aus der SOMED 2009 und Benchmark-Daten VAKA	- 27 -
4.2.1.	Rechtlicher Status	- 27 -
4.2.2.	Bewohnerinnen und Bewohner	- 27 -
4.2.3.	Personal	- 28 -
4.2.4.	Kapazität und Auslastung	- 29 -
4.2.5.	Erbrachte Leistungen	- 29 -
4.2.6.	Kostendaten	- 32 -
5.	Deduktive Ableitung einer Kostenfunktion der Pflegeleistungen nach KVG im Kanton Aargau	- 35 -
5.1.	Produktionsfaktoren	- 36 -
5.1.1.	Betriebsmittel	- 36 -
5.1.2.	Werkstoffe	- 36 -
5.1.3.	Arbeit	- 36 -
5.1.4.	Kostenarten nach Art der verbrauchten Produktionsfaktoren	- 36 -
5.2.	Produktionsfunktion	- 37 -
5.2.1.	Richtstellenplan	- 38 -
5.2.2.	Weitere Vorgaben	- 42 -
5.2.3.	„Produktion“ von Pflege und Betreuung	- 42 -
5.3.	Kostenfunktion	- 44 -
5.4.	Deduktive Schätzung der Kosten der Pflegeleistungen nach KVG im Kanton Aargau	- 46 -
5.4.1.	Grundlagen der Modellrechnung	- 46 -
5.4.2.	Resultate der Modellrechnung (Grundmodell)	- 49 -
5.4.3.	Plausibilisierung des Grundmodells	- 50 -
6.	Analysen der Resultate der Modellrechnung (Grundmodell)	- 53 -
6.1.	Verteilung	- 53 -
6.2.	Zusammenhang zwischen der Anzahl der Pflegeplätze und der Pflegeintensität über alle Stufen	- 55 -
6.3.	Zusammenhang der Kosten pro Pflegestunde und der Anzahl Pflegeplätze je Institution	- 56 -
6.4.	Zusammenhang der Pflegeintensität über alle Pflegestufen je Institution und Gesamtpersonalsoll gemäss Modellrechnung nach Vorgaben Richtstellenplan	- 58 -
6.5.	Zusammenhang der Kosten pro Pflegestunde und Pflegeintensität über alle Pflegestufen je Institution	- 58 -
6.6.	Zusammenhang zwischen Gesamtpersonalsoll gemäss Modellrechnung nach Vorgaben Richtstellenplan und Kosten pro Pflegestunde	- 59 -
6.7.	Zusammenhang zwischen Vollzeitäquivalente (VZÄ) pro Pflegeplatz bzw. pro Pflegestunde und Kosten pro Pflegestunde	- 60 -
6.8.	Diskussion / Zwischenfazit Modellrechnung	- 61 -
7.	Analyse der Kostendaten (Benchmark-Daten)	- 66 -
7.1.	Zusammenhang zwischen hausindividuellen Kosten pro Pflegestunde gemäss Benchmark-Daten und Anzahl Pflegeplätze je Institution	- 67 -
7.2.	Zusammenhang zwischen hausindividuellen Kosten pro Pflegestunde gemäss Benchmark-Daten und Pflegeintensität über alle Pflegestufen (Case-Mix) je Institution	- 67 -
7.3.	Zusammenhang zwischen Pflegeintensität über alle Pflegestufen (Case-Mix) je Institution und Einsatz Personal je Haus gemäss SOMED-Rohdaten	- 68 -
7.4.	Zusammenhang zwischen hausindividuellen Kosten pro Pflegestunde gemäss Benchmark-Daten und Einsatz Personal gemäss SOMED-Rohdaten pro Pflegestunde je Haus	- 69 -
7.5.	Zusammenhang zwischen hausindividuellen Kosten pro Pflegestunde gemäss Benchmark-Daten und Gesamtpflegeminuten je Haus	- 70 -
7.6.	Zusammenhang zwischen hausindividuellen Kosten pro Pflegestunde gemäss Benchmark-Daten und Kosten pro Pflegestunde gemäss Grundmodell	- 70 -
7.7.	Diskussion / Zwischenfazit Analyse der Benchmark-Daten	- 71 -
8.	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	- 73 -
8.1.	Ergebnisse	- 73 -
8.2.	Schlussfolgerungen	- 75 -
9.	Literaturverzeichnis	- 78 -

A) Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anteil Bewohnerinnen und Bewohner in Alters- und Pflegeheimen des Kantons Aargau	- 28 -
Tabelle 2: Personal in Alters- und Pflegeheimen des Kantons Aargau 2009.....	- 28 -
Tabelle 3: Personal 2010 nach Ausbildungskategorie gemäss SOMED-Erhebung 2011 in den der VAKA angeschlossenen Pflegeheimen des Kantons Aargau.....	- 28 -
Tabelle 4: Langzeitpflegeplätze in Alters- und Pflegeheimen des Kantons Aargau.....	- 29 -
Tabelle 5: Pflegeetage je Pflegebedarfsstufe 2010.....	- 29 -
Tabelle 6: Pflegeaufwand in Minuten nach Pflegebedarfsstufen pro Tag und Bewohner	- 31 -
Tabelle 7: Pflegeminuten je Pflegebedarfsstufe 2010.....	- 31 -
Tabelle 8: Betriebskosten der Hauptkostenträger Pension, Pflege und Betreuung	- 33 -
Tabelle 9: Eckdaten Benchmark-Erhebung	- 33 -
Tabelle 10: Kostenarten nach Art der verbrauchten Produktionsfaktoren	- 37 -
Tabelle 11: Pflegeaufwand in Minuten nach Pflegebedarfsstufen pro Tag und Bewohner gemäss Vorgaben Richtstellenplan per Stichtag 31.12.2010	- 40 -
Tabelle 12: Durchschnittliche Lohnkosten inkl. Nebenkosten 2010.....	- 47 -
Tabelle 13: Schätzung Anlagekosten 2010	- 48 -
Tabelle 14: Resultate der Modellrechnung und Plausibilisierung	- 51 -
Tabelle 15: Resultate Variation Jahreslöhne inkl. Nebenkosten in der Modellrechnung.....	- 62 -

B) Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Bevölkerung 65plus gemäss Bundesamt für Statistik (BFS).....	- 16 -
Abbildung 2: Entwicklung der Pflegebedürftigen 65plus gemäss BFS	- 16 -
Abbildung 3: Bewohnerzusammensetzung 2010.....	- 30 -
Abbildung 4: Geleistete Pflegeminuten je Pflegebedarfsstufe 2010.....	- 31 -
Abbildung 5: Produktion als Input – Output-Beziehung	- 38 -
Abbildung 6: Gehaltstruktur 2010.....	- 47 -
Abbildung 7: Häufigkeit der Pflegekosten pro Stunde.....	- 49 -
Abbildung 8: Pflegeplätze gemäss Pflegeheimliste 2010.....	- 53 -
Abbildung 9: Hausindividuelle Summen der Pflegeminuten 2010.....	- 54 -
Abbildung 10: Pflegeintensität über alle Stufen je Institution 2010.....	- 55 -
Abbildung 11: Pflegeintensität (Minuten pro Pflegetag) und Anzahl der Plätze je Institution	- 55 -
Abbildung 13: Streudiagramm Kosten je Pflegestunde und Anzahl der Plätze je Institution (alle Institutionen)	- 56 -
Abbildung 14: Streudiagramm Kosten je Pflegestunde und Anzahl der Plätze je Institution (Institutionen mit weniger als 20 Pflegeplätzen) mit Regression.....	- 57 -
Abbildung 15: Streudiagramm Personalbedarf und Pflegeintensität	- 58 -
Abbildung 16: Streudiagramm Kosten je Pflegestunde und Pflegeintensität mit Regression	- 58 -
Abbildung 17: Streudiagramm Kosten je Pflegestunde und Personalbedarf	- 59 -
Abbildung 18: Streudiagramm Korrelation Kosten je Pflegestunde und Soll-VZÄ pro Pflegeplatz.....	- 60 -
Abbildung 19: Streudiagramm Kosten je Pflegestunde und Soll-VZÄ pro Pflegestunde	- 60 -
Abbildung 20: Einflussfaktoren auf Kosten je Pflegestunde.....	- 61 -
Abbildung 21: Form der Gesamtkostenfunktion.....	- 63 -
Abbildung 22: Streudiagramm hausindividuelle Kosten pro Pflegestunde gemäss Benchmark-Daten und Anzahl Plätze je Institution (alle Institutionen).....	- 67 -
Abbildung 23: Streudiagramm hausindividuelle Kosten pro Pflegestunde gemäss Benchmark-Daten und Pflegeintensität ...	- 68 -
Abbildung 24: Streudiagramm Pflegeintensität über alle Pflegestufen (Case-Mix) je Institution und Einsatz Personal je Haus gemäss SOMED-Rohdaten	- 68 -
Abbildung 25: Streudiagramm hausindividuelle Kosten pro Pflegestunde gemäss Benchmark-Daten und Einsatz Personal gemäss SOMED-Rohdaten pro Pflegestunde je Haus mit Regression	- 69 -
Abbildung 26: Streudiagramm hausindividuelle Kosten pro Pflegestunde gemäss Benchmark-Daten und Gesamtpflegeminuten je Haus.....	- 70 -
Abbildung 27: Streudiagramm hausindividuelle Kosten pro Pflegestunde gemäss Benchmark-Daten und gemäss Berechnungen im Grundmodell.....	- 70 -
Abbildung 28: Kantonale Tarifordnung für stationäre Pflegeeinrichtungen im Kanton Aargau 2012.....	- 73 -
Abbildung 29: Finanzierung der stationären Langzeitversorgung	- 76 -

C) Formelverzeichnis

Formel 1: Korrelationskoeffizient	- 13 -
Formel 2: Minimaleinsatz objektbezogene menschliche Arbeit für Pflege und Betreuung	- 42 -
Formel 3: Faktoreinsatzfunktion der objektbezogenen menschlichen Arbeit zur Produktion von Pflegeleistungen in Abhängigkeit von der Anzahl Pflegeminuten.....	- 43 -
Formel 4: Modellierung dispositive menschliche Arbeit, Werkstoffe und Produktionsmittel	- 44 -
Formel 5: Grundform Produktionsfunktion	- 44 -
Formel 6: Kostenfunktion	- 45 -
Formel 7: Kostenfunktion mit Vorgaben Richtstellenplan Kanton Aargau zu Pflegeleistungserbringung	- 45 -
Formel 8: Fixkosten.....	- 45 -
Formel 9: Variable Kosten.....	- 46 -
Formel 10: Durchschnittliche Fixkosten	- 64 -

D) Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
ALV	Arbeitslosenversicherung
BBT	Bundesamt für Berufsbildung und Technologie
BESA	Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungs-System der CURAVIVA Schweiz
BFS	Bundesamt für Statistik
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz
DN I, DN II	Diplom als Pflegefachfrau/ -mann Diplommiveau I bzw. II
DRG	Diagnosis Related Groups (kurz DRG, deutsch Diagnosebezogene Fallgruppen)
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EFZ	Eidgenössischer Fähigkeitsausweis
FA SRK	Fähigkeitsausweis, Schweizerisches Rotes Kreuz
FAK	Familienausgleichskasse
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GGpl	Gesundheitspolitische Gesamtplanung des Kantons Aargau
HeBes	Heim Benchmarking Schweiz
HF	Höhere Fachschule
IV	Invalidenversicherung
K	Produktionsfaktor Betriebsmittel
KGL	Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
L	Produktionsfaktor Arbeit mit L_L = dispositive menschliche Arbeit (Pflegeheimleitung) L_O = objektbezogene menschliche Arbeit → L_{DIL} = Personal Pflegedienstleitung → L_{Dj} = Pflegepersonal mit Diplomabschluss → L_{Ge} = Personal Pflege und Betreuung mit Fähigkeitsausweis → L_{As} = Assistenzpersonal
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste
Min _{Jahr}	Jahresarbeitszeit
NFA	Neuer Finanzausgleich
Obsan	Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Kranken- und Pflegeversicherung
$P = P(L, K, W)$	Produktionsfunktion für Pflegeleistungen (P)
PflV	Pflegeverordnung
Plaisir	Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis" (<i>EDV-gestützte Planung des erforderlichen Pflegeaufwands</i>)
$\sum PT$	Summe Pflgetage
r	Korrelationskoeffizient
R^2	Bestimmtheitsmass
RAI-RUG	RAI (Resident Assessment Instrument) - RUG (Resource Utilization Groups), System zur Bewohnerbeurteilung
SL	Handbuch über die Spezialitätenliste
SOMED	Statistik der Sozialmedizinischen Institutionen
Spitex	spitalexterne Hilfe und Pflege
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
VAKA	Verband der aargauischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung
VZA	Vollzeitäquivalent/e
W	Produktionsfaktor Werkstoffe
$y = a + bx + e$	Regressionsgerade mit → e = Zufallskomponente → a = Schnittpunkt der Geraden mit der Y-Achse → b = Anstieg der Geraden
Z _{Admin}	Zuschlag für administrative Führung
Z _{Ausb}	Zuschlag für Auszubildende
Z _{nProd}	Zuschlag für nicht-produktive Zeiten

Abstract

Hintergrund

Aus der Sicht von Public Health sind Veränderungen im Gesundheitswesen auf die zu erwartenden Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung ("Public Health") wie auch im Hinblick auf Versorgungsstrukturen, auf die Qualität und auf den Zugang zu medizinischen Leistungen zu bewerten.

Die Finanzierung der Pflege ist durch den demografischen Wandel und die gesellschaftliche Entwicklung einer besonderen Belastung ausgesetzt. Fragen, wie viele betagte Menschen der Langzeitpflege bedürfen, ob und wo neue Pflegeheime geplant werden müssen, und vor allem wie der zunehmende Pflegebedarf finanzierbar bleibt, werden immer wichtiger.

Am 1. Januar 2011 ist das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung in Kraft getreten. Diese Neuregelung verfolgt grundsätzlich zwei Ziele: Zum einen soll die finanziell starke Belastung pflegebedürftiger Personen vermindert und damit der Grundsatz umgesetzt werden, dass der Aufenthalt in einem Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit verursachen soll. Zum anderen sollen die Krankenversicherungen durch altersbedingte Pflegeleistungen finanziell nicht übermässig belastet werden.

Da die Aufteilung der Pflegekosten grundsätzlich die Belastung der Krankenversicherer, der öffentlichen Hand und der Betroffenen determiniert, rücken Fragen der Verteilung und der Generationensolidarität in den Brennpunkt.

Methode

Die vorliegende Arbeit fokussiert sich auf die Erarbeitung von Datengrundlagen für die Diskussion oben erwähnter Fragen, und zwar konkret auf die Kosten für die Erbringung von Pflegeleistungen im Kanton Aargau in Abhängigkeit von den gesetzlichen Vorgaben und weiteren Determinanten. Es wird der Zusammenhang zwischen den Vorgaben im Richtstellenplan und der Kostenstruktur in den Institutionen analysiert.

Aus den rechtlichen Vorgaben und weiteren Determinanten wird deduktiv eine Produktionsfunktion modelliert, welche danach als Grundlage für eine Modellrechnung dient. Zudem werden die Kostenrechnungsdaten untersucht, welche mit der Benchmark-Erhebung der VAKA vorliegen.

Resultate

Über alle untersuchten Institutionen ergeben sich im erarbeiteten Grundmodell durchschnittliche Mindestkosten je Pflegestunde von CHF 69,60, welche mit weiteren zur Verfügung stehenden Daten verglichen und plausibilisiert wurden. Die entsprechenden Werte für den Durchschnitt der Mindestkosten je Pflegestunde bewegen sich zwischen CHF 65,70 und CHF 74,00. Diesen Kosten stehen zurzeit keine entsprechenden Einnahmen gegenüber. Die von der Regierung des Kantons Aargau erlassene Tax-Ordnung und der zugrunde liegende Ansatz pro Pflegestunde weichen bedeutend vom den ermittelten Resultaten ab. Wenn die öffentliche Hand ihre Ausgaben zu begrenzen versucht, können Finanzierungslücken entstehen, welche zulasten der Heimbewohner gehen.

Schlussfolgerung

Die Ausgestaltung der kantonalen Gesetze und Vorgaben, der Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner und die Grösse der Institution determinieren die Leistungserbringung und deren Kosten grundsätzlich. Dieser Zusammenhang ist jedoch aus der Analyse der Benchmark-Daten nicht mess- und nachweisbar.

Weiterführende Analysen und Diskussionen rund um das Thema Pflegefinanzierung sind sinnvollerweise nicht auf Basis der Kostenrechnungen zu führen, da die Abgrenzung der Leistungskosten bzw. deren Zuordnung zu den Kostenträgern aus verschiedenen Gründen in der Realität nicht immer präzise und in jeder Institution gleich vorgenommen werden kann.

Darüber hinaus ergibt sich zudem bei ungenügender Finanzierung der Pflegekosten ein Zirkel­effekt, da die dadurch buchhalterisch notwendige Verschiebung von Kosten auf andere Kostenträger wiederum zu verfälschten Resultaten führt. Eine Kostenrechnung ist primär ein hausindividuelles betriebswirtschaftliches Führungsinstrument, das die hausindividuellen Kostenrealitäten und –bedürfnisse abbildet.

Als wichtigste Schlussfolgerungen kann festgehalten werden, dass transparente, nachvollziehbare Daten und verständlich aufbereitete Zusammenhänge als Basis für weitergehende Diskussionen zur Sicherung der Nachhaltigkeit und Qualität in der Altenpflege wie auch zur inter- und intragenerativen Solidarität dienen müssen. Erst Kostenwahrheit erlaubt es, die Pflegeleistungen aber auch die weiteren Leistungen der stationären Leistungserbringer zu vergleichen, die Versorgungsstrukturen zu planen, die Finanzierung zu regeln und den Zugang für alle sicherzustellen.

1. Einleitung

Im Rahmen der Entwicklung der modernen Alterspolitik ergeben sich gemäss Höpflinger¹ immer stärkere Unterschiede im Umgang mit dem Alter wie auch bezüglich Einkommens- und Vermögenssituation. Höpflinger bezeichnet die älteren Menschen als sehr heterogene Gruppe und die Unterschiede in der Lebenslage und im Befinden gleichaltriger Frauen und Männer als ausgeprägt und wachsend. Eine umfassende medizinische Versorgung muss jedoch für alle Menschen unabhängig von Alter und Einkommen zugänglich sein. Dabei gelten aus der Sicht von Public Health die Grundsätze der solidarischen Finanzierung eines gleichen und niederschweligen Zugangs zu Leistungen sowie der Sicherstellung hoher Qualität und Effizienz bei der Erbringung von Leistung.

Die Finanzierung der Pflege ist aber durch den demografischen Wandel und die gesellschaftliche Entwicklung einer besonderen Belastung ausgesetzt: Das Bundesamt für Statistik erwartet eine Zunahme der über 80-jährigen Bevölkerung von 363'000 Personen im Jahr 2008 auf 685'000 Personen im Jahr 2030.² Die damit zu erwartende Zunahme von Demenzerkrankten bedingt zusätzliche Anpassungen der Strukturen der Langzeitpflege. Die vermehrte ambulante Pflege wird zudem dazu führen, dass in den Alters- und Pflegeheimen der Anteil an stark pflegebedürftigen Personen zunimmt. Diese Entwicklung hat in den letzten Jahren in vielen Schweizer Alters- und Pflegeheimen begonnen und ist beispielsweise in Australien empirisch belegt³. Alters- und Pflegeheime müssen sich somit zunehmend auf die Versorgung hochbetagter, multimorbider Menschen einstellen und sich gut organisieren. Sie sind nicht mehr ein Ort, an dem überwiegend gesunde Senioren den „Feierabend“ ihres Lebens geniessen. Diese Entwicklungen und die Tatsache, dass das Potential von Angehörigenpflege und Freiwilligenarbeit längerfristig eher einen Rückgang aufweisen wird, verschärfen Fragen wie die folgenden: Wie viele dieser Betagten bedürfen der Langzeitpflege? Müssen neue Pflegeheime geplant werden? Wo müssen neue Pflegeheime geplant werden? Wie bleibt vor allem der zunehmende Pflegebedarf finanzierbar? Damit stehen auch zentrale Aspekte der Umverteilung und damit der Verteilungsgerechtigkeit zur Debatte, wie sie heute auch in anderen Bereichen der Sozialpolitik diskutiert werden: Bei einem kleiner werdenden Gesamtanteil des zur Verfügung stehenden Budgets oder auch bei steigenden Ansprüchen wird bei gleichbleibender Grösse des zu verteilenden Budgets eine Neuaufteilung notwendig. Um eine umfassende medizinische Versorgung für alle Menschen unabhängig von Alter und Einkommen zu sichern, ist die Finanzierung sicherzustellen, und es sind Anreize für innovative Modelle zu schaffen.

In der Vergangenheit verursachte die Abgrenzung zwischen den Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung und dem Umfang der Zuschüsse der öffentlichen Hand an die Pflegefinanzierung Diskussionen. Insbesondere die Krankenversicherung war nicht mehr bereit, das finanzielle Risiko einer zunehmenden Zahl von Pflegebedürftigen zu tragen. Das Bundesparlament hat im Juni 2008 das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung verabschiedet, und am 1. Januar 2011 ist die neue Pflegefinanzierung in Kraft getreten, welche die Belastung der Patienten begrenzen sollte.

Allerdings sind lediglich die Beiträge der Krankenversicherer für Pflegeleistungen schweizweit einheitlich festgelegt worden. Die verbleibenden Pflegekosten hingegen werden zwischen öffentlicher Hand und Patienten aufgeteilt.⁴ Der Bundesrat definiert die Pflegeleistungen und legt die Beiträge der Krankenversicherer für diese Leistungen für die ganze Schweiz einheitlich fest: Die stationäre Pflege wird mittels einer 20-Minuten-Skala mit 12 Pflegestufen vergütet. Dabei liegt der geringste Beitrag bei neun, der höchste bei 108 Franken pro Tag.

In den Übergangsbestimmungen sieht das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vor, dass die bei Inkrafttreten dieser Änderung geltenden Tarife und Tarifverträge innerhalb von drei Jahren an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge an die Pflegeleistungen

¹ <http://www.hoepflinger.com/fhtop/index.html>.

² BFS (2010).

³ Gargett, S. (2010), S. 143-153.

⁴ Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung; revidierte Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) im Internet unter: <http://www.admin.ch/ch/d/ff/2008/5247.pdf>; <http://www.admin.ch/ch/d/as/2009/3527.pdf>.

gen anzugleichen sind. Diese Angleichung wird von den Kantonsregierungen geregelt. Die meisten Kantone haben ihre Pflegegesetze revidiert und rechtzeitig zum 1. Januar 2011 die wichtigsten Rahmenbedingungen für die Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung festgelegt. Leider zeichnet sich keine schweizweit einheitliche, transparente Lösung ab, da die wichtigsten Bestandteile der neuen Pflegefinanzierung kantonal verschieden ausgestaltet und definiert werden, weil die Versorgungsplanung im Bereich der stationären Langzeitpflege in der Schweiz den Kantonen obliegt. Die Kantone haben gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)⁵ zur Gewährleistung der stationären Pflege und Betreuung von älteren Menschen eine Planung zu erstellen und eine Pflegeheimliste zu führen. Mit der Aufnahme eines Pflegeheims auf die kantonale Pflegeheimliste erhält dieses die Berechtigung, Pflegeleistungen zulasten der sozialen Krankenversicherung zu erbringen. Wie auch in anderen Kantonen können im Kanton Aargau nur stationäre Pflegeeinrichtungen auf die Pflegeheimliste aufgenommen werden, die über eine Bewilligung verfügen und bedarfsgerecht sind. Mit den Anforderungen zur Betriebsbewilligung soll der Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner sichergestellt werden. Als Voraussetzung für eine Betriebsbewilligung gelten neben der gesundheitspolizeilichen Bewilligung, neben der Einhaltung der Vorgaben zu Qualitätsstandards, zur Infrastruktur sowie zur ordnungsgemässen Betriebsführung auch genügende personelle Ressourcen.

Der Kanton Aargau - wie auch andere Kantone - setzt dazu qualitative und quantitative Vorgaben fest. Der vorgeschriebene Personalbestand ist bezüglich Anzahl und beruflicher Qualifikation auf die Betreuungs- und Pflegebedürfnisse der aufzunehmenden Personen abzustimmen. Die Mindestbestände an Fach- und Hilfspersonal werden dabei durch den Richtstellenplan festgelegt. Die kantonalen Anforderungen und Vorgaben zielen darauf ab, eine qualitativ hoch stehende Gesundheitsversorgung für alle sicherzustellen. Diese muss auch in Zukunft gesichert und im Sinne der Chancengleichheit für alle zugänglich sein. Mit dem vorgeschriebenen Richtstellenplan sind jedoch die grundsätzlichen Kosten der Leistungserbringung determiniert.

In den Aargauer Pflegeheimen stehen gemäss Versorgungsbericht⁶ 5'358 Plätze für pflegebedürftige Menschen zur Verfügung, das entspricht 61,3 Plätzen pro 1'000 der über 64-jährigen Kantonseinwohner. Diese Kennzahl liegt gemäss dem Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau deutlich unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt von 69,1. Das Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau geht dennoch davon aus, dass die kantonalen Vorgaben, insbesondere der Richtstellenplan ab 2013, zu einer strukturellen Bereinigung – vor allem bei den Kleinstheimen – führen könnten.

Für das Gesamtsystem bringt die Neuordnung der Pflegefinanzierung jedoch keine wesentlichen Mehrkosten mit sich, aber sie führt zu einer Neuverteilung der Lasten zwischen Kanton, Gemeinden, Krankenversicherern und Bewohnerinnen und Bewohnern der Pflegeinstitutionen. Die Pflegeheimbewohner sollten eigentlich auf Kosten der Gemeinden entlastet werden. Der Beitrag der Pflegebedürftigen an die Pflegekosten wurde auf 20 % des höchsten Pfelegtarifs beschränkt. Das sind CHF 21,60 pro Tag. Decken die Leistungen der Versicherer und die Patientenbeiträge den Pflegeaufwand nicht, so muss der Kanton die Restfinanzierung regeln. Für die Festlegung der Restkosten der Pflege sind somit ebenfalls die Kantone zuständig. Sie geben folglich über die Anforderungen für die Betriebsbewilligung die „Qualität“ und über die Restkostenfinanzierung den „Preis“ der Pflegeleistungen vor. Wenn die Beiträge der öffentlichen Hand jedoch mit ungenauen oder veralteten Daten berechnet werden oder wenn die öffentliche Hand ihre Ausgaben zu begrenzen versucht, könnten Finanzierungslücken⁷ entstehen, welche zulasten der Heimbewohner gehen. Die

⁵ Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), im Internet unter: http://www.admin.ch/ch/d/sr/c832_10.html.

⁶ Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau (2012).

⁷ Da der kassenpflichtige Höchstbetrag CHF 108 beträgt, liegt die maximale Belastung für die Bewohnerinnen und Bewohner bei CHF 21,60 pro Tag. Eine Überschreitung dieser Obergrenze verletzt den Tarifschutz. Das heisst, falls die Krankenkassenbeiträge die Kosten in einer Pflegebedarfsstufe zu decken vermögen, sind Zusatzkosten zulasten dieser Bewohnerinnen und Bewohner unzulässig. Liegt der ungedeckte Betrag unter CHF 21,60 pro Tag, so ist den Bewohnerinnen und Bewohnern dieser Pflegebedarfsstufe lediglich der Differenzbetrag zwischen effektiven Pflegekosten und Krankenkassenbeitrag verrechenbar.

Pflegeheime müssten diese Finanzierungslücken bei der KVG-pflichtigen Pflege mit überhöhten Betreuungs- oder Pensionspreisen kompensieren und damit gegen den Tarifschutz gemäss Art. 44 KVG⁸ verstossen, oder sie könnten über kurz oder lang den Betrieb nicht mehr finanzieren. Die Befürchtung, dass die Kantone sich über die Empfehlungen des Preisüberwachers hinwegsetzen und damit die Heime zwingen, ihre Bewohnerinnen und Bewohner über Gebühr zu belasten, sorgt auch in der Öffentlichkeit für Diskussionsstoff.⁹

Da der Bund die Neuordnung der Pflegefinanzierung bereits zum 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt hat, ist zur Sicherstellung der Umsetzung im Kanton Aargau eine provisorische Regelung, eine sogenannte "befristete Übergangsverordnung", erforderlich geworden. Der Regierungsrat des Kantons Aargau hat im Dezember 2010 die Übergangsverordnung beraten und beschlossen. Die Finanzierung der Restkosten durch die öffentliche Hand wurde zeitlich und materiell auf diese Übergangsbestimmungen abgestimmt. Der Kanton hat den Beitrag der öffentlichen Hand für die Pflegeleistungen differenziert nach dem Pflegebedarf (Pflegebedarfsstufe in Anlehnung an die KLV¹⁰) für alle Pflegeheime je Erfassungssystem einheitlich in Franken festgelegt. Als Basis der Berechnungen haben die ausgewiesenen Pflegekosten (Benchmark-Daten 2009 aus den Kostenrechnungen) des „Verbandes der aargauischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen“ (VAKA) gedient. Die dabei festgestellten relativ grossen Unterschiede der Kosten je Pflegebedarfsstufe zwischen den verschiedenen Institutionen lassen sich nur teilweise durch einige der folgenden Faktoren erklären: Zum Beispiel ist das Verhältnis der Pflegeleistungen gemäss KVG zu den Betreuungsleistungen mit Unsicherheiten behaftet, die Systeme für die Bestimmung des Pflegeaufwands sind noch nicht harmonisiert und die Pflegeinstitutionen bieten unterschiedliche Leistungsangebote an (Demenzstationen, PalliativCare¹¹). Die Angaben über die Höhe der Pflegekosten wurden aus den Betriebsbuchhaltungen der einzelnen Pflegeinstitutionen gesammelt (egal ob diese effizient oder ineffizient gearbeitet haben) und sind auch deshalb mit Vorsicht zu beurteilen. Insbesondere ist auch unklar, ob allen Daten eine Vollkostenrechnung zugrunde lag.

Die „wahren“ Standardkosten je Pflegestufe sind somit nach wie vor unbekannt bzw. die Restkostenfinanzierung beruht auf unsicheren Zahlen. Qualitätsaspekte, wie sie vom Richtstellenplan vorgegeben werden, sind nicht berücksichtigt. Der Richtstellenplan gibt die strukturelle „Güte“ der Leistung vor. Je nach Case-Mix¹² einer Institution werden die Personalkosten damit vorgegeben. Unterschiede könnten sich insbesondere abhängig von der Grösse der Institution ergeben. Ineffizienzen könnten bei zu kleiner oder auch bei zu hoher Bettenzahl (Transaktions- bzw. Koordinationskosten, Schwelleneffekte) vorliegen. Nun gilt es zu berechnen, wie teuer diese „gleiche“ Qualität ist.

1.1. Ausgangslage und Zielsetzung / Thesen

Aus Public Health-Sicht steht als Erstes die Sicherstellung der Versorgung mit dem medizinisch Notwendigen, d.h. die Gewährleistung einer medizinisch hoch stehenden Versorgung für alle. Dabei sind Veränderungsvorschläge und Anreizsysteme für das Gesundheitswesen auch im Hinblick auf die zu erwartenden Effekte für den Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung ("Public Health") zu bewerten, d.h. auch im Hinblick auf Versorgungsstrukturen, auf die Qualität von und auf den Zugang zu medizinischen Leistungen. Neben dem als selbstverständlich anzusehenden Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken sollte auch ein Ausgleich zwischen Alten und Jungen stattfinden, damit für ältere (und für älter wer-

⁸ Newsletter des Preisüberwachers Nr. 1–10.

⁹ Zum Beispiel: Beobachter, Ausgabe 2/11 (16.2.2011):

http://www.beobachter.ch/dossiers/altenpflege/artikel/pflegefinanzierung_kantone-lassen-betagte-haengen/.

¹⁰ Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung; revidierte Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) im Internetunter: <http://www.admin.ch/ch/d/ff/2008/5247.pdf>; <http://www.admin.ch/ch/d/as/2009/3527.pdf>.

¹¹ Palliative Care (Palliative Medizin, Pflege und Begleitung) entspricht gemäss der WHO-Definition einer Haltung („Attitude“) und Behandlung, welche die Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen verbessern soll, wenn eine lebensbedrohliche Krankheit vorliegt. Sie erreicht dies, indem sie Schmerzen und andere physische, psychosoziale und spirituelle Probleme frühzeitig und aktiv aufspürt, immer wieder erfasst und angemessen behandelt (World Health Organisation Report on Palliative Care (WHO), www.who.int).

¹² Der Case-Mix bezeichnet den durchschnittlichen Schweregrad der in der betreffenden Institution im Laufe eines Zeitraumes behandelten Fälle.

dende) Versicherte die Gesundheitsabsicherung bezahlbar bleibt. Die Mittelverteilung im Gesundheitswesen und der medizinische Fortschritt werden letztlich über die Rolle der Patientin und des Patienten in der Gesundheitsversorgung von morgen entscheiden. Die demografischen Veränderungen verlangen nach neuen Pflege- und Betreuungsmodellen, die die Effizienz und Wirksamkeit der Pflege garantieren. Die Festsetzung von Beiträgen im Pflegeheimbereich muss einerseits kostendeckende Preise ermöglichen, damit der Betrieb der existierenden Pflegeheime und die Investitionen in neue Infrastrukturen sichergestellt werden können, andererseits sollten diese so festgesetzt werden, dass Anreize bestehen, die Pflegeheime möglichst effizient zu betreiben. Eine staatlich garantierte Kostendeckung kann Effizienzanreize weitgehend zerstören, wenn alle zusätzlichen Kosten auf die Steuerzahler abgewälzt werden können.¹³ Jedoch sollten die Taxen nicht nur deshalb kostendeckend festgesetzt werden, damit der Betrieb der existierenden Pflegeheime und die Investitionen in neue Infrastrukturen sichergestellt werden können sondern auch damit keine ungedeckte Pflegekosten den Bewohnerinnen und Bewohner unter Verstoß gegen den Tarifschutz belastet werden müssen. Da für das Festlegen der Restkosten von einheitlichen Annahmen ausgegangen wird, konnte jedoch im Jahr 2011 je nach Pflegeinstitution die Höhe des Eigenbetrags der Bewohner unterschiedlich ausfallen. Ausserdem wird jenen Pflegeinstitutionen, die höhere Pflegekosten haben, die Verrechnung dieser Kosten im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben nur bis maximal CHF 21,60 ermöglicht. Die Auswirkungen waren somit auf die Pflegeinstitutionen wie auch auf die Bewohnerinnen und Bewohner unterschiedlich.

Diese Master-These beschreibt die Kosten der Pflegeleistungserbringung im Kanton Aargau bei den dem „Verband aargauischer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen“ (VAKA) angeschlossenen Institutionen in Abhängigkeit von den gesetzlichen Vorgaben und weiterer Determinanten quantitativ. Letztendlich soll der Zusammenhang zwischen den Vorgaben im Richtstellenplan und der Kostenstruktur in den Institutionen beschrieben und untersucht werden. So konzentriert sich die vorliegende Arbeit auf Zusammenhänge, die noch wenig erforscht sind, da die entsprechende Gesetzgebung neu ist. Sollte sich herausstellen, dass die Vorgaben des Kantons nicht mit der finanziellen Entschädigung übereinstimmen, könnte dies als weiterer Ansatzpunkt dienen, die Entschädigung zu optimieren, stets mit dem Ziel, die Belastung zu senken, Sozialfälle zu reduzieren und die Qualität der Pflege sicherzustellen. Sollte sich herausstellen, dass zum Beispiel kleine Pflegeinstitutionen ineffizient produzieren, diese jedoch aus versorgungspolitischen Überlegungen zu halten sind, müssten neue Modelle der Finanzierung bzw. des Finanzierungsausgleiches angedacht werden, um die angestrebte medizinischen Versorgung unabhängig von Alter und Einkommen allen Bedürftigen zugänglich zu machen. Diese weiterführenden Diskussionen sind nicht Bestandteil der geplanten Arbeit, können aber nur auf der Basis einer zuverlässigen, differenzierten Datengrundlage geführt werden, welche hiermit erarbeitet werden soll.

1.2. Hypothese und Forschungsfragen

Mit zahlreichen kurzfristig umsetzbaren Einsparungen in Pflegeheimen sind keine Kosten verbunden. Dies sind in der Regel organisatorische Massnahmen, die keine Finanzierung, sondern nur eine Sensibilisierung und Schulung des Personals erfordern. Die Ausgestaltung der entsprechenden kantonalen Gesetze und Vorgaben (insbesondere Richtstellenplan), Case-Mix, Grösse der Institution sowie möglicherweise weitere Faktoren determinieren jedoch die Leistungserbringung und deren Kosten grundsätzlich. Es gibt diesbezüglich Unterschiede zwischen den einzelnen Institutionen und es bestehen klare Assoziationen zwischen einzelnen Parametern des Richtstellenplans und den Pflegekosten.

Die primäre Forschungsfrage lautet:

- Wie sieht eine Kostenfunktion für die gesamten Kosten in der Langzeitpflege aus, in welcher die Zusammenhänge zwischen den kantonalen Vorgaben für Pflegeheime und

¹³ Filippini M., Crivelli L., Lunati D. (2000).

weitere erklärende Variablen einfließen, und welchen Einfluss haben Änderungen der relevanten Variablen?

Es ergeben sich daraus folgende sekundäre Fragen:

- Wie hoch sind ausgehend von den gesetzlichen Vorgaben die Standardkosten für die Pflege, wie hoch jene für die Betreuung in den Pflegeheimen des Kantons Aargau?
- Wie hoch sind die benötigten Beiträge der öffentlichen Hand?
- Wie sind künftig die Leistungen der Pflegeversicherung anzupassen, d.h. welcher Kostendruck lastet auf der Pflegeversicherung?
- Gibt es noch Spielraum für eine effizienzsteigernde Regulierung?
- Wie gross muss eine Institution sein und was für einen Case-Mix braucht es, um kostenoptimal zu arbeiten?

Weitere interessante Fragestellungen wie zum Beispiel die folgenden sprengen den Rahmen dieser Arbeit und können damit nicht beantwortet werden:

- Kann mit der Vorgabe eines Richtstellenplanes eine höhere Qualität garantiert werden?
- Die Frage nach der Auswirkung restriktiver Finanzierungspolitik auf die Qualität der Pflege.
- Fragen zur Ausgestaltung der Sozialpolitik (Verteilungsfragen).

Nachvollziehbare Daten und verständlich aufbereitete Zusammenhänge, wie sie mit der geplanten Arbeit beabsichtigt sind, bilden aber die Basis für solche weiterführenden Diskussionen.

Ebenfalls beschränkt und konzentriert sich die geplante Analyse auf das „klassische“ Angebot der Langzeitpflege. Weitere spezielle Leistungen von Pflegeheimen wie Tages- und Nachtstrukturen, Akut- und Übergangspflege, betreutes Wohnen, PalliativeCare, Gerontopsychiatrie etc. müssen hierbei unberücksichtigt bleiben.

1.3. Methodisches Vorgehen

Die geplante Arbeit stellt die Produktionsfunktion deduktiv aus den rechtlichen Vorgaben (insbesondere zum Arbeitseinsatz aus dem Richtstellenplan) und weiterer Determinanten (Kapitaleinsatz, Energie, Material etc.) dar. Eine zusätzliche Analyse sieht vor, den funktionalen Zusammenhang zu spezifizieren und zu verifizieren. Der dieser Projektarbeit zugrunde liegende Datensatz stützt sich grundsätzlich auf die Vorgaben des Kantons Aargau per Ende 2010, welche Voraussetzung für eine Betriebsbewilligung sind und insbesondere betreffend Richtstellenplan klare Vorschriften enthalten sowie auf Daten, die im Rahmen der SOMED-Statistik für das Jahr 2010 erhoben worden sind, und auf die verbandsinterne Benchmark 2010.

Im folgenden Abschnitt 2 werden zunächst der allgemeine Kontext wie die demografische und gesellschaftliche Entwicklung sowie die grundlegenden Rahmenbedingungen der Finanzierung von Pflegeleistungen beschrieben. Auf dieser Basis erfolgt die Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes sowie die Klärung der Begriffe, bevor die Ausgangslage und die Rahmenbedingungen im Kanton Aargau. Dazu werden Kriterien zur Eingrenzung des Begriffs „Pflegeinstitutionen“ erarbeitet und die Leistungen bzw. das Angebot der Pflegeheime detailliert dargestellt und abgegrenzt. Die Illustration der Ausgangslage, der Rahmenbedingungen im Kanton Aargau wie auch der rechtlichen Grundlagen und des Standes der Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung basieren auf die Artikel des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) mit den dazugehörigen Verordnungen, auf die Aargauer Kantonsverfassung sowie auf das Pflegegesetz¹⁴, die

¹⁴ Pflegegesetz des Kantons Aargau, SAR 301.200 (2008).

Pflegeverordnung¹⁵, die Pflegeheimkonzeption¹⁶ und einzelne Strategien der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung (GGpl)¹⁷ des Kantons Aargau.

Des Weiteren werden die Herkunft und Qualität der Basisdaten vorgestellt, sowie die in ihnen enthaltenen generellen Informationen zu den Pflegeheimen im Kanton Aargau aufgezeigt. Diese Daten basieren auf die Pflegeheimkonzeption des Departements Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau, auf Daten aus der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED 2009) und auf den Benchmark-Daten der VAKA. Das BFS erhebt jährlich die Daten der Institutionen für Betagte im Rahmen der Erhebung der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED). Eine solche Auswertung des BFS liegt für das Jahr 2009 vor. Im Kanton Aargau wurden dabei Daten von 5 Altersheimen und von 95 Pflegeheimen erhoben und die Rücklaufquote betrug im Jahr 2009 100 %. Für das Jahr 2010 lagen die Daten seitens BFS noch nicht vor. Für die vorliegende Arbeit waren ein Teil der Daten der Erhebungen für die SOMED 2010 durch das statistische Amt des Kantons Aargau zu den verbandsangehörigen Institutionen zugänglich. Der „Verband der aargauischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen“ (VAKA) seinerseits erhebt sogenannte Benchmark-Daten, d. h. Daten über Leistung und Kosten von den ihm angegliederten Pflegeinstitutionen.

Nach der Darstellung der ersten generellen Informationen daraus zu den Pflegeheimen im Kanton Aargau folgt die deduktive Entwicklung einer Kostenfunktion auf Grundlage der Vorgaben und Annahmen, welche im entsprechenden Abschnitt detailliert dargelegt werden. Die Kostenfunktion wird nach Beschreibung der Produktionsfaktoren und der Ableitung einer Produktionsfunktion aus betriebswirtschaftlichen Grundsätzen und den konkreten Voraussetzungen im Kanton Aargau modelliert und dient danach als Grundlage für eine Modellrechnung.

Zur Darstellung dieser Kostenfunktion wird somit zuerst der Produktionsprozess unter Berücksichtigung der kantonalen Vorgaben zur Leistungserstellung (insbesondere der Richtstellenplan) und der Kostenträgerrechnung, wie sie die Koordinationsgruppe „Langzeitpflege Schweiz“ vorgibt, modelliert. Die Vorgaben des Richtstellenplanes und deren Bedeutung für die Modellrechnung werden im entsprechenden Abschnitt detailliert beschrieben. Die Kostenträger entsprechen den Produkten eines Betriebes und setzen sich im Fall eines Pflegeheims aus Pension, Betreuung, Pflege und weiteren Leistungen (pflegeheimfremde Leistungen und Leistungen aus Nebenbetrieben) zusammen. Für die Ermittlung der eingesetzten Produktionsfaktoren werden die Kostenarten der Kostenrechnung der „Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz“ (KGL) nach der Art der verbrauchten Produktionsfaktoren unterteilt in objektbezogene menschliche Arbeit, in dispositive menschliche Arbeit, in Betriebsmittel und in Werkstoffe. Daraus wird der Zusammenhang zwischen der Menge der in der Produktion eingesetzten Produktionsfaktoren zur „Gesamt-Produktion“ von Pflege in einer Institution und dem Produktionsertrag mathematisch dargestellt.

Die Kostenfunktion gibt darauf basierend die Kostenhöhe in Abhängigkeit von den Kostenbestimmungsfaktoren an und so muss nach der Modellierung der Produktionsfunktion eine Bewertung der verbrauchten Produktionsfaktoren zugrunde gelegt werden. Die verwendeten Werte für die Faktorpreise wurden möglichst realitätsnah eingesetzt und mögliche Veränderungen / Abweichungen, insbesondere des Lohnniveaus, simuliert. Die verwendeten durchschnittlichen Lohnkosten basieren auf den Lohnbändern vom Jahr 2010 eines repräsentativen Aargauer Pflegeheims. Da Sachkosten in der kurzen Frist nicht veränderbare, Kostenanteile darstellen, gehen sie bei den Berechnungen als Fixkosten pro Bett und unabhängig von der Auslastung (gemessen in Pfl egetagen) ein. Die Kosten für den Einsatz an dispositiver menschlicher Arbeit werden über den Vergleich aller im Jahr 2010 in

¹⁵ Pflegeverordnung des Kantons Aargau, SAR 301.211 (2007).

¹⁶ Pflegeheimkonzeption des Kantons Aargau (2009).

¹⁷ Gesundheitspolitische Gesamtplanung (2010).

den SOMED-Rohdaten¹⁸ erfassten bezahlte Arbeitsstunden für KVG-pflichtigen Pflege und den im gleichen Zeitraum für Leitung und Verwaltung erbrachten Stunden geschätzt.

Aus diesen Vorgaben entsteht eine Modellrechnung mittels einer Exceltabelle mit welcher einerseits die Kostenfunktion überprüft wird und andererseits die Summe erbrachter Pflegeminuten, die Anzahl aller Pflegeminuten je Institution, der notwendige Einsatz Vollzeitstellen an Personal mit Diplom, mit Fachabschluss oder an Assistenzpersonal und nach Ermittlung der hausindividuellen Mindestvollzeitstellen je Personalkategorie die jeweiligen Gesamtkosten für objektbezogene Arbeit errechnet werden. Damit können, nach Addition von 5,5 % der Kosten für objektbezogenen Arbeit als Schätzung für den dispositiven Faktor und von geschätzten CHF 1'000 pro Pflegeplatz für die KVG-relevanten Kosten für Werkstoffe und Betriebsmittel, in der gleichen Exceltabelle die Mindestkosten für Pflege pro Jahr pro Haus ermittelt werden. Teilt man diese Mindestkosten durch die erbrachten Pflegeminuten, berechnen sich daraus die hausindividuellen Mindestkosten für Pflege pro Minute bzw. pro Stunde.

Die daraus entstehenden Werte werden mit einfachen statistischen Analysen wie Mittelwert, Median und Min, Max analysiert und beschrieben sowie mittels einer Vergleichsrechnungen unter Zuhilfenahme der per 31.12.2010 eingereichten Richtstellenpläne, der Rohdaten der Statistik der Sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) und der Benchmark-Daten verglichen und plausibilisiert, bevor deren Resultate einer sorgfältigen Analyse unterzogen werden. Untersucht werden die Anzahl an Pflegeplätzen je Institution, die gemäss Modellrechnung erbrachten Pflegeminuten je Institution und die Verteilung der Pflegeintensität über alle Stufen je Institution. Ebenso wird der Frage nachgegangen, wie die Anzahl der Pflegeplätze und die Pflegeintensität zusammenhängen. Im Weiteren wird der Frage nach dem Zusammenhang der Kosten pro Pflegestunde und der Anzahl Pflegeplätze je Institution (Grösse der Institution) oder der Pflegeintensität über alle Pflegestufen je Institution sowie die Auswirkung der Änderung weiterer Variablen auf die Kosten analysiert.

Diese Fragen werden durch die Berechnung des Korrelationskoeffizienten und durch grafische Darstellungen (Streudiagramm) untersucht. Grundsätzlich drückt der Korrelationskoeffizient eine funktionale Abhängigkeit zwischen zwei Wertereihen aus und gibt darüber Auskunft, wie gut sich durch die beiden Wertereihen jeweils eine Gerade legen lässt. Bei perfekter Korrelation [$r = |1|$ (+1, -1)] würden die beiden Geraden zusammenfallen. Korrelationskoeffizienten können Werte zwischen -1 und +1 annehmen: $-1 \leq r \leq +1$. Eine negative Korrelation bedeutet einen gegenläufigen Zusammenhang zwischen z.B. a und b: steigt a, fällt b und umgekehrt. Eine positive Korrelation bedeutet einen gleichsinnigen Zusammenhang zwischen a und b. Steigt a, steigt b, fällt a, fällt auch b. Eine Korrelation um 0 zeigt keinen Zusammenhang zwischen a und b und den mit ihnen verbundenen Variablen. Ob ein gemessener Korrelationskoeffizient als gross oder klein interpretiert wird, hängt stark von der Art der untersuchten Daten ab; Werte bis ca. 0,3 werden häufig als klein bezeichnet, ab ca. 0,5 als gut, während man ab ca. 0,7 - 0,8 von einer hohen Korrelation spricht.

Berechnet wird der Korrelationskoeffizient grundsätzlich durch:¹⁹

Formel 1: Korrelationskoeffizient

$r = \frac{\sum(x - \bar{x})(y - \bar{y})}{\sqrt{[\sum(x - \bar{x})^2 \sum(y - \bar{y})^2]}}$	Dabei sind $\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i$ und $\bar{y} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n y_i$
---	--

Die in dieser Arbeit verwendeten Korrelationskoeffizienten sind mithilfe von Excel berechnet worden.

Im darauf folgenden Abschnitt werden die Kostenrechnungsdaten, welche durch die Benchmark-Erhebung der VAKA vorliegen nach dem gleichen Muster untersucht. Dazu wird die Tabelle der Benchmark-Daten mit den Zahlen der geleisteten Arbeitsstunden für Pflege

¹⁸ vgl. Anhang II c) Bezahlte Arbeitsstunden_SOMED_2010.

¹⁹ Kirkwood, B.R., Sterne, J.A.C. (2003), S. 93.

aus den Rohdaten der SOMED-Erhebung 2010 (die auf der Kostenstelle „Pflege“ gebuchten und geleisteten Arbeitsstunden pro Jahr und pro „Kategorie“) ergänzt.

Der letzte Abschnitt dient einer Zusammenfassung und dem Aufzeigen von Anhaltspunkten, welche weiteren Analysen möglich und wertvoll wären.

2. Allgemeiner Rahmen / Der Kontext

Im europäischen Vergleich zeichnet sich die Schweiz als ein relativ schwach ausgebauter Sozialstaat aus. Wirtschaftliche Stagnation oder Rezession und insbesondere gesellschaftliche Veränderungen tragen zu Befürchtungen eines zusätzlichen Abbaus sozialer Leistungen und zu einer verstärkten Aufmerksamkeit für Gerechtigkeitsfragen wie Benachteiligungen, mangelnde Solidarität oder Ausschlussmechanismen bei. Auch im Bereich der Gesundheitsversorgung wird verstärkt über Gerechtigkeitsfragen diskutiert. Diese Debatten sind im Zusammenhang der gesamten sozialpolitischen Diskussion zu begreifen, welche unter dem Aspekt der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung in der Schweiz zu Themen wie Generationengerechtigkeit, Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), Invalidenversicherung (IV) oder Sozialhilfe geführt werden.

Die Grundfrage der vorliegenden Arbeit ist im Bereich der Finanzierung der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung angesiedelt. Jährlich steigende Krankenkassenprämien und Eigenanteile werden für viele private Haushalte bzw. für die öffentliche Hand zum Problem, und zwar über die Finanzierung der Prämienentlastungen und weiterer steigender Kosten der Gesundheitsversorgung (z.B. Spitalfinanzierung). Bei Berücksichtigung von aktuellen und zukünftig zu erwartenden demografischen, medizinischen und gesellschaftlichen Entwicklungen, lässt sich ein Trend feststellen, bei dem ambulante professionelle Hilfe- und Pflegeleistungen im Alter verstärkt nachgefragt werden und stationäre Pflege später und häufiger gegen Lebensende beansprucht wird.

Als wichtigster Grund für die zunehmenden Finanzierungsprobleme im Pflegebereich werden die medizinisch-technische und die demografische Entwicklung genannt.

2.1. Medizinisch-technischer Fortschritt

Der technische Fortschritt ermöglicht einerseits Einsparungen, führt aber andererseits auch dazu, dass Menschen, die noch vor wenigen Jahren mit grosser Wahrscheinlichkeit an den Folgen ihrer Krankheiten gestorben wären, heute meist mit einer Chronifizierung ihrer Krankheitsverläufe überleben. Der damit verbundenen Kostensteigerung ist jedoch der Gewinn an Lebensjahren und -qualität gegenüberzustellen. Diese Medikalisierungsthese²⁰, auch Extensionsthese genannt, steht im Gegensatz zur Kompressionsthese²¹, die davon ausgeht, dass die Menschen immer gesünder werden und die Krankheit sich nur kurz vor dem Tod einstellt. Die Menschen verbringen danach einen immer kürzer werdenden Zeitraum in Krankheit. Die durch eine höhere Lebenserwartung gewonnenen Jahre werden so vornehmlich in Gesundheit verlebt. Einzelne Vertreter der Kompressionsthese führen an, dass die demografische Entwicklung durch die Kompression der Krankheit vor dem Tod - im Extremfall - zu keinerlei Auswirkung auf die Gesundheitsausgaben führt.

Da jedoch die „Nähe zum Tod“ nach neueren Forschungsergebnissen²² bereits 15 Jahre vor dem Tod zu wirken beginnt, bestätigt sich unter dem Strich, dass trotz aller Berechtigung der Kompressionsthese das zunehmende Durchschnittsalter der Bevölkerung zu einer Kostensteigerung beiträgt und in den nächsten Jahren weiterhin beitragen wird.

2.2. Demografische Veränderung und Gesundheitsausgaben

Die durchschnittliche Lebenserwartung ist in der Schweiz ununterbrochen von gut 40 Jahren (1876) auf 79,8 Jahre für Männer und auf 84,4 Jahre für Frauen (2009) gestiegen. Im Jahr 1960 waren über 551'000 in der Schweiz lebende Personen 65 Jahre alt oder älter (ca. 10 %). Im Jahr 2009 waren schon über 1,3 Mio. Personen in dieser Altersklasse (ca. 16,6 %).²³ Die Zahl an alten und vor allem hochaltrigen Menschen steigt rasch an. Ein deutlicher Anstieg ist gemäss dem „Schweizerischen Gesundheitsobservatorium“ (Obsan)²⁴ für alle ange-

²⁰ nach Gruenberg (1977).

²¹ Als Begründer dieser Theorie gilt Fries (1985).

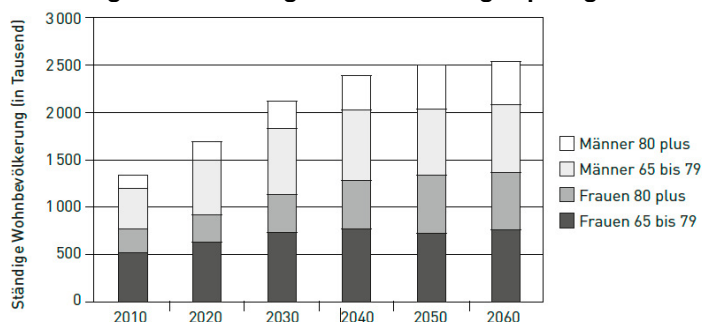
²² vgl. Breyer und Ulrich (2000) oder Buchner (2002).

²³ BFS Aktuell (Mai 2011).

²⁴ Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) (2011).

fürten Altersgruppen zu erwarten. Insbesondere die Zahl an «jungen Alten» (65–79 Jahre) wird aufgrund des Alterns geburtenstarker Jahrgänge (Babyboomer) deutlich ansteigen. Weil sich die Lebenserwartung im Alter voraussichtlich weiter erhöhen wird, werden zudem Anzahl und Anteil alter Menschen (80plus und 90plus) besonders rasch zunehmen.

Abbildung 1: Entwicklung der Bevölkerung 65plus gemäss Bundesamt für Statistik (BFS)



Quelle: BFS-Szenario A-00-2010

Abbildung 1: Entwicklung der Bevölkerung 65plus gemäss dem mittleren BFS-Szenario A-00-2010, Schweiz, 2010–2060

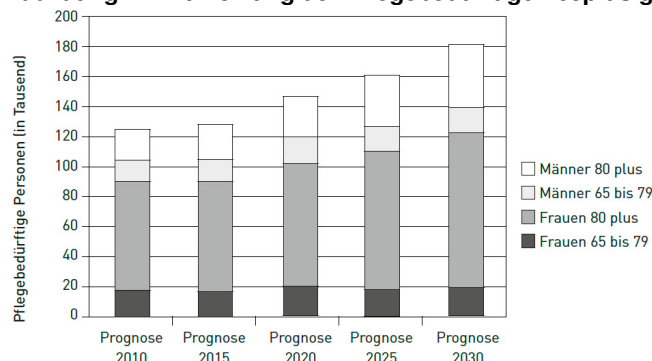
Entnommen aus: François Höpflinger Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn, 2011, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Aktualisierte Szenarien, für die Schweiz, Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter.

Gemäss dieser Publikation sind bis zur Altersgruppe der 75–79-Jährigen deutlich weniger als 10 %, aber mehr als 13 % der 80- bis 84-Jährigen und gut 34 % der 85-Jährigen und älteren pflegebedürftig, während bei Personen im Alter von 90 Jahren und mehr mit einer Pflegequote (Anteil an mittelstark bis stark pflegebedürftigen Personen) von über 50 % zu rechnen ist.

Bleibt die Dauer von Pflegebedürftigkeit trotz steigender Lebenserwartung im Alter konstant (Szenario einer relativen Kompression schwerer Morbidität), wird sich die Zahl über 64-jähriger pflegebedürftiger Menschen zwischen 2010 und 2030 von gut 125'000 auf gut 182'000 Personen erhöhen, was einer relativen Zunahme um 46 % entspricht. Je nach Annahmen zur Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung ergeben sich für 2030 unterschiedliche Zahlen: knapp 170'000 Pflegebedürftige bei positiver Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung bis zu gut 230'000 betroffene Personen bei einer negativen Kombination verstärkter Alterung und verlängerter Morbidität.

Es ist zudem – bei gleichbleibenden altersspezifischen Prävalenzraten von Demenz - mit einem deutlichen Anstieg der Anzahl demenzerkrankter alter Menschen zu rechnen. Da bei ausgebildeter Demenzerkrankung eine ambulante Pflege schwierig ist, wird ein Wechsel in eine Pflegeeinrichtung unumgänglich.

Abbildung 2: Entwicklung der Pflegebedürftigen 65plus gemäss BFS



Quelle: BFS, ESPOP 2008; BFS, SOMED 2008; BFS, SGB 2007; Menthomex 2009
BFS, Erhebung zum Gesundheitszustand betagter Personen in Institutionen, 2008/09.

Abbildung 2: Entwicklung der Pflegebedürftigen 65plus, 2010–2030 Referenzszenario 1b (6AK)

Entnommen aus: François Höpflinger Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn, 2011, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Aktualisierte Szenarien, für die Schweiz, Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter.

2.3. Gesellschaftliche Entwicklung

Neben der Auflösung sozialer Netze und der zunehmenden Realität von Single-Haushalten ist der grösser werdende Anteil erwerbstätiger Frauen und Mütter zu beachten, was zur Delegation von Pflegeaufgaben an öffentliche Institutionen beitragen wird.

Pflegeaufgaben, die bislang im familiären Bereich von den Frauen (Müttern, Ehefrauen, Lebenspartnerinnen, Schwestern, Töchtern oder Schwiegertöchtern) erfüllt wurden, werden zusehends zu öffentlichen Aufgaben. Neben der Verteilungsgerechtigkeit wird daher auch die Gender-Gerechtigkeit bedeutend für die Nachfrage nach professionellen Dienstleistungen, insbesondere auch nach stationären Pflegeplätzen. Dazu kommt, dass in den nächsten Jahren die Kohorte der Baby-Boomer-Generation in ein höheres Alter kommt, womit sich aller Voraussicht nach auch die Anspruchshaltung hinsichtlich medizinischer und pflegerischer Versorgung im Sinne einer Ausweitung der Ansprüche verändern wird.

2.4. Die solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung

Die Bedeutung einer Pflegeversicherung in einem Sozialstaat ist in grossem Masse von der Zahl der älteren Menschen abhängig. Ein entwickeltes Gesundheits- und Pflegesystem ist weltweit nur in etwa 40 Ländern vorzufinden; in der Mehrheit der Staaten ist die Versorgung des grössten Teils der Bevölkerung nur wenig institutionalisiert.

Zur grundsätzlichen Systematisierung der verschiedenen Absicherungsmöglichkeiten im Gesundheits- und Pflegesektor in Industrieländern kann eine Einteilung in zwei Systeme vorgenommen werden: in das Beveridge-Modell und in das Bismarck-Modell.

Das Beveridge-Modell sieht eine überwiegend steuerfinanzierte Absicherung vor. Eine Versicherungspflicht im engeren Sinne ist nicht definiert, da der Versicherungsschutz die gesamte Wohnbevölkerung unabhängig vom Erwerbstatus umfasst. Die Versicherungsleistungen sind einheitlich pauschal, unabhängig vom Einkommen. Ziel ist die Absicherung eines Existenzminimums. Da die Finanzierung aus dem Steueraufkommen erfolgt, sind die finanziellen Mittel in der Regel Teil des jährlichen Staatsbudgets und damit in direkter Budgetkonkurrenz zu anderen öffentlichen Ausgaben. Beispiele hierfür sind Grossbritannien, Spanien, Neuseeland und Kuba.

Das Bismarck-Modell wird in seiner Grundform wesentlich durch zwei Elemente charakterisiert: durch die Bindung an den Erwerbsstatus und durch die Finanzierung über Beiträge.²⁵ In den meisten Ländern wurde dieses Sozialversicherungssystem jedoch auf nichterwerbstätige Bevölkerungsgruppen ausgeweitet. Dieses Modell zeichnet sich oft dadurch aus, dass die Finanzierung nicht direkt über den Staatshaushalt, sondern in selbstverwalteten Krankenkassen vorgenommen wird. Dies ermöglicht eine gewisse Eigenständigkeit und Unabhängigkeit gegenüber Verteilungskämpfen. Der Einfluss des Staates ist jedoch trotz allem meist sehr gross. Zudem wirken konjunkturelle und demografische Einflüsse auf eine Sozialversicherung ebenso wie auf das Steuersystem.

Ein „Bismarck-System“ existiert zum Beispiel in Deutschland, in Frankreich, in den Niederlanden, in Belgien und in Japan.

In der Schweiz folgt die Absicherung des Krankheits- und Pflegerisikos ebenfalls dem „Bismarck Modell“. Für die obligatorische Krankenversicherung (OKP) in der Schweiz haben alle Personen eine einheitliche, einkommensunabhängige Prämie zu zahlen. Die Prämienhöhe unterscheidet sich lediglich nach Kanton und nach gewählter Krankenversicherung. Eine reduzierte Prämie gibt es lediglich für Kinder und Jugendliche bis zum 25. Lebensjahr. Zusätzlich zur Prämie sind eine jährliche absolute Selbstbeteiligung (Franchise) von mindestens CHF 300 und eine prozentuale Selbstbeteiligung von 10 % (bis maximal CHF 700 im Jahr) vorgesehen, wobei individuell höhere absolute Selbstbeteiligungen möglich sind. Personen mit niedrigem Einkommen erhalten eine Prämienverbilligung, welche von der öffentlichen Hand finanziert wird.

²⁵ Vgl. Meyer, Wolf (1993), S. 1-9.

Die Grund- bzw. Krankenpflege ist eine Teilleistung der obligatorischen Krankenversicherung, und die Pflegekosten werden von verschiedenen Kostenträgern übernommen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Pflegeheimen sowie für Pension sind vom Pflegebedürftigen zu übernehmen. Kann ein Pflegebedürftiger die Pflegekosten nicht selbst tragen, erhält er bedarfsabhängige Ergänzungsleistungen zu seiner Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) bzw. zur Invalidenversicherung (IV). Diese Leistungen werden teilweise auch als bedarfsorientierte Pflegeversicherung bezeichnet. Vor dem Bezug von Ergänzungsleistungen ist vorhandenes Vermögen aufzubreuchen. Darüber hinaus wird die Pflege über Zuschüsse der öffentlichen Hand finanziert, deren Umfang schweizweit variiert.²⁶

In praktisch allen Industrieländern ist ein zunehmender Anteil der Hochbetagten festzustellen. Für die folgenden Jahrzehnte werden teilweise erhebliche Verschiebungen in der Bevölkerungsstruktur erwartet. Um dem höheren Pflegebedarf zu begegnen, wurden in den meisten Industrieländern in den letzten Jahren verschiedene Reformen angestossen. In der Schweiz sorgte in der Vergangenheit die Abgrenzung zwischen den Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung und dem Umfang der Zuschüsse der öffentlichen Hand für Diskussionsbedarf. Insbesondere die Krankenversicherung war nicht mehr bereit, das finanzielle Risiko einer zunehmenden Zahl von Pflegebedürftigen zu tragen.

2.5. Neuregelung der Pflegefinanzierung

Am 13. Juni 2008 haben die eidgenössischen Räte das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung verabschiedet und zum 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt.

Gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, in Tages- oder Nachtstrukturen oder im Pflegeheim erbracht werden. Insgesamt sollen die Beiträge der Versicherer dem bisherigen Aufwand entsprechen (Übergangsbestimmungen Abs. 1).

Art. 25a Abs. 4 KVG legt fest, dass der Bundesrat die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken festsetzt, wobei der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden, massgebend ist. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest. Die Beiträge im ambulanten Bereich betragen CHF 79,80 (Abklärung und Beratung), CHF 65,40 (Untersuchung und Behandlung) und CHF 54,60 (Grundpflege). Die Beiträge im stationären Bereich betragen je nach Pflegebedarf CHF 9,00 bis CHF 108,00.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und die Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) grenzen den Leistungsbereich der von den Krankenkassen zu finanzierenden Pflegekosten genau ab. Bezüglich nicht von den Sozialversicherungen abgedeckten Pflegekosten dürfen höchstens 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags auf die versicherte Person abgewälzt werden (Art. 25a Abs. 5 KVG). Die Patientenbeteiligung beträgt somit ambulant höchstens CHF 15,95, stationär höchstens CHF 21,60. Art. 44 KVG Tarifschutz besagt, dass keine zusätzlichen KVG-pflichtigen Pflegekosten auf Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen abgewälzt werden dürfen. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.

Insbesondere hatte jedoch auch die Umsetzung der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) Auswirkungen auf die Pflegefinanzierung. Am 06. Oktober 2006 wurde im Rahmen der NFA-Ausführungsgesetzgebung eine Totalrevision des Ergänzungsleistungsgesetzes verabschiedet. Dabei wurden unter anderem eine Neuaufteilung der Finanzierungsverantwortung zwischen Bund und Kantonen und die Aufhebung der Obergrenze für Heimbewohner verabschiedet. Mit der Neuaufteilung der Finanzierungsverantwortung zwischen Bund und Kantonen bei den Ergänzungsleistungen ist die Verantwortung für Pflege und Betreuung praktisch vollständig auf die Kantone (und Gemeinden) übergegangen.

²⁶ Vgl. Bundesamt für Gesundheit (2010b), S. 10-11.

3. Sektor der Betreuung und Pflege von betagten Personen

Der Eintritt in ein Alters- bzw. Pflegeheim wird, wie in den vorangehenden Abschnitten festgehalten, als Folge der medizinischen und sozialen Entwicklung später und häufiger erst gegen das Lebensende erfolgen. So wird sich in Zukunft neben der Zahl der Pflegebedürftigen auch die Art der nachgefragten Pflege ändern. Insbesondere wird die Nachfrage nach ambulanter spitalexterner Hilfe und Pflege (Spitex) steigen. Aber auch die Landschaft der stationären Langzeitpflege wird sich verändern.

Im Jahr 2009 wurden gemäss der CURAVIVA Schweiz²⁷ schweizweit 1'373 Langzeitpflegeplätze in Altersheimen (und 88'653 Langzeitpflegeplätze in Pflegeheimen) von insgesamt 1'595 Institutionen angeboten. Von diesen Institutionen werden 40 % als „privat“, 28,9 % als „privat subventioniert“ und 31,1 % als „öffentlich“ bezeichnet. Die Altersheime erbrachten dabei 0,5 Mio. Beherbergungs- und Betreuungstage im Langzeitbereich, die Pflegeheime fast 31 Mio.

Die ausgewiesenen Betriebskosten (inkl. Kurzaufenthalter) beliefen sich dabei schweizweit auf CHF 3'214 Mio. für Pensionsleistungen, CHF 3'352 Mio. für KVG-pflichtige Pflege und CHF 1'150 Mio. für Betreuungsleistungen.

Die Institutionen für Betagte und chronisch Kranke wurden 2008 gemäss der von CURAVIVA Schweiz aufgearbeiteten Statistiken aus dem Statistischen Lexikon der Schweiz 2010 zu 67,8 % von privaten Haushalten finanziert, zu 20,4 % über das KVG, zu 5,4 % von den Kantonen, zu 3,7 % von den Gemeinden und zu 2,8 % von Privaten.

Da sich die folgenden Analysen auf die Kosten der Pflegeleistungserbringung bei Pflegeinstitutionen (speziell im Kanton Aargau) beschränken und sich auf das „klassische“ Angebot der Langzeitpflege konzentrieren, sind hiervon weitere Leistungserbringer, wie auch spezielle Leistungen von Pflegeheimen wie Tages- und Nachtstrukturen, Akut- und Übergangspflege, betreutes Wohnen, Palliative Care, Gerontopsychiatrie etc., zu trennen.

3.1. Pflegeheime

Filippini M., Crivelli L., Lunati D.²⁸ schlagen als Definition für Alters- und Pflegeheime Folgendes vor: Eine bestimmte Wohnstruktur, welche als Übergangs- oder langfristige Lösung von Personen gewählt wird, die sich wegen ihres fortschreitenden Alters nur noch begrenzter physischer oder sozialer Leistungsfähigkeit gegenübersehen und die ihren Bewohnern in der Regel Tag und Nacht Betreuung und Beherbergung, Pflegeleistungen, Mobilisierungs- und Erholungstherapien anbietet. Sie klassifizieren diese Angebote nach Komplexität der angebotenen pflegerischen Behandlungen und der Eigentumsordnung der Institution.

Gemäss Bundesamt für Statistik (BFS)²⁹ ist grundsätzlich unter einer sozialmedizinischen Institution eine Institution mit 24-Stunden-Betrieb, in denen Personen zur Behandlung und Pflege stationär aufgenommen oder ambulant betreut werden, zu verstehen. Die Aufnahme bzw. Betreuung erfolgt aus medizinischen und / oder sozialen Gründen. Zudem muss die Betreuung langfristig angelegt sein. Diese Institutionen gliedern sie in fünf verschiedene Kategorien: Pflegeheime, Altersheime, Institutionen für Behinderte, Institutionen für Suchtkranke und Institutionen für Personen mit psychosozialen Problemen.

Dabei sind Pflegeheime Institutionen, die mehrheitlich pflegebedürftige Betagte, aber auch jüngere chronisch Kranke und Suchtkranke betreuen, welche ihre Autonomie mehr oder weniger unwiederbringlich eingebüsst haben. Die Aufenthalte in solchen Wohnstätten sind in der Regel von längerer Dauer. Die Zweckbestimmung der einzelnen Pflegeheime kann sehr unterschiedlich sein: somatische Geriatrie für Personen mit altersbedingten physischen Beschwerden, Psychogeriatric für psychisch beeinträchtigte ältere Menschen, sozial begründete Aufnahme von alleinstehenden, isolierten Personen usw.

²⁷ CURAVIVA Schweiz (2011).

²⁸ Filippini M., Crivelli L., Lunati D. (2000).

²⁹ BFS (2008).

Altersheime sind gemäss BFS³⁰ Institutionen, die sich um Betagte kümmern, die Aufsicht, Unterstützung oder auch Pflege benötigen. Diese Institutionen sind nicht berechtigt, Leistungen zulasten der Krankenversicherung zu erbringen und in Rechnung zu stellen.

Die wichtigsten Kriterien zur Eingrenzung des Begriffs „Pflegeinstitutionen“ in der vorliegenden Arbeit sind somit, dass die untersuchten Leistungsanbieter Institutionen mit einem 24-Stunden-Betrieb und berechtigt sind, Pflegeleistungen zulasten der Krankenversicherung gemäss KVG zu erbringen und in Rechnung zu stellen.

3.2. Leistungen der Pflegeheime

Ein Pflegeheim erbringt zahlreiche Dienstleistungen. Grundsätzlich kann man diese in zwei grosse Kategorien einteilen: einerseits Pflege- und Betreuungsleistungen, andererseits Unterkunftsleistungen. Die Abgrenzung zwischen diesen beiden Kategorien ist nicht immer unproblematisch und klar (z.B. Frage der soziokulturellen Aktivierung).

Einige Pflegeinstitutionen bieten weitere Leistungen und intermediäre Strukturen an, wie beispielsweise Kurzaufenthalte, Tages- und Nachtstrukturen, Akut- und Übergangspflege (Leistung im Hinblick auf die Rückkehr in die eigene Wohnung), betreutes Wohnen (Leistungen der Pflegeheime in angegliederten Alterswohnungen). Das Ziel solcher Angebote ist es, dass betagte Personen weiterhin zu Hause leben können und die Unterbringung in einem Heim auf diese Weise über einen längeren Zeitraum aufgeschoben oder unter Umständen sogar ganz darauf verzichtet werden kann.

Die vorliegende Arbeit geht nicht auf solche Angebote ein, obwohl die Finanzierung und der Betrieb in vielen Fällen mit jenen der Langzeitaufenthalte vergleichbar sind. Weitere Leistungen wie die Mahlzeitendienste, die Reinigungsdienste oder verschiedene Aktivierungsdienste sind von eher untergeordneter Bedeutung. Auf diese wird in der vorliegenden Studie nicht eingegangen, da sie nicht direkt unter das KVG fallen.

Das Angebot von Pflegeheimen umfasst somit insbesondere Leistungen in den Bereichen Unterkunft, Pension, Pflege und Alltagsgestaltung. Diese können wie folgt umschrieben und abgegrenzt werden:

3.2.1. Pflegeleistungen

Bei diesen Leistungen handelt es sich um ärztlich verordnete KVG-Pflichtleistungen, welche die Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV, Art. 7 festlegt. Diese Leistungen können zulasten der Krankenversicherung erbracht werden.

Art. 7 umschreibt den Leistungsbereich:

„Die Versicherung übernimmt die Kosten der Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen (Leistungen), die aufgrund der Bedarfsabklärung (Art. 7 Abs. 2 und 8a) auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden:

- a) von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (Art. 49 KVV);*
- b) von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV);*
- c) von Pflegeheimen (Art. 39 Abs. 3 des Krankenversicherungsgesetzes vom 18. März 1994, KVG).“*

Leistungen im Sinne von obigem Absatz sind:

„a. Massnahmen der Abklärung und der Beratung:

- 1. Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin und dem Patienten oder der Patientin,*
- 2. Beratung des Patienten oder der Patientin sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere*

³⁰ BFS (2008).

im Umgang mit Krankheitssymptomen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen.“

Hierzu gehören die Bedarfsabklärung der Pflichtleistungen zusammen mit den Bewohnern, mit anschliessender Pflegeplanung und Bearbeitung des Meldeformulars, die Standortbestimmung und die Aktualisierung der Pflegeplanung, die Anpassung des Meldeformulars, usw.

„b. Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung:

- 1. Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht),*
- 2. einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin,*
- 3. Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken,*
- 4. Massnahmen zur Atemtherapie (wie O²-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen),*
- 5. Einführen von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen,*
- 6. Massnahmen bei Hämö- oder Peritonealdialyse,*
- 7. Verabreichung von Medikamenten, insbesondere durch Injektion oder Infusion,*
- 8. enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen,*
- 9. Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen und Geräten, die der Behandlung oder der Kontrolle und Erhaltung von vitalen Funktionen dienen,*
- 10. Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcuscruris-Pflege) und von Körperhöhlen (inkl. Stoma- und Tracheostomiepflege) sowie Fusspflege bei Diabetikern,*
- 11. pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung, inkl. Rehabilitationsgymnastik bei Inkontinenz,*
- 12. Hilfe bei Medizinal-Teil- oder Vollbädern; Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangopackungen,*
- 13. pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen,*
- 14. Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung.*

c. Massnahmen der Grundpflege:

- 1. Allgemeine Grundpflege bei Patienten oder Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken,*
- 2. in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie: Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen.“*

Der Katalog der KVG-Pflichtleistungen ist damit im KLV sorgfältig beschrieben. Dies gilt jedoch nicht für die „übrigen Leistungen“, deren Palette von Kanton zu Kanton und selbst von Pflegeheim zu Pflegeheim verschieden ist.

3.2.2. Betreuungsleistungen

Die Betreuungsleistungen umfassen Hilfe- und Betreuungsleistungen, die infolge Alter, Invalidität, Unfall oder Krankheit notwendig sind und keine KVG-Leistungen darstellen. Hierzu gehören Leistungen der „Sinnfindung“, Begleitung (Spaziergänge; Einkäufe usw.), Veranstaltungen, Unterhaltung, Informationsveranstaltungen für Angehörige usw.

Diese Leistungen werden den Bewohnern in Rechnung gestellt, es ist jedoch nicht klar definiert, was Betreuung ist und welche Tätigkeiten dazu gehören.

Da Betreuung im weiten Sinne als Beistand zum Bewältigen des Alltags verstanden wird, diese Definition jedoch auch den grössten Teil der Pensions- und der Pflegeleistungen umfasst, wird Betreuung oft durch Abzug der Pensions- und KVG-berechtigten Pflegeleistungen definiert. So fallen darunter auch nicht-KVG-berechtigte Pflēgetätigkeiten wie z.B. das Sortieren und Verteilen von Medikamenten, das Reparieren des Blutdruckmessgerätes einer Pflegeabteilung, das Einführen einer neuen Pflegedokumentation und die Weiterbildung in Kinästhetik. So definiert HeBeS³¹ Betreuung folgendermassen:

„zur Betreuung gehören alle Leistungen und Tätigkeiten, welche:

- *den Bewohner/innen helfen den Alltag zu bewältigen,*
- *nicht zu den (Pensions-) Leistungen gehören, welche jedes Hotel anbietet, (Zimmer/Gemeinschaftsräume/Umschwung, Reinigung, Wäsche, Verpflegung, Service; plus Cafeteria),*
- *nicht KVG-berechtigt sind (gemäss den Bedarfsklärungs- und Leistungserfassungsinstrumenten BESA, RAI/RUG, Plaisir),*
- *nicht zum Erbringen von KVG-berechtigten Leistungen notwendig sind.“*

Und unterscheidet die Betreuungstätigkeiten in 1:1 und 1:x Betreuung:

„Betreuung 1:1

- *Betreuen eines einzelnen Bewohners/einer einzelnen Bewohnerin (ab Unterzeichnen des Vertrages).*
- *Betreuen der Angehörigen und Nahestehenden (ab Unterzeichnen des Vertrages).*
- *inkl. Begleiten von Bewohner/in zum Essen (gemäss Bundesgerichtsentscheid 27.4.10 nicht-KVG-berechtigt).*
- *inkl. spontane Gespräche mit Bewohner/innen und Angehörigen.*
- *inkl. Aufräumen des Zimmers.*
- *inkl. Einräumen der Bewohnerwäsche.*
- *inkl. Betreuen der Tiere der Bewohner/in.*
- *inkl. Hilfe bei den Finanzen.*
- *inkl. Reparaturarbeiten (bezahlte und unbezahlte).*
- *inkl. Transporte.*
- *inkl. Einkäufe.*
- *...*

Betreuung 1: x

- *Gleichzeitiges Betreuen von zwei und mehr Bewohner/innen.*
- *inkl. Planen/Vorbereiten/Aufräumen von Aktivierungs- und Alltagsgestaltungs-Veranstaltungen.*
- *inkl. Veranstaltungen für Angehörige.*
- *inkl. Aufbau und Pflege eines Freiwilligenetzes,*
- *inkl. Betreuung und Seelsorge (wenn bewohner-spezifisch: 1:1-Betreuung).*
- *inkl. Empfang (je nach Tätigkeit).*
- *...“*

3.2.3. Pensionsleistungen

Die Pensionsleistungen umfassen grundsätzlich alle Leistungen für die Unterkunft und die Verpflegung (wie z.B. möbliertes Zimmer; Vollpension mit Tee, Kaffee und Mineralwasser; Bereitstellen und Besorgen der Wäsche; Energieverbrauch; Unterhalt des Zimmers).

3.2.4. Weitere Leistungen

Weitere Leistungen umfassen insbesondere den Bereich medizinischer Nebenleistungen wie Arztleistungen, Therapieleistungen, Medikamentenabgabe, Abgabe von Mittel und Gegenstände (Hilfsmittel).

³¹ Hebes (2011)

Zudem fallen weitere besondere, haus- oder bewohnerindividuelle Leistungen an wie zahnärztliche Behandlungen, Krankentransporte bei Heimeintritt und –austritt, Auslagen für persönliche Bedürfnisse, Coiffeur, Podologie, durch Bewohner verursachte Beschädigung an Heim- und Dritteigentum, Unkosten bei Sterbefällen und Austritten, Beherbergung und Verpflegung von Begleitpersonen, Spezialinfrastruktur, spezielle Mittel und Gegenstände, nicht verordnete Medikamente, Kosmetika usw.

4. Pflegeheime im Kanton Aargau

Dieser Abschnitt dient sowohl der Darstellung der Ausgangslage und der Rahmenbedingungen im Kanton Aargau als auch der rechtlichen Grundlagen und dem Stand der Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung. Des Weiteren werden die Herkunft und Qualität der Basisdaten vorgestellt, sowie die in ihnen enthaltenen generellen Informationen zu den Pflegeheimen im Kanton Aargau aufgezeigt.

4.1. Gesetzliche Grundlagen Kanton Aargau

Massgebend für die kantonalen Vorgaben sind die Artikel des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) mit den dazugehörigen Verordnungen, die Aargauer Kantonsverfassung sowie das Pflegegesetz³², die Pflegeverordnung³³ und einzelne Strategien der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung (GGpl)³⁴.

Im Rahmen der „Gesundheitspolitischen Gesamtplanung“ wurden auch für den Bereich Langzeitpflege Grundsätze festgelegt. Aufbauend auf diese ist ein Pflegegesetz erarbeitet worden, welches im Jahr 2007 vom Grossen Rat verabschiedet wurde und seit dem 1. Januar 2008 in Kraft ist. Es sieht vor, dass für die Sicherstellung der Angebote der Langzeitpflege die Gemeinden zuständig sind.

§ 41 der Aargauer Kantonsverfassung regelt in Punkt 5 „Bereiche des Gesundheitswesens“: "Der Kanton trifft in Zusammenarbeit mit den Gemeinden und Privaten Vorkehrungen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit" (Abs. 1) und "schafft Voraussetzungen für eine angemessene medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung und fördert die häusliche Krankenpflege" (Abs. 2).

Mit dem Pflegegesetz werden die rechtlichen Voraussetzungen für Langzeitpflege im Kanton Aargau definiert. Die zentralen Paragraphen des Pflegegesetzes behandeln die Inhalte der Pflegeheimkonzeption (§ 4) und der Pflegeheimliste (§ 5), das Bewilligungsverfahren zur Eröffnung und zum Betrieb einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 6) sowie die Grundsätze über die Zuständigkeiten der Gemeinden (§ 11).

Die Pflegeheimkonzeption³⁵ des Kantons Aargau enthält die Umsetzung der Vorgaben des Pflegegesetzes wie Leistungsaufträge gemäss den Vorgaben der Krankenversicherungsgesetzgebung, Richtwerten, die den Gemeinden für die Planung und Sicherstellung eines bedarfsgerechten Angebots im Bereich der stationären Langzeitpflege als Hilfestellung dienen (Ist-Zustand und Prognosen), sowie Ausführungen über die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern. Die Pflegeheimkonzeption ist ein reines Planungsinstrument im Sinne der Artikel 39 Best. d und e KVG sowie 58a bis 58e KVV.

4.1.1. Stand der Umsetzung der Pflegefinanzierung

Explizit nicht Gegenstand der Planung ist die Finanzierung, da diese im Rahmen der Gesetzesanpassung und der entsprechenden Verordnungen zur Neuordnung der Pflegefinanzierung, analog der KVG-Revision, definiert wird.

Die Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung war im Kanton Aargau, wie in der Einleitung dargelegt, aus zeitlichen Gründen auf kantonomer Ebene auf den vom Bund festgelegten Zeitpunkt (1. Januar 2011) nicht möglich. Zur Sicherstellung der Umsetzung zum 1. Januar 2011 musste deshalb im Kanton Aargau eine provisorische Regelung, eine sogenannte "befristete Übergangsverordnung", erlassen werden. Der Regierungsrat hat diese im Dezember 2010 und somit in Kenntnis des Ergebnisses der 1. Beratung des Pflegegesetzes durch den Grossen Rat beschlossen. Das revidierte Pflegegesetz und die überarbeitete Pflegeverordnung treten zum 1. Januar 2012 in Kraft und lösen die Übergangsverordnung ab. Somit gelangen die Tarife und die Tarifstruktur gemäss Art. 7a KLV im Kanton Aargau ab diesem Zeitpunkt einheitlich zur Anwendung und die Finanzierung der Pflegeleistungen in

³² Pflegegesetz des Kantons Aargau, SAR 301.200 (2008).

³³ Pflegeverordnung des Kantons Aargau, SAR 301.211 (2007).

³⁴ Gesundheitspolitische Gesamtplanung (2010).

³⁵ Pflegeheimkonzeption des Kantons Aargau (2009).

Pflegeheimen wird auf die neue Basis gestellt: Während die Heimbewohnenden weiterhin die Kosten für Betreuung und Pension selbst tragen müssen, wird die Finanzierung der Pflege auf drei Schultern verteilt, nämlich Krankenversicherer (fixer Beitrag pro Pflegestufe), Heimbewohnende (max. 20 % des höchsten Beitrages der Krankenversicherer) und öffentliche Hand (Restfinanzierung). Die Finanzierung der Restkosten durch die öffentliche Hand wurde zeitlich und materiell auf diese Übergangsbestimmungen abgestimmt. Der Kanton hat den Beitrag 2011 der öffentlichen Hand für die Pflegeleistungen differenziert nach dem Pflegebedarf (Pflegebedarfsstufe in Anlehnung an die KLV) für alle Pflegeheime je Erfassungssystem einheitlich in Franken festgelegt. Die Restkostenfinanzierung für das Jahr 2012 wurde Anfang November 2011 vom Regierungsrat des Kantons Aargau festgelegt. Diese weist nun keine Differenzierung mehr nach Pflegebedarfserfassungsinstrument aus, da sich auch die Finanzierung seitens der Krankenversicherer nicht mehr unterscheidet. Der Regierungsrat hat den Tarif für stationäre Pflegeeinrichtungen aufgrund der anrechenbaren Kosten für das Erbringen einer Pflegestunde bei CHF 55,00 festgesetzt.

Wie bereits festgestellt, bringt die Neuordnung der Pflegefinanzierung für das Gesamtsystem grundsätzlich keine wesentlichen Mehrkosten mit sich. Sie führt aber zu einer Neuverteilung der Lasten zwischen Kanton, Gemeinden, Krankenversicherern und Bewohnerinnen und Bewohnern der Pflegeinstitutionen. Die Bewohnerinnen und Bewohner sollten eigentlich auf Kosten der Gemeinden entlastet werden. Der Beitrag der Pflegebedürftigen an die Pflegekosten wurde auf 20 % des höchsten Pflorgetarifs beschränkt bzw. auf CHF 21,60 pro Tag. Die meisten Kantone haben sogenannte Höchstbeträge für die Restfinanzierung festgelegt und so definiert, dass diese die von den Kantonen „anerkannten“ Pflegekosten nach Art. 7 KLV darstellen. Einige Kantone „anerkennen“ jedoch auch die tatsächlichen Pflegekosten, welche die Heime nachweisen und restfinanzieren diese. Die kantonalen Regeln zur Restfinanzierung dürfen jedoch nicht den Tarifschutz des KVG umgehen.

Die „Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren“ hat am 22. Oktober 2009 zuhanden der Kantone Empfehlungen zur Umsetzung erlassen:

„1 a) Die Kantone legen die verrechenbaren Kosten für Pflege im Pflegeheim nach Art. 25a Abs. 1 KVG fest. Sie können vorgängig die Pflegeheime anhören.

b) Grundlage für die Festlegung ist der Ausweis der Kosten gemäss VKL und deren Prüfung durch den Kanton.

c) Eine normative Festlegung der Pflorgetaxen, wonach nicht die spezifischen Kosten eines jeden Heims abgegolten werden, sondern die anrechenbaren Pflegekostenansätze für mehrere Heime gemeinsam festgelegt werden, ist gerechtfertigt. Die normativen Pflorgetaxen können auch im Sinne von Höchstwerten festgelegt werden. Liegt vorübergehend kein (hinreichender) Kostenausweis vor, so kann der Kanton den Aufwand schätzen oder Referenzwerte heranziehen.[...]“

Zur Empfehlung 1c) führte die GDK aus, dass bei einer Normierung die unterschiedliche Pflegeintensität des Bewohnerkollektivs zu berücksichtigen sei. Der Pflegekostenansatz basiere daher z.B. auf einem Wert pro Minute oder Punkt bzw. Stufe der Pflegebedarfsermittlungsinstrumente. Die normative Festlegung der Pflorgetaxen sei aus Sicht einer wirtschaftlichen Leistungserbringung gerechtfertigt. Würden maximale Pflorgetaxen festgelegt, so gelangten bei tiefen Kosten die effektiven Pflegekosten zur Anwendung. Umgekehrt könne die Ausbildungstätigkeit individuell je Pflegeheim berücksichtigt werden.

Der Preisüberwacher nahm am 9. Februar 2010 zu den Empfehlungen der GDK Stellung. Darin hielt er fest, dass er mit der Empfehlung 1c) der GDK über die Festlegungen der Pflorgetaxen ggf. auch im Sinne von Höchstwerten nicht einverstanden sei. Er hielt fest, dass die Bestimmung der KVG-pflichtigen Pflegekosten sowie die allenfalls notwendige Restfinanzierung durch die Kantone so zu regeln seien, dass der Tarifschutz i.w.S. eingehalten werde. Dies habe folgendermassen zu geschehen:

„1) Die Kantone stellen sicher, dass kein Eigenbeitrag von Bewohnerinnen eingefordert wird, der die damit zu deckende Lücke zwischen effektiven Pflegekosten und

Krankenkassenbeitrag in ihrer Pflegebedarfsstufe übersteigt. Nach oben ist dieser Betrag auf CHF 21,60 pro Tag begrenzt.

2) Der Restfinanzierungsbeitrag ist für öffentliche und private Heime auf Basis der effektiven (d.h. nicht normierten und nicht nivellierten) Pflegekosten festzusetzen."

Die GDK stimmte dem Preisüberwacher hinsichtlich seiner Empfehlung 1 zu und betonte, dass die Kantone durch geeignete Massnahmen die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmung zu gewährleisten haben. Zu Empfehlung 2 des Preisüberwachers hielt die GDK fest, dass diese Empfehlung über die Abgeltung der Kosten anhand der tatsächlichen Kosten jedes Pflegeheims im Hinblick auf das Erfordernis einer wirtschaftlichen Leistungserbringung nicht angemessen sei. Dank dem Tarifschutz im Sinne von Art. 44 KVG seien die KVG-Versicherten ausreichend vor Beteiligungen an den höheren Kosten geschützt. Die GDK hielt als Fazit fest, dass Pflorgetaxen normativ festgesetzt werden dürfen. Der Tarifschutz schütze die KVG-Versicherten auch im Fall von nicht vollständig gedeckten Pflegekosten vor zusätzlichen Kosten. Es sei jedoch festzustellen, dass die normativ festgelegten Pflorgetaxen auch auf einer realen ökonomischen Grundlage beruhten. Sie dürften daher nicht willkürlich und systematisch zu tief festgelegt werden. Im Rahmen der Aufsichtsfunktionen seien die Kantone verpflichtet, Massnahmen vorzusehen, damit der Tarifschutz sowie die anderen gesetzlichen Vorschriften von den Pflegeheimen beachtet werden.

Der Bundesrat hat in seiner Antwort vom 11. Juni 2010 zum Postulat 10.3031 (Pflegefiananzierung, Schutz der Heimbewohnerinnen und -bewohner, eingereicht von Heim Bea am 3. März 2010) verneint, dass es unzulässig sei, solche Höchstbeträge festzusetzen und nahm dabei Bezug auf die Empfehlung der GDK. Ebenso wie diese kommt er zum Schluss, dass die Kantone mit der Festlegung von Höchstwerten keine Tarifverletzung begehen bzw. dass der Gefahr der Abwälzung der Kosten auf die Heimbewohner mit geeigneten Kontrollmechanismen bereits ausreichend entgegengewirkt wurde.

4.1.2. Kantonale Vorgaben zur Leistungserbringung in der Langzeitpflege

Art. 39 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) verpflichtet die Kantone, zur Gewährleistung der stationären Pflege und Betreuung von älteren Menschen eine Planung zu erstellen und eine Pflegeheimliste zu führen. Diese gibt Auskunft darüber, in welchen Pflegeheimen des Kantons Aargau die obligatorische Krankenversicherung Beiträge an die Kosten der Pflege entrichtet. In der Pflegeheimliste wird den einzelnen Pflegeheimen der stationäre Leistungsbereich im Sinne von § 5 des Kantonalen Pflegegesetzes zugeordnet. Die Pflegeheimliste ist demnach als Leistungsauftrag an die Langzeiteinrichtungen zu verstehen.

Für die Aufnahme eines Pflegeheims auf die kantonale Pflegeheimliste stellt das Pflegeheim beim Kanton einen Antrag. Der Kanton prüft das Gesuch im Hinblick auf Betriebsbewilligung (deckt den Antrag gesundheitspolizeilich ab), auf regional relevante Soll- und Ist-Werte inklusive der effektiven Belegung der bestehenden Heime der Pflegeheimliste und insbesondere auf quantitative Soll-Werte sowie auf qualitative Vorgaben.

§ 7 des Kantonalen Pflegegesetzes schreibt vor, dass die Leistungserbringer der Langzeitpflege periodisch der zuständigen kantonalen Behörde den Nachweis der Qualitäts- und Leistungsfähigkeit zu erbringen haben. Seit 2008 sind die Pflegeheime verpflichtet, jährlich an einem Qualitätsreporting teilzunehmen. Zusätzlich findet periodisch ein Audit statt.

Die Pflegeverordnung nimmt in den Paragraphen 1 bis 4 Bezug auf § 6 des Pflegegesetzes und führt darin im Detail die Anforderungen auf, die erfüllt sein müssen, um vom Kanton die Bewilligung zum Betrieb einer Pflegeeinrichtung zu erhalten. § 5 regelt Angaben und Unterlagen, die mit dem Gesuch um Aufnahme auf die Pflegeheimliste eingefordert werden.

Mit den Richtlinien zum Stellenplan³⁶ konkretisiert das Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau die obigen Vorschriften. Dies geschieht mittels der Vorgaben des quantitativen Stellenplans und damit der minimalen personellen Ressourcen für die Betreu-

³⁶ Kanton Aargau, Departement Gesundheit und Soziales (2008).

ung und Pflege für die 5'358 Plätze, welche gemäss kantonalem Versorgungsbericht³⁷ für pflegebedürftige Menschen zur Verfügung stehen.

4.2. Basisdaten aus der SOMED 2009 und Benchmark-Daten VAKA

Der Versorgungsbericht des Departements Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau ist im Zusammenhang mit der Spitalplanung erstellt worden. Er befasst sich mit den Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation und weist keine weiteren Zahlen zu den Pflegeinstitutionen aus. Die bereits erwähnte Pflegeheimkonzeption (vgl. Abschnitt 4.1) stellt Daten zum zukünftigen Bedarf im Kanton Aargau zur Verfügung.

Das BFS erhebt jährlich die Daten der Institutionen für Betagte im Rahmen der Erhebung der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED). Eine Auswertung des BFS liegt für das Jahr 2009 vor. Dabei wurden im Kanton Aargau Daten von 5 Altersheimen und von 95 Pflegeheimen erhoben. Die Unterscheidung zwischen Alters- und Pflegeheimen durch das BFS geschieht analog der Beschreibung unter 3.1 auf Basis der Berechtigung, langfristige Leistungen zulasten des KVG zu erbringen und in Rechnung zu stellen. Die Rücklaufquote beim BFS betrug im Jahr 2009 100 %. Für das Jahr 2010 liegen die Daten seitens BFS noch nicht vor, jedoch war für die vorliegende Arbeit ein Teil der Daten der Erhebungen für die SOMED 2010 durch das statistische Amt des Kantons Aargau für die verbandsangehörigen Institutionen zugänglich.

Der „Verband der aargauischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen“ (VAKA) seinerseits erhebt sogenannte Benchmark-Daten, d. h. Daten über Leistung und Kosten von den ihm angegliederten Pflegeinstitutionen. Per 1.1.2010 waren diesem Verband, der gleichzeitig die Funktion des Kantonalverbandes CURAVIVA Schweiz für den Bereich „Alter“ wahrnimmt, 91 Pflegeinstitutionen angeschlossen. Im Jahr der Datenerhebung (2011) wurde eine Institution geschlossen und eine ist neu dazugekommen. Die Daten dieser Institutionen sind nicht in die Berechnungsgrundlagen eingegangen. Von den verbleibenden 89 Pflegeinstitutionen haben 3 die Daten nicht gemeldet; es liegen somit die Daten von 86 Institutionen vor, was einer Rücklaufquote von 97 % entspricht.

Im Folgenden werden die Pflegeinstitutionen im Kanton Aargau durch Kennzahlen aus diesen Quellen zum rechtlichen Status, zum Bewohnergut, zum Personal, zur Kapazität, zu den Leistungen und einer ersten Übersicht über die Kostendaten skizziert.

4.2.1. Rechtlicher Status

Die insgesamt 100 durch das BFS erfassten Alters- und Pflegeheime im Kanton Aargau wurden im Jahr 2009 wie folgt bezeichnet:

- 15 als öffentlich-rechtliche Institution,
- 16 als privat subventioniert (privatrechtliche Institution mit Betriebsbeitrags- oder Investitionsgarantie oder Defizitgarantie eines Gemeinwesens) und
- 69 als privat (ohne Beiträge und Garantien seitens Gemeinwesen);

Eine analoge Auswertung der SOMED nur für Pflegeheime oder der VAKA für die dem Verband angegliederten Institutionen liegt nicht vor.

4.2.2. Bewohnerinnen und Bewohner

Die ständige Wohnbevölkerung im Kanton Aargau per Jahresmitte 2009 wird mit 595'849 angegeben, 90'593 Personen (15,2 %) waren dabei 65 Jahre und älter. Davon wohnten gemäss den Daten des BFS 8'304 Personen (9,2 % bzw. 1,4 % der Aargauer Bevölkerung) in Alters- oder Pflegeheimen.

³⁷ Kanton Aargau (2010).

Das Durchschnittsalter der 8'304 Bewohnerinnen und Bewohner betrug im Jahr 2009 bei allen Institutionen für Betagte (inkl. der 5 Altersheime) 81,2 Jahre bei den Männern und 84,9 Jahre bei den Frauen.

Diese Bewohnerinnen und Bewohner verbringen gemäss der BFS-Statistik im Durchschnitt 770 Tage bis zu ihrem Austritt aus der Institution. Die Fluktuationsrate³⁸ beträgt 48,7 %.

Etwas mehr Eintritte als vom Krankenhaus aus sind von zu Hause aus (1'516) zu verzeichnen (1'344). Die Klientenwanderung zwischen den Kantonen hält sich gemäss BFS im Kanton Aargau im kleinen Rahmen. Die meisten Zuwanderer sind aus den Kantonen Zürich (207 Personen) und Solothurn zu verzeichnen (102 Personen). Gemäss dieser Statistik hat sich 2009 die grösste Anzahl an Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Kanton Aargau mit 116 Personen in Berner und 86 Personen in Zürcher Alters- und Pflegeheimen in ausserkantonalen Institutionen befunden.

Tabelle 1: Anteil Bewohnerinnen und Bewohner in Alters- und Pflegeheimen des Kantons Aargau

Kanton Aargau	Daten BFS 2009	in % Wohnbevölkerung	in % Personen über 65 Jahre
Ständige Wohnbevölkerung	595'849		
Personen über 65 Jahre	90'593	15.20%	
Bewohner in Alters- und Pflegeheimen	8'304	1.39%	9.17%

Quelle: BFS (2011 b), eigene Berechnungen

4.2.3. Personal

Gemäss der BFS-Statistik haben die 95 Pflegeinstitutionen (ohne die 5 Altersheime) im Kanton Aargau im Jahr 2009 insgesamt 6'735 Personen beschäftigt, was 4'702 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) entspricht. Davon sind 6,8 VZÄ den Ärzten und anderen Akademikern zuzuordnen, 3'201 VZÄ dem Pflegefachpersonal und dem Personal für Alltagsgestaltung, 1'494 VZÄ der Verwaltung inkl. Hausdienst und technischer Dienst sowie 20 VZÄ dem ehrenamtlichen Personal. Die SOMED-Erhebung weist einen Gesamtpersonalbestand im Jahr 2010 von 4'882 VZÄ aus. Davon sind zur Erbringung von Pflegeleistungen 921 VZÄ diplomiertes Personal, 754 VZÄ Personal mit Fachausweis und 1'062 VZÄ Assistenzpersonal eingesetzt worden.

Tabelle 2: Personal in Alters- und Pflegeheimen des Kantons Aargau 2009

Kanton Aargau	Daten BFS 2009	VZÄ	VZÄ in %
Total Beschäftigte	6'735	4'702.00	
Ärzte und andere Akademiker		6.80	0.14%
Pflegefachpersonal und dem Personal für Alltagsgestaltung		3'201.00	68.08%
Verwaltung inkl. Hausdienst und technischer Dienst		1'494.00	31.77%
Ehrenamtliches Personal		20.00	0.43%

Quelle: BFS (2011 b), eigene Berechnungen

Tabelle 3: Personal 2010 nach Ausbildungskategorie gemäss SOMED-Erhebung 2011 in den der VAKA angeschlossenen Pflegeheimen des Kantons Aargau

Ausbildungskategorie	Vollzeitaquivalente	in %
Personal für Pflegeleistungen		
Diplomierte	920.83	18.86%
Fachangestellte	754.22	15.45%
Assistenz	1'062.38	21.76%
Uebrige	2'144.84	43.93%
Personal Total (alle Betriebe, auch Nicht-Mitglieder)		
	4'882.27	100.00%

Quelle: Statistisches Amt des Kantons Aargau

³⁸ Durchschnittlicher Anteil Eintritte während des Jahres an der Gesamtrate plus Anteil Austritte während des Jahres an der Gesamtrate.

4.2.4. Kapazität und Auslastung

Die 95 vom BFS erfassten Pflegeheime weisen für das Jahr 2009 in dieser Statistik 5'827 Langzeit- und 132 Kurzzeitplätze aus. Dies entspricht einer Rate von 64,3 Langzeitpflegeplätzen und 1,5 Kurzzeitplätzen pro 1'000 Einwohnern im Alter von über 65 Jahren im Kanton Aargau. Diese Werte bewegen sich, bei einem gesamtschweizerischen Durchschnitt von 68,6 bzw. 1,4, im Mittelfeld. Die dabei erbrachten Tage Langzeitaufenthalt belaufen sich gemäss BFS auf knapp 2,1 Mio. (2'038'688) im Jahr 2009 bei 8'304 Bewohnerinnen und Bewohnern. Diese Statistik erfasst die den Klienten in Rechnung gestellten Pensionstage.

Die Anzahl der Langzeitpflegeplätze der Institutionen, welche der VAKA ihre Daten zur Verfügung gestellt haben, beträgt gemäss der Pflegeheimliste des Kantons Aargau³⁹ 5'700. Die Benchmark-Daten der VAKA erfassen im Gegensatz zur BFS-Statistik nicht die Pensionstage sondern die Anzahl der Pflagetage. Diese belaufen sich bei den vorliegenden Daten im Jahr 2010 auf knapp über 2 Mio. (2'008'063). Die Auslastung der Langzeitpflegeplätze beträgt bei den Pensionstagen gemäss der Daten des BFS 2009 ca. 96 %, die Auslastung gemessen an den Pflagetagen bei den erfassten Langzeitpflegeplätzen der VAKA-Mitglieder knapp 97 %.

Tabelle 4: Langzeitpflegeplätze in Alters- und Pflegeheimen des Kantons Aargau

Kanton Aargau	Daten BFS 2009	in % Personen über 65 Jahre	Daten VAKA 2010	in % Personen über 65 Jahre
Personen über 65 Jahre	90'593			
Langzeitpflegeplätze	5'827	6.43%	5'700	6.29%
Pensionstage / Pflagetage	2'038'688		2'008'063	
Auslastung Langzeitpflegeplätze	95.85%		96.52%	

Quelle: BFS (2011 b), Benchmark-Daten VAKA 2010, eigene Berechnungen

4.2.5. Erbrachte Leistungen

Die von den Bewohnern in den Pflegeheimen beanspruchte Pflege wird anhand verschiedener Evaluationsinstrumente (Bedarfserfassungsinstrumente wie Plaisir, BESA, RAI-RUG) bestimmt, die bisher je eine spezifische Anzahl Pflegeintensitätsstufen beinhaltet haben. Das BFS hat für ihre Statistik diese nach einer eigenen Umrechnungstabelle auf eine allgemeine Pflegeintensitätsstufe (Stufen je 20 Pflegeminuten) umgerechnet, macht aber deutlich darauf aufmerksam, dass diese Resultate mit Vorsicht zu interpretieren sind. Aus diesem Grund und auch weil diese Berechnungen auf Pensionstagen basieren, wird an dieser Stelle auf die Wiedergabe der einzelnen Daten je Pflegestufen nach BFS 2009 verzichtet.

Die VAKA erfasst mit den sogenannten Benchmark-Daten u. a. jährlich die Anzahl der Pflagetage je Bedarfsstufe. Diese wurden bei den angeschlossenen Institutionen, für welche eine Rückmeldung vorliegt, für das Jahr 2010 je im Kanton Aargau eingesetztes Evaluationsinstrument erfasst:

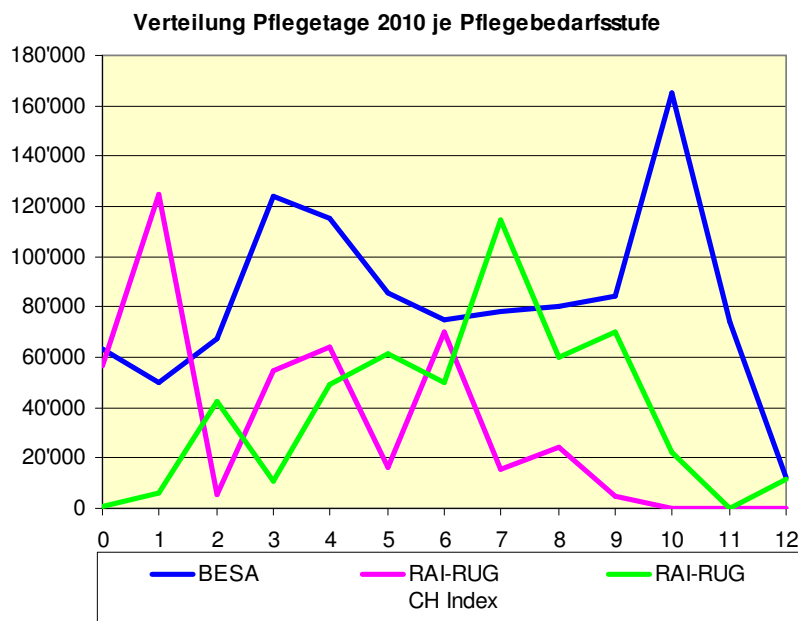
Tabelle 5: Pflagetage je Pflegebedarfsstufe 2010

Pflegebedarfsstufe	BESA	RAI-RUG CH Index	RAI-RUG	Total	in %
0	63'680	56'768	341	120'789	6%
1	49'734	125'031	5'825	180'590	9%
2	67'096	5'473	42'255	114'824	6%
3	123'800	54'562	10'606	188'968	9%
4	115'562	64'208	49'007	228'777	11%
5	85'341	16'332	61'284	162'957	8%
6	74'582	69'810	49'727	194'119	10%
7	78'198	15'361	114'409	207'968	10%
8	80'179	24'283	59'769	164'231	8%
9	84'074	4'960	70'423	159'457	8%
10	165'013	185	22'221	187'419	9%
11	73'893	37	181	74'111	4%
12	12'221	0	11'632	23'853	1%
Total	1'073'373	437'010	497'680	2'008'063	100%
in %	53%	22%	25%	100%	

Quelle: Benchmark-Daten VAKA 2010, eigene Berechnungen

³⁹ Pflegeheimliste des Kantons Aargau (Stand 19.07.2011) unter : http://www.ag.ch/gesundheitsversorgung/shared/dokumente/pdf/listepf_1000705_neu_gvs.pdf.

Abbildung 3: Bewohnerzusammensetzung 2010



Quelle: Benchmark-Daten VAKA 2010, eigene Berechnungen

Die notwendige Pflege in Pflegeheimen wird im Kanton Aargau mit den Pflegebedarfsabklärungsinstrumenten BESA und RAI-RUG ermittelt. Das System BESA verrechnete im Jahr 2010 die erbrachten KVG-pflichtigen Pflegeleistungen mit einem Punktwert von 3,06 Minuten je Punkt. Das System RAI-RUG arbeitet mit Pflegeaufwandgruppen (RUGs). Diese sind konzeptuell mit den DRG vergleichbar. Für jede Pflegeaufwandgruppe ist ein Pflegeindex hinterlegt, welcher dem mittleren zeitlichen Pflegeaufwand der jeweiligen Pflegeaufwandgruppe entspricht. Dieser Wert wurde in umfassenden internationalen und nationalen Zeitstudien ermittelt.⁴⁰

Im Jahr 2010 bestanden aufgrund der Übergangsbestimmung (vgl. auch folgender Abschnitt) für die Institutionen, welche mit RAI-RUG den Pflegebedarf erfassen, zwei verschiedene Varianten. Die Differenz bestand darin, dass im RAI-RUG CH-Index die RUG-Kategorie SE3 eine separate Stufe (Stufe 12) dargestellt hat, und entsprechend eine Stufe 0 für die RUG-Kategorie PA0 „vorne eingeschoben“ werden musste. Das bedeutet jedoch, dass die Stufe 0 nur bei dieser Version des Erfassungsinstrumentes zu pflegerlevanten Leistungen im Jahr 2010 geführt hat (vgl. Tabelle 7).

Die obige Tabelle 5 stellt die Bewohnerinnen und Bewohner gemäss Ihrer jeweiligen Einteilung in die für das Jahr 2010 gültigen Pflegebedarfsstufen dar.

Um jedoch die Bewohnerzusammensetzung korrekt darzustellen und damit die Heimbewohner in Bezug auf die Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit zu beschreiben, müssen die im Jahr 2010 verschiedenen zugrunde liegenden Pflegeminuten beachtet werden:

- BESA: Pflegeminuten pro BESA-Punkt: 3,06 Minuten⁴¹
- RAI/RUG, RAI/RUG CH-Index: Pflegeminuten je RUG-Index= 105,1 Minuten⁴²

Die den Pflegebedarfsstufen zugeordneten RUGs oder BESA-Punkte ermöglichen die Berechnung des mittleren Pflegeaufwandes in Minuten je Pflegebedarfsstufe.

⁴⁰ Fries et al 1994, Bartelt et al.

⁴¹ siehe Vertrag zwischen der VAKA und santésuisse für die Vergütung der Behandlung und Pflege von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen, gültig ab 01. Juli 2010.

⁴² siehe Einführung CH-Index – Neue Pflegefinanzierung Krankenhaus Kanton Aargau Auswertungstabellen, Q-Sysy AG, Dr. G. Bartelt, 01. April 2010.

Tabelle 6: Pflegeaufwand in Minuten nach Pflegebedarfsstufen pro Tag und Bewohner

Pflegeein- stufungssystem (für CH-Index)	Pflegeaufwand in Minuten nach Pflegebedarfsstufen gemäss Vertrag mit santésuisse 2010					
	1	2	3	4	5	6
	0 [min]	1 [min]	2 [min]	3 [min]	4 [min]	5 [min]
RAI/RUG	10.00	30.00	50.00	70.00	90.00	110.00
CH-Index	10.00	38.00	45.20	63.60	89.40	114.80
BESA	6.12	15.30	27.54	42.84	58.14	73.44

Pflegeein- stufungssystem (für CH-Index)	Pflegeaufwand in Minuten nach Pflegebedarfsstufen gemäss Vertrag mit santésuisse 2010					
	7	8	9	10	11	12
	6 [min]	7 [min]	8 [min]	9 [min]	10 [min]	11 und 12 [min]
RAI/RUG	130.00	150.00	170.00	190.00	210.00	230.00
CH-Index	129.00	146.80	164.00	189.10	210.20	262.80
BESA	91.80	110.16	128.52	156.06	201.96	247.86

Quelle: Vertrag zwischen der VAKA und santésuisse für die Vergütung der Behandlung und Pflege von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen, gültig ab 01. Juli 2010.

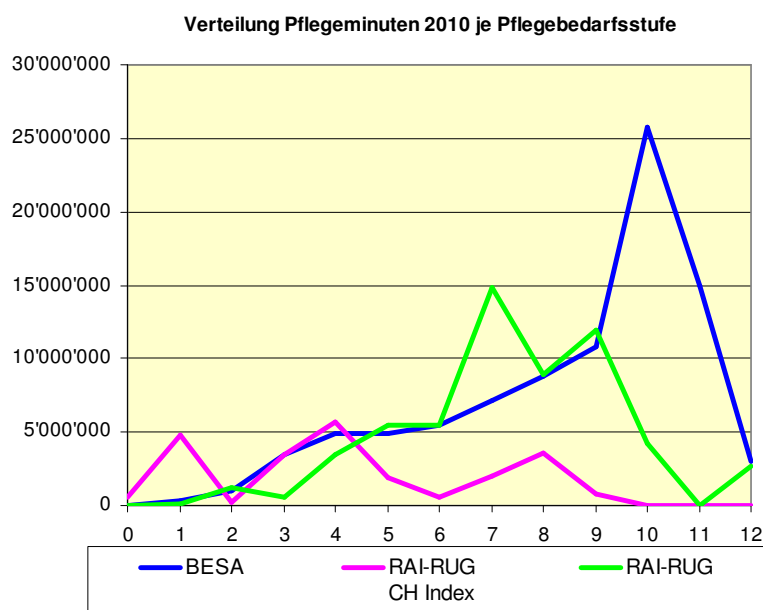
Multipliziert man den Pflegeaufwand in Minuten mit der korrespondierenden Anzahl an Pflegetagen, so ergibt dies die gesamthaft erbrachten Pflegeminuten je Pflegebedarfsstufe.

Tabelle 7: Pflegeminuten je Pflegebedarfsstufe 2010

Pflege- bedarfsstufe	BESA	RAI-RUG CH Index	RAI-RUG
0	63'680	56'768	341
1	49'734	125'031	5'825
2	67'096	5'473	42'255
3	123'800	54'562	10'606
4	115'562	64'208	49'007
5	85'341	16'332	61'284
6	74'582	69'810	49'727
7	78'198	15'361	114'409
8	80'179	24'283	59'769
9	84'074	4'960	70'423
10	165'013	185	22'221
11	73'893	37	181
12	12'221	0	11'632
Total	1'073'373	437'010	497'680
in %	53%	22%	25%

Quelle: Benchmark-Daten VAKA 2010, eigene Berechnungen

Abbildung 4: Geleistete Pflegeminuten je Pflegebedarfsstufe 2010



Quelle: Benchmark-Daten VAKA 2010, eigene Berechnungen

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung leistet die Obligatorische Kranken- und Pflegeversicherung (OKP) einen Beitrag zu den Pflegekosten in Abhängigkeit von den notwendigen Pflegezeiten in Intervallen zu je 20 Minuten. Die für 2012 beschlossene Umstellung auf KLV 7a und die Kalibrierung haben ab 2012 Auswirkungen auf die Stufenzuteilung der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen.

Umstellung auf KLV 7a

Im Jahr 2010 haben folgende Übergangsbestimmungen gegolten:

Anpassung der Tarifstruktur in den ehemaligen Krankenheimen

Die ehemaligen Krankenhäuser rechneten ihre Pflegeleistungen mit dem System RAI / RUG ab. Dieses hatte die Pflegeleistungen in 44 Stufen unterteilt.

Per 1.7.2010 wurden diese 44 Stufen kostenneutral in die 12 Stufen gemäss Art. 7a KLV überführt.

Anpassung der Beiträge der Versicherer an Art. 7a KLV

Per 1.1.2011 wurden die Beiträge der Versicherer in den Tarifverträgen um durchschnittlich 1/3 der Differenz der Beiträge 2010 zu den Beiträgen der Versicherer nach Art. 7a KLV angepasst. Das hat für die Pflegeinstitutionen nach Pflegeheimvertrag zu einer Anhebung der Beiträge der Versicherer geführt. Bei den ehemaligen Krankenhäusern hat es eine Reduktion bedeutet.

Anpassung der Taxen an die Bundesratstarife und Einführung eines einheitlichen Vertrages

Per 1.1.2012 gelangten die Tarife und die Tarifstruktur gemäss Art. 7a KLV einheitlich zur Anwendung. Bei gleicher Pflegeleistung verändern sich die BESA-Stufeneinteilungen bei Einteilung nach der Systematik des KLV 7a um 1 - 3 Stufen nach unten. Die Einstufungen der Pflegeetage mit RAI-RUG (CH-Index) bleiben gleich, werden jedoch 2012 in die neuen Pflegestufen 1-12 übernommen. Das heisst, Stufe 0 fällt weg und die anderen steigen alle 1 Stufe höher.

Kalibrierung RAI-BESA

Beide Instrumente weisen schlussendlich Minutenwerte aus, und die bisher „anerkannten“ Minuten der bestehenden Systeme können ohne weiteres in das neue Modell gemäss KLV 7a Abs. 3 überführt werden. Die Systemanbieter dieser Instrumente waren sich darin einig, dass die Instrumente einen unterschiedlichen Pflegebedarf messen, es bestand jedoch lange keine Einigkeit über das Mass.

Die nationale Steuerungsgruppe Tarifstrukturen, in welcher das Bundesamt für Gesundheit, die Gesundheitsdirektorenkonferenz, CURAVIVA Schweiz, Santésuisse und das Bundesamt für Statistik vertreten sind, hat die Kalibrierung RAI-BESA im August 2011 abgeschlossen. Mit Wirkung zum 1.1.2012 sind folgende Anpassungen der Minutenwerte empfohlen worden: RAI + 9 %, BESA LK2005 (alte Version) -2 %, BESA LK2010 (neue Version des Bedarfserfassungsinstrumentes) -8,45 %. Für BESA bedeutet die Reduktion um 2 %, dass für die Version LK2005 die Minutenwerte pro Punkt von 3,06 auf 3,00 Minuten pro Punkt reduziert werden. Für die Version LK2010 soll der Systemanbieter Massnahmen ergreifen, welche sicherstellen, dass die Minutendifferenz zwischen der alten und der neuen Version kostenneutral ist, und für RAI ergeben sich Verschiebungen bei der Zuordnung der RUGs.

4.2.6. Kostendaten

Die „Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung“ (VKL) schreibt vor, dass die Ermittlung der Kosten und die Erfassung der Leistungen so erfolgen muss, dass damit sowohl die Grundlagen geschaffen werden für die Unterscheidung der Leistungen und der Kosten zwischen der stationären, der ambulanten und der Langzeitbehandlung als auch für die Bestimmung der Leistungen und der Kosten der Krankenpflege sowie der übrigen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen. Ebenso muss daraus

die Bestimmung der Leistungen und der Kosten der Krankenpflege für jede Pflegebedarfsstufe (Art. 2 Abs. 1 VKL) möglich sein.

Gemäss Art. 9 VKL sind Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime verpflichtet, eine Kostenrechnung zu führen, in der die Kosten nach dem Leistungsort und dem Leistungsbezug sachgerecht ausgewiesen werden. Die Kostenrechnung muss insbesondere die Elemente Kostenarten, Kostenstellen, Kostenträger und die Leistungserfassung beinhalten. Die Kostenrechnung muss zudem den sachgerechten Ausweis der Kosten für die Leistungen erlauben. Mit Art. 11 VKL sind die Pflegeheime explizit verpflichtet, eine Finanzbuchhaltung zu führen sowie zur Ermittlung der Kosten für die Anlagenutzung eine Anlagebuchhaltung und eine Kosten- und Leistungsrechnung.

Diese grundlegenden Anforderungen an die Datenqualität sind in einem Verbesserungsprozess. Entsprechend beinhalten die Daten 2009 und auch 2010 sowohl bei der SOMED-Statistik als auch bei den Datenerhebungen der VAKA grosse Unsicherheiten und Fehlerquellen.

Die BFS-Statistik weist im Jahr 2009 für die Pflegeinstitutionen im Kanton Aargau Betriebskosten für den Hauptkostenträger „Pension“ in Höhe von knapp CHF 179 Mio. aus, für den Hauptkostenträger „KVG-pflichtige Pflege“ von knapp CHF 187 Mio. und für „Betreuung“ von CHF 65 Mio..

Die SOMED-Erhebung 2010 zeigt Betriebskosten für den Hauptkostenträger „Pension“ in Höhe von ca. CHF 193 Mio., für den Hauptkostenträger „KVG-pflichtige Pflege“ von knapp CHF 185 Mio. und für „Betreuung“ von knapp CHF 70 Mio.

Aus den vorliegenden Daten der VAKA-Benchmark-Erhebung zeigt sich, dass der Aufwand für Pflegeleistungen gemäss Art. 7a KLV für das Jahr 2010 insgesamt gut CHF 176 Mio. betrug, derjenige für Betreuung über CHF 71 Mio. Der Kostenträger Pension wurde mit CHF 187 Mio. belastet.

Tabelle 8: Betriebskosten der Hauptkostenträger Pension, Pflege und Betreuung

Kanton Aargau	Daten BFS 2009			Daten SOMED 2010			Daten VAKA 2010		
Pension	SFr. 178'663'000	42%		SFr. 193'389'474	43%		SFr. 186'619'829	43%	
Pflegeleistunge	SFr. 186'508'000	43%	74%	SFr. 184'646'160	41%	73%	SFr. 176'173'644	41%	71%
Betreuungsleistungen	SFr. 64'741'000	15%	26%	SFr. 69'613'073	16%	27%	SFr. 71'481'159	16%	29%
	SFr. 429'912'000	100%		SFr. 447'648'707	100%		SFr. 434'274'632	100%	

Quelle: BFS (2011 b), Benchmark-Daten VAKA 2010, eigene Berechnungen

Die Eckdaten der Kosten aus der Benchmark-Erhebung der VAKA 2010 über alle Institutionen, welche ihre Daten zur Verfügung gestellt haben und über alle Pflegebedarfsstufen sind wie folgt:

Tabelle 9: Eckdaten Benchmark-Erhebung

Benchmarkdaten VAKA 2010	Pensionskosten pro Tag	Pflegekosten pro Tag	Betreuungskosten pro Tag
Mittelwert	SFr. 93	SFr. 85	SFr. 33
Median	SFr. 93	SFr. 81	SFr. 28
Max	SFr. 190	SFr. 158	SFr. 87
Min	SFr. 36	SFr. 17	SFr. 0
unteres Quartil	SFr. 77	SFr. 72	SFr. 21
Oberes Quartil	SFr. 104	SFr. 96	SFr. 39

Quelle: Benchmark-Daten VAKA 2010, eigene Berechnungen

Die relativ grossen Unterschiede der Kosten je Pflegebedarfsstufe zwischen den verschiedenen Institutionen lassen sich teilweise durch einige der folgenden Faktoren erklären: Zum Beispiel ist das Verhältnis der Pflegeleistungen gemäss KVG zu den Betreuungsleistungen mit Unsicherheiten behaftet, die Systeme für die Bestimmung des Pflegeaufwands sind noch nicht harmonisiert, die Pflegeinstitutionen bieten unterschiedliche Leistungsangebote an (Demenzstationen, Palliative Care). Insbesondere ist auch unklar, ob allen Daten eine Vollkostenrechnung zugrunde lag.

Die oben dargelegten Grundlagen und Daten bilden den Rahmen bzw. die Basis für die Beantwortung der dieser Arbeit zugrunde liegenden Fragestellung. Bevor jedoch das konkrete Zahlenmaterial einer Analyse unterzogen wird, soll der Zusammenhang zwischen der Menge der erbrachten Leistung und den Kosten durch eine Kostenfunktion hergestellt werden.

5. Deduktive Ableitung einer Kostenfunktion der Pflegeleistungen nach KVG im Kanton Aargau

Eine Kostenfunktion kann entweder empirisch ermittelt werden, indem man für eine Anzahl bekannter Mengen-Kosten-Kombinationen mithilfe der Regressionsrechnung⁴³ eine adäquate Funktion sucht, oder sie kann deduktiv aufgrund von Prämissen über die zugrunde liegenden Produktionsfunktion abgeleitet werden.

Kostenfunktionen zeigen grundsätzlich die Veränderung der Kosten in Abhängigkeit von gewissen, meist betrieblichen, Einflussgrößen. Die Kosten eines Betriebes oder eines Betriebsteils sind der bewertete, ordentliche Verzehr an Gütern und Dienstleistungen für die Leistungserstellung, die Leistungsverwertung und für die Aufrechterhaltung der Betriebsbereitschaft. Dabei variieren die Kosten beispielsweise mit der Veränderung der Leistungsmenge.

Kostenfunktionen beziehen sich nur auf solche Produktionsverfahren, bei denen keine Faktoren verschwendet werden, also auf **effiziente** Produktionsverfahren. Wenn Faktoren gegeneinander substituierbar sind, lässt sich dieselbe Produktmenge mit unterschiedlichen Faktoreinsatzmengen herstellen. Alle diese Einsatzmengen sind technisch gesehen effizient, verursachen aber möglicherweise unterschiedliche Kosten. Nur jene Kombination der Faktoreinsatzmengen, welche die niedrigsten Kosten verursacht, ist Bestandteil der Kostenfunktion. Da sich der Begriff der Kostenfunktion auf das technisch effiziente Produktionsverfahren, welches die Herstellung einer gegebenen Produktmenge mit minimalen Kosten gestattet, beschränkt, muss zunächst der Produktionsprozess modelliert werden. Hierbei dienen die kantonalen Vorgaben zur Leistungserstellung (insbesondere der Richtstellenplan) und die Kostenträgerrechnung, wie sie die Koordinationsgruppe „Langzeitpflege Schweiz“ vorgibt, als Ausgangspunkt: Die Kostenträger entsprechen den Produkten eines Betriebes. Im Falle eines Pflegeheims sind das dessen Leistungen und Leistungsaufträge.

Um die Kostenträger definieren zu können, müssen zunächst die Leistungen bestimmt werden. Das Leistungsangebot des Pflegeheims setzt sich, wie unter Abschnitt 3.2 beschrieben, aus Pension, Betreuung, Pflege und weiteren Leistungen (Arzt, Therapie, Medikamente gemäss Handbuch über die Spezialitätenliste (SL), Material gemäss der Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL) und Leistungen von Nebenbetrieben sowie gemeinwirtschaftlichen Leistungen) zusammen. Für die vorliegende Arbeit werden pflegeheimfremde Leistungen und Leistungen aus Nebenbetrieben aber auch spezielle Leistungsangebote wie Dementenbetreuung, Akut- und Übergangspflege, spezielle Palliative Care-Dienstleistungen, Tages- und Nachtstrukturen, Gerontopsychiatrie etc. und ebenso medizinische Nebenleistungen ausser Acht gelassen. Die dadurch entstehenden Kosten sind klar von den betrachteten Kosten für Pension, Betreuung und Pflege abzugrenzen. In der vorliegenden Arbeit ist gemäss Fragestellung die Kostenfunktion zur Erbringung von Pflegeleistungen in Pflegeheimen genauer zu definieren.

Da eine Kostenfunktion die Kostenhöhe in Abhängigkeit von den Kostenbestimmungsfaktoren angibt, muss sie aus der Produktionsfunktion unter Zugrundelegen einer Bewertung der verbrauchten Produktionsfaktoren mithilfe eines Kostenwertes abgeleitet werden. Für die Ermittlung und Festlegung der relevanten Produktionsfaktoren der Leistungsproduktion im Langzeitpflegebereich wird in den folgenden Abschnitten auf die Kostenrechnung der „Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz“ (KGL)⁴⁴ zurückgegriffen. Diese dient grundsätzlich der Kostenermittlung der Heimleistungen, wobei im Zentrum der Betrachtung die Behandlungs- und Betreuungskosten, aufgeteilt nach KVG-pflichtigen- und nicht-KVG-pflichtigen Leistungen, stehen.

⁴³ Regressionsrechnung: Im Unterschied zur Korrelationsrechnung, bei der ein quantitatives Mass für einen Zusammenhang ermittelt werden soll, dient die Regressionsrechnung dazu, einen funktionalen Zusammenhang zweier oder mehrerer Merkmale zu spezifizieren. Der Zusammenhang kann linear oder nicht linear sein. Den Zusammenhang zwischen Regressionsrechnung und Korrelationsrechnung stellt das Bestimmtheitsmass her.

⁴⁴ „Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz“ (KGL) (2011).

5.1. Produktionsfaktoren

Die in einem Prozess der Leistungserstellung eingesetzten Güter und Dienstleistungen werden als Produktionsfaktoren bezeichnet, weil sie die wesentlichen Einflussgrößen der Produktion sind. Dementsprechend gibt es so viele unterschiedliche Produktionsfaktoren wie es unterschiedliche Güter und Dienstleistungen gibt. Zur Beschreibung der Eigenschaften von Produktionsfaktoren und ihres Einsatzes in der Produktion werden nach unterschiedlichen Kriterien Klassen von Produktionsfaktoren gebildet.

Die volkswirtschaftliche Betrachtung unterscheidet zunächst zwischen Arbeit, Kapital und Natur. Unter dem Produktionsfaktor Arbeit wird jegliche geistige oder physische Arbeit verstanden. Der Faktor Kapital umfasst alle zur Produktion notwendigen Güter wie Maschinen, Anlagen oder Werkstoffe und sollte deshalb genauer als Realkapital bezeichnet werden. Da es kaum noch unbearbeiteten Boden gibt, wird im Gegensatz zur klassischen Nationalökonomie, in der Boden ein eigenständiger Produktionsfaktor ist, dieser Faktor heute häufig dem Kapital zugeordnet. Der Produktionsfaktor Natur umfasst das Klima, die Rohstoffvorkommen und die geografischen Begrenzungen eines Landes. Gelegentlich werden auch die Wirtschafts-, Geld-, Rechts- und Sozialordnung als Produktionsfaktoren angesehen.

Die Betriebswirtschaftslehre unterscheidet folgende betriebliche Produktionsfaktoren (Elementarfaktoren)⁴⁵:

5.1.1. Betriebsmittel

Das sind alle im Produktionsprozess verwendeten Gegenstände, die nicht Bestandteil der erzeugten Leistung werden (Grundstücke, Gebäude, Maschinen, sonstige Anlagen).

5.1.2. Werkstoffe

Das sind alle Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe sowie Halb- und Fertigfabrikate, aus denen durch Umformung, Substanzänderung oder Einbau neue Fertigerzeugnisse hergestellt werden. Es handelt sich hierbei also um Stoffe, die mithilfe der beiden anderen Elementarfaktoren verarbeitet werden. Rohstoffe gehen dabei unmittelbar in das zu fertigende Erzeugnis ein (z.B. Holz bei Möbelfabrik). Hilfsstoffe gehen in das Erzeugnis ein, sind aber unbedeutend (Farben, Nägel, Nieten). Betriebsstoffe werden in der Produktion benötigt, gehen aber nicht ins Produkt ein (Strom, Schmieröl, Reinigungsmittel).

5.1.3. Arbeit

Arbeit wird in der Betriebswirtschaftslehre unterteilt in objektbezogene menschliche Arbeit und in dispositive menschliche Arbeit. Dabei befasst sich objektbezogene menschliche Arbeit unmittelbar mit dem Produktionsprozess und ist ausführender Natur, dispositive menschliche Arbeit bewirkt im Unterschied zur objektbezogenen Arbeit keine unmittelbaren Veränderungen an den Erzeugnissen. Zur dispositiven Arbeit rechnet man die Unternehmungsleitung, Planung, Organisation und Kontrolle. Die Abgrenzung zwischen objektbezogener und dispositiver Arbeit ist oft schwierig, da diese gelegentlich in einer Person vereinigt sind.

Im Gesundheitswesen spielen der Produktionsfaktor Arbeit und alle Teilfaktoren, die zur Herausbildung des Faktors Arbeit beitragen (zum Beispiel Bildung), eine besonders grosse Rolle.

5.1.4. Kostenarten nach Art der verbrauchten Produktionsfaktoren

In der Kostenartenrechnung werden diejenigen Kosten zu einer Kostenart zusammengefasst, die der Natur des eingesetzten Produktionsfaktors nach gleichartig sind. Somit können die Kostenarten der Kostenrechnung der „Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz“ (KGL) wie in Tabelle 10 dargestellt nach der Art der verbrauchten Produktionsfaktoren gegliedert werden:

⁴⁵ Gutenberg, E. (1976).

Tabelle 10: Kostenarten nach Art der verbrauchten Produktionsfaktoren

Produktionsfaktor	Kostenart	Beschreibung
Arbeit (L)	Besoldungen Ärzte Besoldungen Pflege	Heimarzt, Pflegepersonal im Anstellungsverhältnis
	Besoldungen andere Fachbereiche	Physiotherapie, Aktivierungstherapie und Labor sowie Personal, das sich im weitesten Sinne mit der Betreuung (Seelsorge und Fürsorge) befasst
	Besoldungen Leitung und Verwaltung	Leitung, Verwaltung, Sekretariat und Buchhaltung sowie auch die Lohnbezüger von Informatik, Pfortendienst, Postbüro, Telefonzentrale
	Besoldungen Ökonomie und Hausdienst	Besoldungen und Zulagen von Personal in Küche, Speisesaal, Hausdienst bzw. Reinigungsdienst, Wäscheversorgung, Cafeteria/Restaurant
	Besoldungen Technische Dienste	Handwerker, Gärtner und Chauffeure usw.
	Sozialversicherungsaufwand	Arbeitgeberbeitrag der eigentlichen Sozialleistungen (AHV, ALV, FAK, berufliche Vorsorge, Unfall- und Krankenversicherungen)
	Honorare für Leistungen Dritter	Entschädigungen an Dritte, welche nicht auf einem Arbeitsvertrag beruhen
	Personalnebenaufwand	Auslagen für Personalsuche, Aus- und Fortbildungsaufwand, Qualitätsicherung, Personalveranstaltungen, Personalgeschenke, Betriebsausflüge, etc.
Werkstoffe (W)	Lebensmittel und Getränke	
	Haushalt	Verbrauchsmaterialien, aber auch Werkzeuge und werkzeugähnliche Kleingeräte, Kleinanschaffungen
	Energie und Wasser	
	Übriger bewohnerbezogener Aufwand	Anlässe, Geschenke, Schadensentschädigungen an Bewohner
	Übriger Sachaufwand	Versicherungsprämien, Gebühren, Kleintierhaltung, Dekorationsmaterial
	Unterhalt und Reparaturen der immobilien und mobilen Sachanlagen	Aufwendungen für Unterhalt und Reparaturen für Liegenschaften, Betriebseinrichtungen, Mobilien, Fahrzeuge Kommunikations-Systeme sowie technisches Verbrauchsmaterial und Werkzeuge
	Medizinischer Bedarf	medizinische Verbrauchsmaterialien sowie medizinische Fremdleistungen (auswärtige Laboruntersuchungen usw.)
Betriebsmittel (K)	Aufwand für Anlagenutzung	Abschreibungen auf aktivierten Anlagen, Aufwendungen für Mietzinse und Leasingraten
	Kapitalzinsen und -spesen	Kapitalzinsen und -spesen für kurzfristige Schulden, Darlehenszinsen, Hypothekarzinsen

Quelle: Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz (KGL) (2011)

5.2. Produktionsfunktion

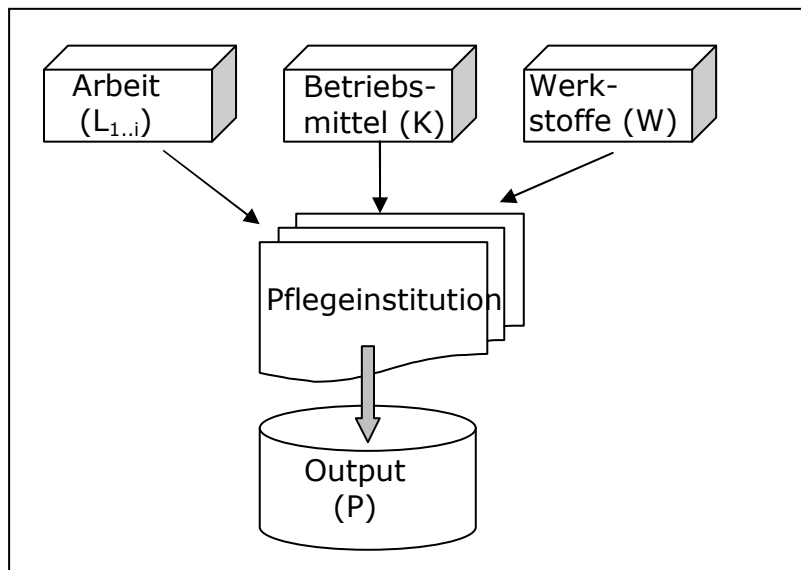
Unter Produktion versteht man im Allgemeinen die Umwandlung von Inputs in Outputs, welche durch eine Rekombination sowie durch raum-zeitliche Realisierung der Inputfaktoren erfolgt. Um eine Wunde zu verbinden sind zum Beispiel die Produktionsfaktoren Arbeit (Pflegefachfrau), die Faktoren Betriebsmittel (Schere) und Werkstoffe (Verbandsstoff) intelligent zusammenzuführen. Erst diese Zusammenführung und der konkrete Prozess ermöglichen die Produktion und ein Ergebnis.⁴⁶

Ganz allgemein versteht man unter Produktionsfunktion eine mathematische Beschreibung der Beziehung zwischen den technisch effizienten Faktoreinsatzkombinationen r_1, r_2, \dots, r_n

⁴⁶ Flessa, S. (2010).

und den Ausbringungsmengen an Gütern $x = f(r_1, r_2, \dots, r_n)$. Für die Produktion von Pflegeleistungen gilt entsprechend: $P = F(L, K, W)$. Man kann sich dies als einfache Input – Output-Beziehung vorstellen (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 5: Produktion als Input – Output-Beziehung



Die einfachste Art, einen solchen Zusammenhang zwischen Inputs und Outputs darzustellen, sind Produktionsfunktionen. Dabei wird einfach jeder möglichen Faktoreinsatzkombination der maximale Output zugeordnet, der damit hergestellt werden kann: $P = F(L, K, W)$ wobei P die Menge des produzierten Outputs pro Zeiteinheit bezeichnet, L für den Arbeitseinsatz steht, K für Betriebsmittel (Kapital) und W für Werkstoffe. Eine Produktionsfunktion bildet die technischen Restriktionen ab, denen die Produktion einer Unternehmung unterliegt.

Es hat sich unter Ökonomen eingebürgert, die Variablenbezeichnung der abhängigen Variablen zugleich als Funktionszeichen zu verwenden, also $P = P(L, K, W)$.⁴⁷

Für die Produktion der meisten Güter werden eine Vielzahl von Inputfaktoren benötigt, aber für die Untersuchung der Produktion von Pflegeleistungen genügt es meist, sich auf den Produktionsfaktor Arbeit zu konzentrieren. Dies liegt daran, dass für die Produktion von Pflegeleistungen wie auch von Betreuungs- und von Pensionsleistungen in bedeutendem Ausmass der Einsatz des Produktionsfaktors Arbeit massgebend ist. Eine Substitution zwischen Arbeit und den weiteren Produktionsfaktoren wie auch zwischen den einzelnen Faktoren der Arbeit ist sehr beschränkt möglich.

Wie sich im Folgenden zeigen wird, sind dabei die Höhe wie auch gewisse Anteile an objektbezogenen Faktoreinsätzen je Output vorgegeben und fixiert. Die Pflegeverordnung führt im Detail die Anforderungen auf, die erfüllt sein müssen, um vom Kanton die Bewilligung zum Betrieb einer Pflegeeinrichtung zu erhalten. Ausserdem regelt sie die Angaben und Unterlagen, die mit dem Gesuch um Aufnahme auf die Pflegeheimliste eingereicht werden müssen. Die Kantone geben damit über die Anforderungen hinsichtlich der Betriebsbewilligung die grundsätzliche „Qualität“ der Leistungserbringung in Pflegeheimen vor. Diese Vorgaben, zum Beispiel jene betreffend Richtstellenplan, definieren den Einsatz des Faktors Arbeit und damit einen Teil der Produktionsfunktion.

5.2.1. Richtstellenplan

Als Voraussetzung für eine Betriebsbewilligung gelten im Kanton Aargau, neben der gesundheitspolizeilichen Bewilligung, Vorgaben zu Qualitätsstandards und zur Infrastruktur sowie zur ordnungsgemässen Betriebsführung insbesondere genügend personelle Ressourcen. Der Kanton Aargau - wie auch andere Kantone - legt dazu qualitative und quantitative Vorgaben fest. Der vorgeschriebene Personalbestand ist bezüglich Zahl und beruflicher

⁴⁷ vgl.: http://homepage.uibk.ac.at/~c40955/mikro/dl/minko_draft.pdf

Qualifikation auf die Betreuungs- und Pflegebedürfnisse der aufzunehmenden Personen abzustimmen. Die Mindestbestände an Fach- und Hilfspersonal werden dabei durch den Richtstellenplan festgelegt. Die kantonalen Anforderungen und Vorgaben zielen darauf ab, eine qualitativ hoch stehende Gesundheitsversorgung für alle sicherzustellen. Mit dem vorgeschriebenen Richtstellenplan wird aber auch der Einsatz des Produktionsfaktors Arbeit bei der Leistungserbringung determiniert.

Der Richtstellenplan ist in quantitativer und fachlicher Hinsicht auf eine angemessene Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichtet. Der Richtstellenplan des Kantons Aargau stützt sich auf die Grundlagen der Kantone Zug und Graubünden. Diese haben alle das Ziel, eine „angemessene Pflege“ sicherzustellen. Dabei wird die Pflegequalität nach Fiechter / Meier⁴⁸ in vier Stufen abgebildet. Es wird unterschieden zwischen der schlechten Versorgung (welche als gefährliche Pflege bezeichnet wird), der sicheren Pflege (oftmals als Routine bezeichnet), der angemessenen Pflege (Patient erfährt Berücksichtigung der Bedürfnisse und Gewohnheiten) sowie der optimalen Pflege (Patient und Angehörige sind miteinbezogen; gezielte Hilfe bei Anpassung an veränderte Umstände).

Die kantonalen Anforderungen und Vorgaben zielen somit darauf ab, eine qualitativ hoch stehende Gesundheitsversorgung für alle sicherzustellen. Mit dem Stellenplan soll eine sichere Pflege und Betreuung gewährleistet werden, d.h. die Bewohnerinnen und Bewohner sind mit dem Nötigsten versorgt, nicht gefährdet und sie erleiden keinen Schaden. Eine Unterschreitung des Stellenplans stellt gemäss Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau für die Bewohnerinnen und Bewohner eine potentielle Gefährdung dar (Stufe 0 gefährliche Pflege).

Der Richtstellenplan gibt, ausgehend von der Anzahl Bewohner per Ende Jahr und deren Einteilung in die Pflegestufen, die minimalen Stellenprozente und die fachlichen Anforderungen an das Personal für Pflege und Betreuung vor. Er definiert ein Minimum der Stellenprozente der Pflegedienstleitung für die Leitungsfunktion, die fachlichen Anforderungen an das Personal für Pflege und Betreuung sowie den Personalbedarf im Verhältnis zum Pflege- und Betreuungsbedarf der Bewohnerinnen und Bewohner.

Dies geschieht unter Berücksichtigung der Anforderungen an die fachliche und personelle Sicherstellung der Kontinuität der Pflege und Betreuung rund um die Uhr.⁴⁹ Die Sicherstellung einer angemessenen Pflege und Betreuung rund um die Uhr erfordert gemäss Richtstellenplan, unabhängig von der Anzahl Bewohner und Bewohnerinnen und deren Pflegebedarf, den minimalen Anteil an „Fachpersonal Pflege und Betreuung“ von 510 Stellenprozenten (exklusive der Pflegedienstleitung). Dabei beträgt der Anteil von diplomiertem Personal wenigstens 50 % bzw. mindestens 255 Stellenprozente. Dem Anteil an Fachpersonal mit eidgenössischem Fähigkeitsausweis EFZ entsprechen ebenfalls 255 Stellenprozente.

Konkret berechnet der Richtstellenplan den jeweils hausindividuellen Zeitaufwand zur Erbringung der KVG-pflichtigen Leistungen, welche dann über Zeitzuschläge angereichert werden, z.B. von 15 % für die nicht-KVG-pflichtigen Leistungen (Betreuung) oder von 10 Minuten pro Tag für Bewohner ohne Pflegebedarf und von 11 % für nicht-produktive Zeiten.

Direkte Pflegeminuten

Parameter als Grundlage für die Berechnung des jeweiligen hausindividuellen Zeitaufwandes des Richtstellenplans waren per Ende 2010 die durchschnittlichen direkten Pflegeminuten (KVG-pflichtige Leistungen) pro Pflegestufe, Bewohner und Tag, und zwar gemäss der Information und den Vorgaben zum Richtstellenplan seitens DGS gültig für die Einreichung zum 31.12.2010 wie in Tabelle 11 dargestellt.

⁴⁸ Fiechter V., Meier M. (1985).

⁴⁹ Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau (Dezember 2008).

Diese vom Richtstellenplan vorgegebenen durchschnittlichen direkten Pflegeminuten entsprechen jedoch für das Jahr 2010 nicht den vertraglich⁵⁰ vereinbarten und per 31. Dezember 2010 gültigen Werten (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 11: Pflegeaufwand in Minuten nach Pflegebedarfsstufen pro Tag und Bewohner gemäss Vorgaben Richtstellenplan per Stichtag 31.12.2010

Pflegeein- stufungssystem (für CH-Index)	Pflegeaufwand in Minuten nach Pflegebedarfsstufen gemäss Richtstellenplan 31.12.2010					
	1 0 [min]	2 1 [min]	3 2 [min]	4 3 [min]	5 4 [min]	6 5 [min]
RAI/RUG	30.00	50.00	70.00	90.00	110.00	130.00
CH-Index	10.00	30.00	50.00	70.00	90.00	110.00
BESA	29.99	29.99	29.99	29.99	48.96	70.38
Pflegeein- stufungssystem (für CH-Index)	Pflegeaufwand in Minuten nach Pflegebedarfsstufen gemäss Richtstellenplan 31.12.2010					
	7 6 [min]	8 7 [min]	9 8 [min]	10 9 [min]	11 10 [min]	12 11 und 12 [min]
RAI/RUG	150.00	170.00	190.00	220.00	260.00	280.00
CH-Index	130.00	150.00	170.00	190.00	210.00	232.00
BESA	90.27	110.16	130.05	149.94	169.83	189.72

Quelle: Richtstellenpläne des „Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau“ per 31.12.2010.

Wie in Abschnitt 4.2.5 dargelegt, wird zudem per 1.1.2012 der neu verhandelte, einheitliche Tarifvertrag für alle Pflegeheime des Kantons Aargau eingeführt, und es gelangen die Tarife und die Tarifstruktur gemäss Art. 7a KLV einheitlich bei allen Pflegeinstitutionen des Kantons Aargau zur Anwendung. Diese Umstellung auf KLV 7a ab 2012 wird Auswirkungen auf die Stufenzuteilung der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen und damit auf die hausindividuelle Kostenfunktion haben. Da in dieser Arbeit die Kostendaten und Vorgaben für das Jahr 2010 analysiert werden, dienen die Pflegeminuten (KVG-pflichtige Leistungen) pro Pflegegestufe wie im Jahr 2010 durch das DGS vorgegeben (vgl. Tabelle 11) als Berechnungsgrundlage bzw. zum Aufbau des entsprechenden Grundmodells.

Es ist jedoch festzuhalten, dass der Richtstellenplan stichtagbezogen (per 31.12.2010) die Minutenwerte auf Basis der Anzahl Bewohner je Stufe berechnet (Bewohner per 31.12.2010 x Minutenwert x 365 Tage). Diese Stichtagsdaten liegen jedoch nicht vor, und deshalb basieren alle Berechnungen und Auswertungen auf den tatsächlich erbrachten Pflegetagen im Jahr 2010 (Anzahl Tage je Pflegebedarfsstufe wie mit den Benchmark-Daten durch die VAKA erhoben). Diese Berechnungen werden aber in der Folge mit reell vorgegebenen Richtstellenplänen per 31.12.2010 plausibilisiert. Diese Plausibilisierungen und möglichen Änderungen der Parameter zeigen auch, dass das Grundmodell als Instrument eingesetzt werden kann, um auch zukünftige und / oder sich ändernde Vorgaben und deren Wirkung abzubilden.

Nicht-KVG-pflichtige Leistungen (BESA und RAI-RUG)

Das Pflege- und Betreuungspersonal erbringt auch Leistungen im nicht-KVG Bereich, die durch die Bewohnereinstufungs- und Abrechnungssysteme nicht erfasst werden und auch keiner anderen Personengruppe zugeordnet werden können. Aufgrund einer Erhebung in den Kantonen Zug und Luzern liegt gemäss Richtstellenplan der Aufwand für diese Tätigkeiten bei rund 15 %. Die KVG-pflichtigen Leistungen sind somit im Richtstellenplan mit 85 % berechnet, und der Kanton Aargau stützt sich für die Erteilung der Betriebsbewilligung auf diese Durchschnittswerte. Diese 15 % sind ein Durchschnittswert, der je nach Kultur der Institution unterschiedlich ausfallen kann. Die VAKA empfiehlt ihren Mitgliedern eine Arbeitszeitanalyse, um die hausindividuelle Relation auf eine gesicherte Datenbasis zu stellen. Wo noch keine solche vorliegt, empfiehlt sie ausserdem, von einer Richtgrösse von 75 % Anteil an KVG-pflichtigen Leistungen auszugehen.

⁵⁰ (Vergütung der Behandlung und Pflege von Bewohnern in Alters- und Pflegeheimen des Kantons Aargau durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss KVG) vom 1. Januar 2008.

Die Relation zwischen KVG-pflichtigen Leistungen und nicht-KVG-pflichtigen Leistungen (Betreuung) ist für die Modellierung in diesem Abschnitt nicht relevant, da nur die KVG-pflichtigen Pflegeleistungen modelliert werden.

Aufwand für Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegestufe 0

Für Bewohnerinnen und Bewohner, die keine direkten Pflegeminuten generieren, in einer Pflegeeinrichtung aber trotzdem eine minimale Unterstützung/Kontaktzeit beanspruchen, wird von einem Wert von 10 Minuten pro Tag ausgegangen. Der tatsächliche Aufwand ist je nach Kultur eines Heimes und / oder dem Bedarf des einzelnen Heimbewohners aber unterschiedlich. Dieser Zuschlag kommt bei der Darstellung / Modellierung der KVG-pflichtigen Pflegeleistung ebenfalls nicht zum Tragen.

Nicht-produktive Arbeitszeit

In diese Zeiten (55 Minuten pro Schicht und Person) fallen insbesondere die nicht-produktive Zeit der Nachtwache, Pausen- und WC-Zeiten des Personals, aber auch Wartezeiten mit Bewohnerinnen und Bewohnern vor dem Lift etc. Die nicht-produktive Arbeitszeit wird im Richtstellenplan mit 11 % des Gesamtaufwandes für Pflege und Betreuung berechnet. Da diese Berechnungen im Richtstellenplan nach den Zuschlägen für nicht KVG-pflichtige Leistungen und den 10-Minuten-Zuschlägen für Heimbewohner ohne Pflegebedarf vorgenommen werden, bedeutet dies auf die reinen Pflegeleistungen einen Zuschlag von ca. 15 %. Diese Grösse geht in die Modellierung ein.

Solleinsatz Faktor Arbeit

Der damit berechnete Gesamtaufwand für Pflege und Betreuung in Minuten wird gemäss Richtstellenplan durch die Jahresarbeitszeit (1848 h) dividiert, und dient nach weiteren Zuschlägen für Nachtdienst (0,14 Stellen pro anwesende Person und Nacht), administrative Führung (0,04 Stellen pro 100%-Stelle) und Ausbildungstätigkeit (0,1 Stelle je Auszubildendem) sowie einem Zuschlag für Bewohner in der Dementenstation dazu, den Soll-Gesamtpersonalbestand zur Erfüllung des Richtstellenplans festzulegen.

Dieses Gesamtpersonalsoll muss wie oben beschrieben durch mindestens 40 % Fachpersonal im Bereich Pflege und Betreuung mit Diplomabschluss oder Fähigkeitsausweis (wovon mindestens 50 % Pflegefachpersonal mit Diplomabschluss) und 60 % Assistenzpersonal erfüllt werden. Die Leitungsfunktion der Leiterin / des Leiters Pflegedienst muss zusätzlich sichergestellt sein (Minimum-Einsatz von 50 Stellenprozenten mit Diplomabschluss für die Leitungsfunktion). Gemäss Richtstellenplan ist auch ein minimaler Bestand von 5,1 Stellen an Fachpersonal vorgeschrieben. Dabei werden unter „Fachpersonal Pflege und Betreuung“ Personen mit Diplomabschluss in Gesundheit und Krankenpflege und unter „Personal Pflege und Betreuung“ Personen mit abgeschlossenem Fähigkeitsausweis verstanden.

Pflegepersonal mit Diplomabschluss wird genauer umschrieben als Dipl. Pflegefachfrau/-mann mit höherer Fachschule (HF), Dipl. Pflegefachfrau/-mann, Pflegefachfrau/-mann mit Diplom DNI oder Personen mit gleichwertig anerkannten Diplomabschlüssen. Deren Einsatz als Produktionsfaktor (L) wird in der Folge als L_{Di} bezeichnet.

Als Personal „Pflege und Betreuung mit Abschluss Fähigkeitsausweis“ gelten: Pfleger/-in mit dem Fähigkeitsausweis des Schweizerischen Roten Kreuzes (FA SRK), Betagtenbetreuer/-in, Fachfrau/-mann Betreuung (Fachrichtung Betagtenbetreuung), Fachangestellte/-r Gesundheit FAGE sowie gelernte Hauspflegerin/gelernter Hauspfleger. Eine Einheit (100 Stellenprozent) Einsatz als Produktionsfaktor wird mit L_{Ge} dargestellt.

Als Assistenzpersonal (L_{As}) werden Pflegeassistent/-in und Pflegehelfer/-in SRK verstanden.

Dieses Minimum (2,55 plus 0,5 Einheiten L_{Di} und 2,55 Einheiten L_{Ge}) an Einsatz des Produktionsfaktors Arbeit ist als fester Bestandteil für die Erbringung der Pflegeleistungen notwendig und unabhängig von der Menge der erbrachten Leistung (Anzahl Bewohner bzw. Minuten an Pflege für diese Bewohner).

5.2.2. Weitere Vorgaben

Heimleitung

Gemäss § 1 Abs. 1 der Pflegeverordnung des Kantons Aargau (PflV) muss die Heimleitung über eine abgeschlossene Ausbildung als Heimleiter oder eine vergleichbare Ausbildung verfügen.

Pflegedienstleitung

Gemäss §1 Abs. 2 und 3 PflV müssen die Pflegedienstleitung und auch die Stellvertretung über eine abgeschlossene und vom BBT bzw. SRK anerkannte Diplom-Ausbildung in Pflege verfügen.

Betriebskonzept

Die Pflegeverordnung verlangt mit §3 Abs. 1 lit. a ein Betriebskonzept mit Angaben über das Betreuungs- und Pflegeangebot, über die Organisations- und Führungsstrukturen und über Art und Umfang der aufzunehmenden Personengruppen.

Bau- und feuerpolizeiliche Anforderungen

§ 1 Abs. 5 und 6 PflV enthalten die gesetzlichen Vorgaben bezüglich Ausstattung der Gebäude sowie der bau- und feuerpolizeilichen Anforderungen.

Lebensmittelpolizeiliche Anforderungen

Gemäss §3 Abs. 1 lit. f PflV haben die stationären Pflegeeinrichtungen die Bestätigung über die Erfüllung der lebensmittelpolizeilichen Anforderungen einzureichen.

Qualitätssicherung

Die § 7 PflG und § 6 PflV verpflichten die Institutionen, dem Departement Gesundheit und Soziales jährlich das Qualitäts-Reporting in Übereinstimmung mit den anwendbaren Vorgaben einzureichen.

5.2.3. „Produktion“ von Pflege und Betreuung

Wie bereits dargelegt, ist die Produktionsfunktion eine mathematische Darstellungsweise, die den Zusammenhang zwischen der Menge der in der Produktion eingesetzten Produktionsfaktoren und dem Produktionsertrag angibt. Da die Pflegeleistungen mittels des Erfassungssystems (BESA, RAI / RUG) mit Minuten bewertet werden, ist die Pflegeminute bzw. die Pflegestunde die kleinste definierbare Einheit und bildet auch den „Output“.

Aus den obigen Überlegungen und Berechnungen ergibt sich für den Einsatz des Faktors objektbezogene menschliche Arbeit (L_0) zur „Gesamt-Produktion“ von Pflege und Betreuung in einer Institution folgende Funktion:

Formel 2: Minimaleinsatz objektbezogene menschliche Arbeit für Pflege und Betreuung

$$\begin{aligned}
 & \text{Minimaleinsatz objektbezogene menschliche Arbeit für Pflege und Betreuung } L_0 \\
 &= \frac{[\sum (PT_{\text{Stufe 1-12}} \cdot \text{Min}_{\text{Stufe 1-12}}) (1 + z_{n\text{Prod}})]}{\text{Min}_{\text{Jahr}}} + z_{\text{Admin}} \frac{[\sum (PT_{\text{Stufe 1-12}} \cdot \text{Min}_{\text{Stufe 1-12}}) (1 + z_{n\text{Prod}})]}{\text{Min}_{\text{Jahr}}} \\
 &+ z_{\text{Ausb}} \frac{[\sum (PT_{\text{Stufe 1-12}} \cdot \text{Min}_{\text{Stufe 1-12}}) (1 + z_{n\text{Prod}})]}{\text{Min}_{\text{Jahr}}} + z_{\text{Nacht}} + z_{\text{Leitung}} \\
 &= \frac{[\sum \text{Pflegeminuten} \cdot (1 + 0.15)]}{1848 * 60 \text{ Min}_{\square}} \cdot (1 + 0.4 + 0.4) + 0.14 + 0.5 \\
 &= \frac{[\sum \text{Pflegeminuten} \cdot 1.15]}{1848 * 60 \text{ Min}_{\square}} \cdot 1.08 + 0.14 + 0.5 \\
 &= \frac{[\sum \text{Pflegeminuten} \cdot 1.24]}{1848 * 60 \text{ Min}_{\square}} + 0.64
 \end{aligned}$$

Die Summe erbrachter direkter Pflegeminuten pro Jahr (Σ Pflegeminuten) gemäss Vorgaben der Pflegebedarfserfassungsinstrumente und entsprechender Erfassung der Bewohner und Bewohnerinnen ($\Sigma PT_{\text{Stufe 1 bis 12}} \times \text{Min}_{\text{Stufe 1 bis 12}} = \text{Summe Pflege tage multipliziert mit Minuten}$) wird mit 1,15 ($Z_{\text{nProd}} = 15\%$ Zuschlag für nicht-produktive Zeiten) multipliziert und durch die Jahresarbeitszeit ($\text{Min}_{\text{Jahr}} = 1'848 \times 60 \text{ Minuten} = 110'880 \text{ Minuten}$) dividiert. Der Zuschlag von 15 % für nicht-KVG-pflichtige Leistungen kommt, wie oben dargelegt, nicht zum Tragen.

Die sich daraus ergebenden Stellenprozente werden um die administrative Führung ($Z_{\text{Admin}} = 0,04\%$ pro 100%-Stelle) und Ausbildungstätigkeit (0,1 Stelle je Auszubildendem) erhöht.

Gemäss dem Entwurf des Reglements zur Ausbildungsverpflichtung im Kanton Aargau werden die Pflegeinstitutionen 11,5 Ausbildungswochen je Vollzeitstellen auszuweisen haben. Davon ausgehend, dass ein Fachangestellter Gesundheit FAGE in Ausbildung ca. 32 Ausbildungswochen aufweist, würde dies ca. 0,4 Auszubildende pro 100%-Stelle bedeuten und damit einen Zuschlag Z_{Ausb} von 0,04 % pro 100-% Stelle. Da zur Anzahl Auszubildender im Jahr 2010 keine Zahlen, vorliegen, wird für die Modellierung von dieser Grösse ausgegangen.

Zudem sind als Nachzuschlag 0,14 Stellen pro anwesende Person und Nacht dazu zu addieren, wobei nachts mindestens eine Fachperson anwesend sein muss. Diese Minimalanforderung fliesst so in die Funktion ein.

Weitere Zuschläge, insbesondere für Bewohner der Dementenstation, kommen in diesen Berechnungen nicht zum Tragen, da hiermit nur die „normale“ stationäre Leistung finanziert werden soll.

Dieses Gesamtpersonal-Soll für Pflegeleistungen muss wie folgt erfüllt werden:

- mit 40 % Fachpersonal „Pflege und Betreuung“ mit Diplomabschluss L_{Di} oder Fähigkeitsausweis L_{Ge} (wovon mindestens 50 % Pflegefachpersonal mit Diplomabschluss) und
- 60 % Assistenzpersonal L_{As} , jedoch minimal mit 2,55 L_{Di} (40 % von 5,1 Stellen) und 2,55 L_{Ge} .

Da zusätzlich die Pflegedienstleitung sicherzustellen ist, belaufen sich die Fixanteile auf 0,5 L_{DIL} , 2,55 L_{Di} und 2,55 L_{Ge} .

Die Faktoreinsatzfunktion der objektbezogenen menschlichen Arbeit (L_{O}) zur Produktion von Pflegeleistungen in Abhängigkeit von der Anzahl Pflegeminuten lässt sich nun wie folgt darstellen:

Formel 3: Faktoreinsatzfunktion der objektbezogenen menschlichen Arbeit zur Produktion von Pflegeleistungen in Abhängigkeit von der Anzahl Pflegeminuten

$$L_{\text{O}} = L_{\text{DIL}} + L_{\text{Di}} + L_{\text{Ge}} + L_{\text{As}} = 0.5 L_{\text{DIL}} + 2.55 L_{\text{Di}} + \left\{ 0.2 L_{\text{Di}} \left(\frac{[\Sigma \text{Pflegeminuten} \cdot 1.24]}{1848 \cdot 60 \text{ Min}_{\square}} + 0.14 \right) - 2.55 L_{\text{Di}} \right\} + 5.1 L_{\text{Ge}} - \left[2.55 L_{\text{Ge}} + \left\{ 0.2 L_{\text{Ge}} \left(\frac{[\Sigma \text{Pflegeminuten} \cdot 1.24]}{1848 \cdot 60 \text{ Min}_{\square}} + 0.14 \right) - 2.55 L_{\text{Ge}} \right\} \right] + 0.6 L_{\text{As}} \left\{ 0.2 \left(\frac{[\Sigma \text{Pflegeminuten} \cdot 1.24]}{1848 \cdot 60 \text{ Min}_{\square}} + 0.14 \right) \right\}$$

da $L_{\text{DIL}} = 0.5$

$$L_{\text{Di}} = 2.55 + \left\{ 0.2 \left(\frac{[\Sigma \text{Pflegeminuten} \cdot 1.24]}{1848 \cdot 60 \text{ Min}_{\square}} + 0.14 \right) - 2.55 \right\}$$

$$L_{Ge} = 5.1 - \left[2.55 + \left\{ 0.2 \left(\frac{[\sum \text{Pflegeteile} \cdot 1.24]}{1848 \cdot 60 \text{ Min}} + 0.14 \right) - 2.55 \right\} \right]$$

$$L_{As} = 0.6 \left\{ 0.2 \left(\frac{[\sum \text{Pflegeteile} \cdot 1.24]}{1848 \cdot 60 \text{ Min}} + 0.14 \right) \right\}$$

Zusätzlich zum Faktor objektbezogene menschliche Arbeit, welche unmittelbar mit dem Produktionsprozess und ausführender Natur ist, müssen zur Produktion von Pflege- und Betreuungsleistungen auch dispositive menschliche Arbeit (L_L , die Pflegeheimleitung) wie auch der Einsatz von Werkstoffen (Verbrauchsmaterialien, Werkzeuge, Kleinanschaffungen, Aufwendungen für Unterhalt und Reparaturen, medizinisches Verbrauchsmaterial usw.) und Produktionsmitteln (Abschreibungen auf aktivierten Anlagen, Aufwendungen für Miete, Kapital- und Hypothekarzinsen) berücksichtigt werden. Diese werden in der Kostenrechnung der Pflegeinstitutionen buchhalterisch über Umlagen dem Kostenträger „Pflege“ zugeschlagen.

Für die vorliegende deduktive Analyse der Produktion von Pflegeleistungen muss es genügen, sich für weitergehende Untersuchungen auf den Produktionsfaktor Arbeit zu beschränken und diese zusätzlichen Faktoren als Fixgrößen oder als fixen Zuschlag (Prozentsatz) zur objektbezogenen menschlichen Arbeit hinzu zu addieren.

Formel 4: Modellierung dispositive menschliche Arbeit, Werkstoffe und Produktionsmittel

$$K = K; W = W; L_L = L_L(L_O) = l \cdot L_O$$

Damit kann der Zusammenhang zwischen Input (objektbezogene menschliche Arbeit) und Output (Pflegeteile) zur Erbringung von Pflegeleistungen definiert werden als:

Formel 5: Grundform Produktionsfunktion

$$P = P(L, K, W) = P(L_O, L_L(L_O), K, W).$$

5.3. Kostenfunktion

Kostenfunktionen beschreiben den Zusammenhang zwischen der Produktmenge und den Kosten, die mindestens erforderlich sind, um diese Produktmenge zu erzeugen. Sie geben somit die Kosten an, die bei unterschiedlichen Ausbringungsmengen **mindestens** anfallen. Eine Kostenfunktion wird durch den Verlauf der Gesamtkosten, der variablen Kosten und der Fixkosten, der Stückkosten (Durchschnittskosten), der variablen Stückkosten und der Grenzkosten charakterisiert.

Unter den Gesamtkosten (K) werden alle Kosten eines Betriebes für die Erstellung der betrieblichen Leistung in einer Periode (CHF/Jahr) verstanden. Variable Kosten (K_v) sind Kosten, die mit steigender Produktion steigen und mit fallender Produktion fallen (CHF/Jahr). Fixkosten (K_f) stellen Kosten der Betriebsbereitschaft dar, die bei einer Änderung der Ausbringungsmenge konstant bleiben (CHF/Jahr). Unter Stückkosten (k) werden die Durchschnittskosten (CHF/Leistungseinheit aus Division Kosten durch Menge x) verstanden. Die Grenzkosten (K') wiederum zeigen die Kosten, die, über die bisherigen Kosten hinaus, bei Änderung der Ausbringungsmenge um eine zusätzliche Einheit (CHF/Leistungseinheit) entstehen.

Die Kostenfunktion lässt sich in folgender Form ausdrücken: $K(x) = K_f + K_v(x)$. Basis ist eine lineare Produktionsfunktion. Lineare Produktionsfunktionen entstehen, wenn die Kostenfunktion von der Leistungsmenge x abhängig ist. Werden zum Beispiel verschiedene Leistungsmengen durch Anpassung der Produktionszeit erreicht und die variablen Stückkosten bleiben konstant, so entsteht eine Kostenfunktion der Form $K(x) = K_f + k \cdot x$. Bei weiteren Anpassungsmöglichkeiten (wie Zuschaltung weiterer Maschinen, Schicht, Überstunden) an die gewünschten Produktionsmengen entsteht eine weitere Kostenfunktion mit linearen und nichtli-

nearen Teilfunktionen. Wenn die Produktion sich aus mehreren Produktarten zusammensetzt, ergeben sich Kostenfunktionen in Abhängigkeit von mehreren Variablen $x_i, i = 1, \dots, 1$. $K = K(x_1, x_2, \dots, x_1)$.

Da Anpassungsmöglichkeiten sowohl der Arbeitszeit als auch des Ersatzes von menschlicher Arbeitskraft durch „Maschinen“ kaum vorhanden sind, ist die Kostenfunktion für die Erbringung von Pflegeleistungen auf der Basis einer linearen Produktionsfunktion zu modellieren. Sie kann unter Berücksichtigung der oben ausgearbeiteten Produktionsfunktion und der Preise für die eingesetzten Faktoren (Löhne je 100%-Stelle Pflegedienstleitung (C_{LDIL}), Pflegefachpersonal mit Diplomabschluss (C_{LDI}), Pflegefachpersonen mit Fachausweis (C_{LGE}) oder Assistenzperson (C_{LAS}) und Preise von Werkstoffen (C_W) und Betriebsmitteln (C_K)) wie folgt modelliert werden:

Formel 6: Kostenfunktion

$$K(P) = K_f + K_v(P) = K[P(L_O, L_L(L_O), K, W)].$$

Mit $L_O = L_{DIL} + L_{Di} + L_{Ge} + L_{As}$

$$= 0.5 L_{DIL} + 2.55 L_{Di} + \left\{ 0.2 L_{Di} \left(\frac{[\sum \text{Pflegeminuten} \cdot 1.24]}{1848 \cdot 60 \text{ Min}_{\square}} + 0.14 \right) - 2.55 L_{Di} \right\} + 5.1 L_{Ge}$$

$$- \left[2.55 L_{Ge} + \left\{ 0.2 L_{Ge} \left(\frac{[\sum \text{Pflegeminuten} \cdot 1.24]}{1848 \cdot 60 \text{ Min}_{\square}} + 0.14 \right) - 2.55 L_{Ge} \right\} \right] +$$

$$0.6 L_{As} \left\{ 0.2 \left(\frac{[\sum \text{Pflegeminuten} \cdot 1.24]}{1848 \cdot 60 \text{ Min}_{\square}} + 0.14 \right) \right\}$$

und $K = K; W = W; L_L = L_L(L_O) = I \cdot L_O$

folgt:

$$K(P) = C_{LDIL} \cdot L_{DIL} + C_{LDI} \cdot L_{Di} + C_{LGE} \cdot L_{Ge} + C_{LAS} \cdot L_{As} + I \cdot (C_{LDIL} \cdot L_{DIL} + C_{LDI} \cdot L_{Di} + C_{LGE} \cdot L_{Ge} + C_{LAS} \cdot L_{As}) + C_W \cdot W + C_K \cdot K$$

$$K(P) = (1+I) \cdot (C_{LDIL} \cdot L_{DIL} + C_{LDI} \cdot L_{Di} + C_{LGE} \cdot L_{Ge} + C_{LAS} \cdot L_{As}) + C_W \cdot W + C_K \cdot K$$

Mit den konkreten Vorgaben im Kanton Aargau bedeutet dies:

Formel 7: Kostenfunktion mit Vorgaben Richtstellenplan Kanton Aargau zu Pflegeleistungserbringung

$$K(P) = (1+I) \cdot \left[C_{LDIL} \cdot 0.5 L_{DIL} + C_{LDI} \cdot \left[2.55 L_{Di} + \left\{ 0.2 L_{Di} \left(\frac{[\sum \text{Pflegeminuten} \cdot 1.24]}{1848 \cdot 60 \text{ Min}_{\square}} + 0.14 \right) - 2.55 L_{Di} \right\} \right] + C_{LGE} \cdot \left[5.1 L_{Ge} - \left[2.55 L_{Ge} + \left\{ 0.2 L_{Ge} \left(\frac{[\sum \text{Pflegeminuten} \cdot 1.24]}{1848 \cdot 60 \text{ Min}_{\square}} + 0.14 \right) - 2.55 L_{Ge} \right\} \right] + C_{LAS} \cdot 0.6 L_{As} \left\{ 0.2 \left(\frac{[\sum \text{Pflegeminuten} \cdot 1.24]}{1848 \cdot 60 \text{ Min}_{\square}} + 0.14 \right) \right\} \right] + C_W \cdot W + C_K \cdot K.$$

Die Fixkostenanteile belaufen sich minimal auf:

Formel 8: Fixkosten

$$K_f(P) = (1+I) (C_{LDIL} \cdot 0.5 L_{DIL} + C_{LDI} \cdot 2.55 L_{Di} + C_{LGE} \cdot 2.05 L_{Ge}) + C_W \cdot W + C_K \cdot K$$

Variabel und damit abhängig von der Produktion bzw. der Anzahl generierter Pflegeminuten sind:

Formel 9: Variable Kosten

$$\begin{aligned}
 Kv(P) = (1 + I) * [C_{LDI} * & \left\{ 0.2 L_{Di} \left(\frac{[\sum \text{Pflegeminuten} \cdot 1.24]}{1848 * 60 \text{ Min}_{\square}} + 0.14 \right) - 2.55 L_{Di} \right\} + \\
 & C_{LGE} * [5.1 * L_{Ge} - \\
 & \left[2.55 L_{Ge} + \left\{ 0.2 L_{Ge} \left(\frac{[\sum \text{Pflegeminuten} \cdot 1.24]}{1848 * 60 \text{ Min}_{\square}} + 0.14 \right) - 2.55 L_{Ge} \right\} \right] + \\
 & C_{LAS} * 0.6 L_{As} \left\{ 0.2 \left(\frac{[\sum \text{Pflegeminuten} \cdot 1.24]}{1848 * 60 \text{ Min}_{\square}} + 0.14 \right) \right\}]
 \end{aligned}$$

5.4. Deduktive Schätzung der Kosten der Pflegeleistungen nach KVG im Kanton Aargau

Für die Produktion von Pflegeleistungen wurde der Zusammenhang zwischen Input und Output definiert als $P = P(L, K, W)$, wobei P die Menge des produzierten Outputs pro Zeiteinheit bezeichnet, L für den Arbeitseinsatz, K für Kapital und W für Werkstoffe steht. Wenn diese Produktionsfaktoren alternative Verwendungsmöglichkeiten haben, entstehen der Unternehmung Kosten, und zwar explizite Kosten für Faktoren, die eingekauft werden müssen, und implizite Kosten (Opportunitätskosten) für Faktoren, die sich im Besitz der Unternehmung befinden.

5.4.1. Grundlagen der Modellrechnung

Die Modellrechnung basiert auf den obenstehenden Überlegungen zur Kostenfunktion und dient primär der Überprüfung der Kostenfunktion. Die verwendeten Werte für die Faktorpreise wurden möglichst realitätsnah eingesetzt, können jedoch zur Simulation der Auswirkung z.B. steigender Löhne oder Lohnbestandteile im Modell entsprechend ausgetauscht werden.

Lohnkosten

Die verwendeten durchschnittlichen Lohnkosten basieren auf der Funktions- bzw. Einreichungsstruktur und auf den Lohnbändern vom Jahr 2010 eines repräsentativen Aargauer Pflegeheims⁵¹. Die Grössenordnung dieser Lohnkosten ist im Vergleich mit weiteren Institutionen verifiziert worden.

Gemäss dieser Lohntabelle (vgl. Abbildung 6; Bruttolöhne inkl. 13. Gehalt, ohne Lohnnebenkosten) ist die Heimleitung (L_L) in Stufe 10 eingereiht und bewegt sich in einem Lohnband zwischen CHF 116'000 und CHF 186'000. Eine Pflegedienstleitung ist in Stufe 9 anzusiedeln und bewegt sich in einem Lohnband zwischen CHF 97'000 und CHF 155'000. Weitere Wohnbereichs- oder Teamleitungsmitglieder bzw. Personen mit Zusatzausbildungen wie NDS Stufe HF oder FH bzw. EFZ mit BP werden in den Stufen 6 bis 8 eingereiht. Damit bewegt sich das Lohnband für den Einsatz von L_{Di} zwischen den Stufen 6 mit mindestens CHF 63'000 und Stufe 9 mit maximal CHF 155'000. Gelerntes Fachpersonal (L_{Ge}) ist in den Stufen 4 und 5 zu finden mit einem Lohnband von CHF 50'000 als Untergrenze und CHF 89'000 als Oberegrenze. Assistenzpersonal Pflege (L_{As}) ist in der Stufe 3 zu finden und in einem Lohnband von CHF 46'000 bis CHF 72'000.

⁵¹ Repräsentativ, da hohe Anzahl an Arbeitnehmern auf allen Stufen und nicht in unmittelbarer Nähe von urbanem Zentrum mit zu erwartenden höherem Lohnniveau.

Abbildung 6: Gehaltsstruktur 2010

Gehaltsstruktur										2010
Jahressaläre										
Klasse	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Band-Max	62'100	66'000	72'000	80'000	89'000	100'000	115'000	132'000	155'000	186'000
Band-Min	46'000	46'000	46'000	50'000	56'000	63'000	72'000	83'000	97'000	116'000
Delta	16'100	20'000	26'000	30'000	33'000	37'000	43'000	49'000	58'000	70'000
Bandbreite in %	35%	43%	57%	60%	59%	59%	60%	59%	60%	60%
Steig % oben	100	106	109	111	111	112	115	115	117	120
Steig % unten	100	100	100	109	112	113	114	115	117	120

Quelle: IPMCONSULTING, Meilen

Rechnet man hiervon je einen Durchschnittswert und Lohnnebenkosten in der Höhe von 17 % dazu, ergeben sich folgende Lohnkosten:

- für eine Vollzeitstelle für die Heimleitung in Höhe von CHF 176'670,
- für die Pflegedienstleitung in Höhe von CHF 147'420,
- für Pflegefachpersonal mit Diplomabschluss in Höhe von CHF 127'530,
- für Pflegefachpersonen mit Fachausweis in Höhe von CHF 81'315 und
- für Assistenzpersonal in Höhe von CHF 69'030.

Tabelle 12: Durchschnittliche Lohnkosten inkl. Nebenkosten 2010

	Min	Max	Durchschnitt	inkl. 17% Lohnnebenkosten
Heimleitung	SFr. 116'000	SFr. 186'000	SFr. 151'000	SFr. 176'670
Pflegedienstleitung	SFr. 97'000	SFr. 155'000	SFr. 126'000	SFr. 147'420
Diplomiertes Personal	SFr. 63'000	SFr. 155'000	SFr. 109'000	SFr. 127'530
Gelerntes Personal	SFr. 50'000	SFr. 89'000	SFr. 69'500	SFr. 81'315
Assistenzpersonal	SFr. 46'000	SFr. 72'000	SFr. 59'000	SFr. 69'030

Quelle: eigene Berechnungen

Kosten für Werkstoffe und Betriebsmittel

Sachkosten, welche gemäss Krankenversicherungsgesetz als kassenpflichtig gelten, sind in den Buchhaltungen als Kostenträger definiert (Material gemäss Mi-GeL und Medikamente) und werden in der Regel über Einzelleistungsabrechnung oder über Pauschale separat abgegolten. Sie gehen in den folgenden Analysen deshalb nicht in die Kostenberechnung zur Erbringung von Pflegeleistungen ein. Weitere pflegerelevante Betriebs- und Infrastrukturkosten für z.B. Anschaffung, Abschreibung und Unterhalt sind hingegen zu berücksichtigen. Dabei handelt es sich um Kostenanteile für

- pflegespezifische Zusatzräume (Stationszimmer, Pflegebäder, Untersuchungs-Arztzimmer, Therapieräume, Lager für Pflegematerial, Aufbahrungsraum, usw.) sowie
- Kostenanteile für pflegespezifisches Mobiliar (Pflegebetten, Rollstühle, Sessel, Arzneimittelschränke, Therapiegeräte, Arztmobiliar, Verpflegungseinrichtungen für Verpflegung im Bett, usw.) oder
- Kostenanteile für pflegespezifische Installationen (Personalaruf, Bewohnerruf, Hebeeinrichtungen, Sonderhygienemassnahmen bei Lüftung / Klima, usw. und Kostenanteile für Bettenlifte) oder
- Sachkosten für Pflegesoftware, Pflegedokumentationen, spezieller medizinischer Reinigungsaufwand, pflegerelevante Hauswirtschaftskosten, usw.⁵².

Die Sachkosten werden üblicherweise über die Anlagebuchhaltung ermittelt. Da die Heime noch nicht alle über eine Anlagebuchhaltung verfügen, müssen diese Kosten vorerst geschätzt werden. Die „Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz“ geht davon aus, dass die Differenz zwischen den Baukosten eines Pflegeheimes und denjenigen eines Hotels den

⁵² Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz (KGL) (2011).

Mehrkosten für die Pflegeinfrastruktur entspricht, und schlägt vor, auf Basis dieser Überlegung die Abgrenzung der Infrastrukturkosten vorzunehmen. Die VAKA schlägt als Richtgrösse für die Anlagekosten CHF 3,50 je Pflergetag vor.

Grundlage der vorliegenden Arbeit ist jedoch ein Ansatz auf Basis der Tabelle der REDI AG zur Schätzung des pflegerelevanten Anteils der Anlagekosten. Ausgehend von Durchschnittswerten belaufen sich dabei die KVG-relevanten Anlagekosten auf CHF 937 (CHF 893 als KVG-Anteil an Abschreibungen und CHF 44 als KVG-Anteil für kalkulatorische Zinsen) pro Bett pro Jahr. Bei Berücksichtigung der Kosten für Werkstoffe fallen somit ca. CHF 1'000 pro Bett und Jahr an. Da es sich bei diesen Kosten um, in der kurzen Frist nicht veränderbare, Kostenanteile handelt, gehen sie bei den Berechnungen als Fixkosten ein, werden deshalb pro Bett in der geschätzten Höhe von CHF 1'000 eingesetzt und sind damit auch unabhängig von der Auslastung (gemessen in Pflergetagen).

Tabelle 13: Schätzung Anlagekosten 2010

1 Anzahl Betten einsetzen						
Kostenstelle		Anlagewert nach Abschr.	Abschreibung	davon KVG	Zins	davon KVG
10	Gebäude	88'293	5'471	-	1'875	-
11	Energie	272	61	-	7	-
20	Techn. Dienst	45	17	-	1	-
30	Verwaltung	623	341	-	16	-
40	Hauswirtschaft allg.	-	-	-	-	-
41	Wäscherei	373	146	-	9	-
42	Reinigung	14	5	-	0	-
60	Verpflegungsdienst	514	511	-	14	-
100	Pension	587	793	-	14	-
110	Pflege & Betreuung	2'221	1'078	893	52	44

Quelle: Eike Wattering, Geschäftsleitung, REDI AG

Kosten für dispositive menschliche Arbeit

Des Weiteren zu berücksichtigen sind pflegerelevante Büro- und Verwaltungslohnkosten, Lohnkosten für Qualitätssicherung in der Pflege sowie pflegerelevante Aus-, Fort- und Weiterbildungskosten, welche von den übrigen Bildungskosten abzugrenzen und der Pflege zuzuteilen sind. Für den Anteil „Einsatz an dispositiver menschlicher Arbeit“ müssen ebenfalls in einem ersten Schritt Annahmen getroffen werden. Detaillierter Aussagen hierzu könnten durch die Regressionsanalyse gewonnen werden.

Da über alle Institutionen im Jahr 2010 in den SOMED-Rohdaten⁵³ 10'479'122 bezahlte Arbeitsstunden erfasst worden sind und davon 5'322'372 Stunden der KVG-pflichtigen Pflege zugeordnet wurden, beträgt deren Anteil an den insgesamt bezahlten Arbeitsstunden 50.8%.

Im gleichen Zeitraum wurden für Leitung und Verwaltung 572'904 Stunden erbracht, was 5,5% der insgesamt geleisteten Stunden entspricht.

Zusammenfassend bedeutet dies, dass die Preise für die eingesetzten Faktoren für die Berechnungen mit dem Grundmodell wie folgt definiert werden:

- für 1 VZÄ Pflegedienstleitung wird ein Jahreslohn (inkl. Lohnnebenkosten) in Höhe von CHF 147'420 eingesetzt,
- für Pflegefachpersonal mit Diplomabschluss ein Jahreslohn (inkl. Lohnnebenkosten) in der Höhe von CHF 127'530,
- für Pflegefachpersonen mit Fachausweis ein Jahreslohn (inkl. Lohnnebenkosten) in Höhe von CHF 81'315
- für Assistenzpersonal ein Jahreslohn (inkl. Lohnnebenkosten) in Höhe von CHF 69'030,
- Werkstoffe und Betriebsmittel gehen bei den Berechnungen als geschätzte Fixkosten pro Pflegeheimplatz gemäss der Pflegeheimliste 2010 in Höhe von CHF 1'000 ein,
- dispositive menschliche Arbeit wird als Zuschlag in Höhe von 5,5 % der Kosten für die objektbezogene menschliche Arbeit berücksichtigt.

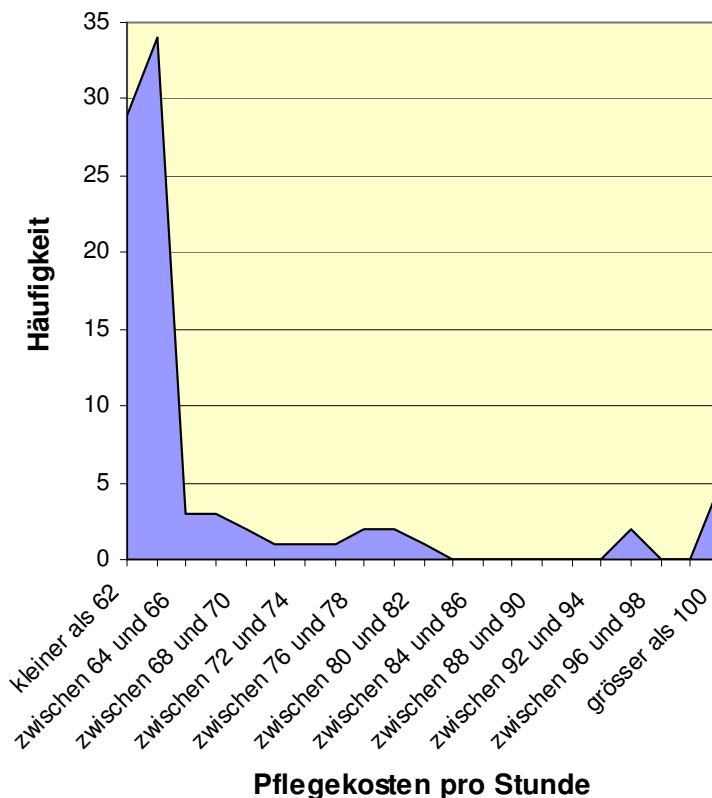
⁵³ vgl. Anhang II c) Bezahlte Arbeitsstunden_SOMED_2010.

5.4.2. Resultate der Modellrechnung (Grundmodell)

In der Modellrechnung (Anhang III a) Modellrechnung) wurden zuerst die der VAKA gemeldeten Pflagegetage 2010 je Institution mit dem Pflageaufwand in Minuten je nach Pflagebedarfsinstrument (gemäss Vorgaben Richtstellenplan: Tabelle 11) multipliziert. Diese so berechnete Summe „Pflage Minuten je Haus“ wurde mit dem Zuschlag für nicht-produktive Zeiten erhöht, bevor mittels Division durch die Jahresarbeitszeit die Stellenprozente berechnet worden sind. Diese sind wiederum um Zuschläge für Pflageadministration und Ausbildungstätigkeit sowie für Nachtschicht angereichert worden. Das so entstehende Gesamtpersonalsoll je Institution wurde in der Folge gemäss den Vorgaben auf die verschiedenen Kategorien von Personal verteilt (d.h. unter Beachtung der Minimalvorgaben von mindestens 510 Stellenprozente, wovon mind. 305 % Diplomierte inkl. der Pflagedienstleitung und von den verbleibenden mind. 255 % Fachpersonal mit Abschluss).

Über alle Institutionen wurde in den 5'700 Pflageheimplätze eine Summe von 2'008'063 Pflagegetagen erbracht. Dies ergibt bei den zugrunde gelegten Minutenwerten gemäss Richtstellenplan insgesamt 188'569'628 Pflage Minuten. Die Anzahl aller Pflage Minuten je Institution, die im Jahr 2010 erbracht wurden, schwankt zwischen einem Minimum von 175'786 und einem Maximum von 11'197'540 pro Jahr.

Abbildung 7: Häufigkeit der Pflagekosten pro Stunde



Quelle: eigene Berechnungen

Entsprechend diesem Grundmodell, das die Vorgaben des Richtstellenplanes berücksichtigt, ergibt sich über alle Institutionen gerechnet ein Einsatz von mind. 494 Vollzeitstellen an Personal mit Diplom, 408 Vollzeitstellen an Personal mit Fachabschluss und 1'222 Vollzeitstellen Assistenzpersonal. Mit den dazugehörigen Preisen multipliziert, berechnen sich aus den hausindividuellen Mindestvollzeitstellen je Personalkategorie die jeweiligen Gesamtkosten für objektbezogene Arbeit. Damit können die Mindestkosten für Pflage pro Jahr pro Haus ermittelt werden, jedoch erst nach Addition von 5,5 % der Kosten für objektbezogenen Arbeit als Schätzung für den dispositiven Faktor und von geschätzten CHF 1'000 pro Pflageplatz für die KVG-relevanten Kosten für Werkstoffe und Betriebsmittel. Teilt man diese Mindest-

kosten durch die erbrachten Pflegeminuten, können die hausindividuellen Mindestkosten für Pflege pro Minute bzw. pro Stunde berechnet werden. Der so berechnete Gesamtbetrag der Mindestkosten für die Pflegeleistungserbringung beläuft sich bei den untersuchten 86 Institutionen (inklusive den Schätzgrössen für dispositive Arbeit, Werkstoffe und Betriebsmittel wie oben definiert) auf CHF 197'161'005 mit durchschnittlichen Kosten je Pflegeminute von CHF 1,16 und je Pflegestunde von CHF 69,60.

Diese Werte bewegen sich zwischen CHF 60,25 und CHF 206,10 pro Pflegestunde mit einem Median von CHF 62,50. Da lediglich 14 Werte und damit nur 15 % der Mindestkosten über dem Mittelwert liegen, ist die Verteilung rechtsschief. Bei rechtsschiefen Verteilungen sind Werte, die kleiner sind als der Mittelwert, häufiger zu beobachten.

5.4.3. Plausibilisierung des Grundmodells

In einem ersten Schritt wurden die Resultate des Grundmodells mit weiteren zur Verfügung stehenden Daten verglichen und plausibilisiert, um mögliche Unsicherheiten in der Modellierung zu beseitigen.

Plausibilisierung I: SOLL-Richtstellenplan

Zur Plausibilisierung der Ergebnisse dieser Modellrechnung sind die Ergebnisse mit den Resultaten verglichen worden, die sich ergeben, wenn im Modell die SOLL-Stellen eingesetzt werden. Diese SOLL-Stellen sind mit den Daten per Stichtag 31.12.2010 mittels entsprechenden vorgegebenen Formularen des DGS berechnet und von den entsprechenden Pflegeinstitutionen der VAKA zur Verfügung gestellt worden. Leider liegen nicht alle SOLL-Stellenpläne vor. Die verfügbaren 39 Datensätze sind jedoch repräsentativ, da für alle Grössenklassen (Anzahl Pflegeplätze) der Institutionen und für alle Erfassungssysteme Daten vorliegen.

Da es sich hierbei um SOLL-Stellenpläne für Leistungen der Pflege und Betreuung (nicht-KLV-pflichtige Leistungen) handelt, werden von den mittels Richtstellenplanformular errechneten Stellen die vorgegebenen 15 % für Betreuungsleistungen abgezogen. Da in diese Richtstellenpläne Minutenwerte für Pflegeheimbewohner ohne Pflegeleistungen in Höhe von 10 Minuten pro Tag pro Bewohner und Zuschläge für Dementenstationen eingehen, wurde erwartet, dass die Soll-Stellenzahl und damit die Kosten dennoch höher als in der Modellrechnung ausfallen werden.

Aus den vorliegenden Daten der untersuchten Institutionen zeigt sich, dass sich deren Mindestkosten für Pflege pro Stunde zwischen CHF 53,90 und CHF 126,60 mit einem Mittelwert von CHF 65,70 und einem Median von 63,55 CHF bewegen.⁵⁴ Diese Daten liegen leicht unter den Werten des Grundmodells. Das hat vermutlich damit zu tun, dass im Zuge der Übergangsphase im Kanton Aargau die SOLL-Vorgaben zu 80 % zu erfüllen sind.

Plausibilisierung II: Geleistete Arbeitsstunden für Pflege gemäss SOMED-Rohdaten 2010

Des Weiteren wurden die Ergebnisse des Modells auch mit den realen Zahlen der geleisteten Arbeitsstunden für Pflege aus den Rohdaten der SOMED-Erhebung 2010 verglichen.

Die Tabelle im Anhang „II c) Bezahlte Arbeitsstunden_SOMED_2010“ zeigt die auf der Kostenstelle Pflege gebuchten, geleisteten Arbeitsstunden pro Jahr und pro „Kategorie“ (diplomiertes Personal, Personal mit Fachausweis und Assistenzpersonal). Nach Division durch die tatsächlichen Arbeitsstunden pro Jahr je Institution ergeben sich daraus Vollzeitäquivalente (VZÄ). Diese werden wiederum in das Grundmodell eingesetzt, und es ergeben sich pro Pflegestunde über alle Institutionen Werte zwischen CHF 24,80 bis CHF 142,40 mit einem Mittelwert von CHF 67,00 und einem Median von CHF 63,80.

Eingesetzt werden dabei gemäss der SOMED-Rohdaten 2010 über alle Institutionen 697 Vollzeitstellen an Personal mit Diplom, 571 Vollzeitstellen an Personal mit Fachabschluss und 776 Vollzeitstellen an Assistenzpersonal.

⁵⁴ Vgl. Anhang III a) Modellrechnung, Plausibilisierung I

Plausibilisierung III: IST-Richtstellenplan

Ein weiterer Vergleich, der auch der Plausibilisierung der SOMED-Daten dient, lässt sich durch Einsetzen des Personalbedarfs aus den vorhandenen IST-Richtstellenplänen per 31.12.2010 vornehmen. Die damit berechneten Werte sind höher als bei der Modellrechnung und auch als die Ergebnisse bei Berücksichtigung der VZÄ gemäss SOMED, und bewegen sich zwischen CHF 50,95 bis CHF 136,75 mit einem Mittelwert von CHF 72,95 und einem Median von CHF 69,50.

Plausibilisierung IV: VAKA Benchmark-Daten

Aus den Benchmark-Daten lassen sich die erhobenen Kosten für den Kostenträger „Pfleger“ auf die dazugehörigen (vertragskonformen) Pflegeminuten umlegen. Dies ergibt Werte für die Kosten je Pflegestunde, die sich zwischen CHF 24,95 und CHF 157,45 bewegen, mit einem Mittelwert von CHF 66,00 und einem Median von CHF 58,40. Diese Kostendaten werden in Kapitel 7 genaueren Analysen unterzogen; hier dienen sie lediglich zur Plausibilisierung der Grössenordnung der Ergebnisse des Modells.

Plausibilisierung V: Vergleich mit Resultaten beim Einsetzen der vertragskonformen Minutenwerte je Stufe

Setzt man die vertragskonformen Minutenwerte je Stufe (gemäss Tabelle 6) statt der Vorgaben des kantonalen Richtstellenplanes ein, ergeben sich über alle Institutionen etwas weniger erbrachte Pflegeminuten (insgesamt 173'268'267 statt 188'569'628), hingegen aber höhere Werte für die Kosten je Pflegestunde als im Grundmodell. Sie bewegen sich zwischen CHF 60,45 und CHF 286,55 mit einem Mittelwert von CHF 74,00 und einem Median von CHF 62,75. Eingesetzt werden müssten dabei über alle Institutionen 466 Vollzeitstellen „Personal mit Diplom“, 380 Vollzeitstellen „Personal mit Fachabschluss“ und 1'115 Vollzeitstellen „Assistenzpersonal“.

Übersicht Plausibilisierung

Tabelle 14: Resultate der Modellrechnung und Plausibilisierung

	VZÄ Personal mit Diplom	VZA Personal mit Fach- abschluss	VZÄ Assistenz- personal	Mittelwert Kosten pro Pflegerstd.	Median Kosten pro Pflegerstd.	Min. Kosten pro Pflegerstd.	Max. Kosten pro Pflegerstd.
Grundmodell	494	408	1'222	SFr. 69.60	SFr. 62.50	SFr. 60.25	SFr. 206.10
SOLL-Richtstellenplan				SFr. 65.70	SFr. 63.55	SFr. 53.90	SFr. 126.60
SOMED-Rohdaten 2010	697	571	776	SFr. 67.00	SFr. 63.80	SFr. 24.80	SFr. 142.40
IST-Richtstellenplan				SFr. 72.95	SFr. 69.50	SFr. 50.95	SFr. 136.75
Benchmarkdaten-VAKA				SFr. 66.00	SFr. 58.40	SFr. 24.95	SFr. 157.45
Werte mit Vertragsmin.	466	380	1'115	SFr. 74.00	SFr. 62.75	SFr. 60.45	SFr. 286.55

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 14 zeigt, dass sich die Anzahl an Personal je Kategorie, welches bei allen Institutionen eingesetzt werden müsste, durch die Änderung der hinterlegten Minutenwerte (von den Vorgaben des Richtstellenplans zu den vertragskonformen Minutenwerte je Stufe) nicht massiv verschiebt. Hausindividuell jedoch kann dies zu relevanten Änderungen führen.

Teilt man die hausindividuellen Summen der Pflegeminuten je Institution, die im Jahr 2010 erbracht wurden, durch die Gesamtzahl der erbrachten Pflegetage je Haus, erhält man einen Wert für die Pflegeintensität über alle Stufen je Institution bzw. man erhält einen unnormierten Näherungswert für die Pflegeintensität über alle Stufen der Bewohnerinnen und Bewohner je Institution. Im Durchschnitt werden bei Beachtung der Vorgaben des Richtstellenplanes 89 Minuten Pflegeleistungen je Pflegetag erbracht, wobei das Minimum bei 27 Minuten je Pflegetag und das Maximum bei 167 Minuten je Pflegetag liegen. Diese Werte ändern sich je nach Haus, wenn die vertragskonformen Werte je Pflegestufe hinterlegt werden, und liegen dann bei minimal 18 Minuten, maximal bei 184 Minuten und im Durchschnitt bei 82 Minuten je Pflegetag, wobei der Median wiederum bei 83 liegt. Hausindividuell kann sich dadurch die Rangfolge ändern, und insbesondere steigt die Spannweite der hausindividuellen Kosten pro Pflegestunde. Diese Werte liegen bei Berücksichtigung der vertragskonformen Minutenwerte bei fast allen Häusern höher als im Grundmodell. Der Mittelwert der Kosten je Pflegestunde steigt von CHF 69,60 auf CHF 74,00, wenn die vertragskonformen Minuten-

werte berücksichtigt werden, wobei der Median mit CHF 62,75 nur geringfügig vom Resultat des Grundmodells (CHF 62,50) abweicht.

Die Spannweite (CHF 24,95 bis CHF 157,45) der Kosten je Pflegestunde bei den untersuchten 86 Institutionen ist bei den Benchmark-Daten sehr hoch, das Minimum hingegen jedoch wesentlich niedriger als bei den Modellberechnungen. Dies spiegelt sich in den SOMED-Rohdaten wider, welche auch auf den Kostenrechnungen der Institutionen basieren. Diese grosse Spannweite kann ein Hinweis sein, dass in der Realität die Qualität der Kostenrechnungen sehr divergent ist. Gemäss der SOMED-Rohdaten wird ca. 40 % mehr Personal mit Diplom und auch mehr Personal mit Fachabschluss eingesetzt als das in der Modellrechnung für Pflegeleistungen der Fall ist. Die Anzahl an Assistenzpersonal ist dafür aber wesentlich geringer.

6. Analysen der Resultate der Modellrechnung (Grundmodell)

Bei den Berechnungen mit dem Grundmodell handelt es sich um Mindestkosten, welche entstehen, wenn die Faktoren absolut optimal und flexibel eingesetzt werden können, und wenn das absolute Minimum an Personal gemäss Vorschrift eingesetzt wird. Je nach Case-Mix (Pflegetintensität über alle Stufen je Institution) werden, wie gezeigt, die Personalkosten und damit zu einem relevanten Teil die Gesamtkosten, mit den Vorgaben im Richtstellenplan festgelegt. Unterschiede könnten sich insbesondere abhängig von der Grösse der Institution ergeben. Ineffizienzen könnten bei zu kleiner oder auch bei zu hoher Anzahl an Pflegeplätzen (Transaktions- bzw. Koordinationskosten, Schwelleneffekte) vorliegen.

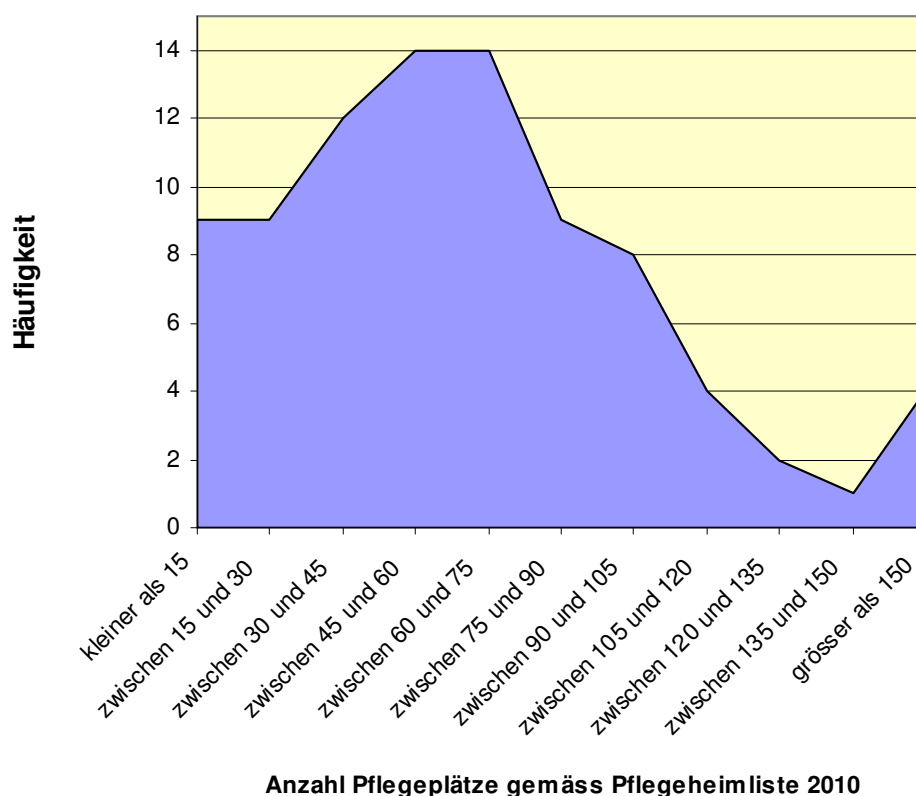
Mit der vorliegenden Arbeit sollen Zusammenhänge über die Höhe der Pflegekosten erkannt, Beziehungen zwischen Pflegekosten und den relevanten Faktoren nachgewiesen und, wenn möglich, die Art und Grösse dieser Zusammenhänge geschätzt werden. In den folgenden Abschnitten werden zunächst die Ergebnisse der Untersuchungen mittels Streudiagramm und Korrelationskoeffizient dargestellt, während die inhaltliche Interpretation zusammenfassend im Abschnitt 6.8 dargelegt wird.

6.1. Verteilung

Die Grundlage zur Analyse für die Beantwortung der obigen Fragen bildet einerseits die Anzahl an Pflegeplätzen je Institution und andererseits die Anzahl an erbrachten Pflegeminuten (hier gemäss Modellrechnung) je Institution. Ausserdem gehören zur Grundlage die Verteilung der Pflegetintensität über alle Stufen je Institution.

Die Anzahl an Pflegeplätzen der untersuchten Institutionen weist folgende Häufigkeitsverteilung auf:

Abbildung 8: Pflegeplätze gemäss Pflegeheimliste 2010

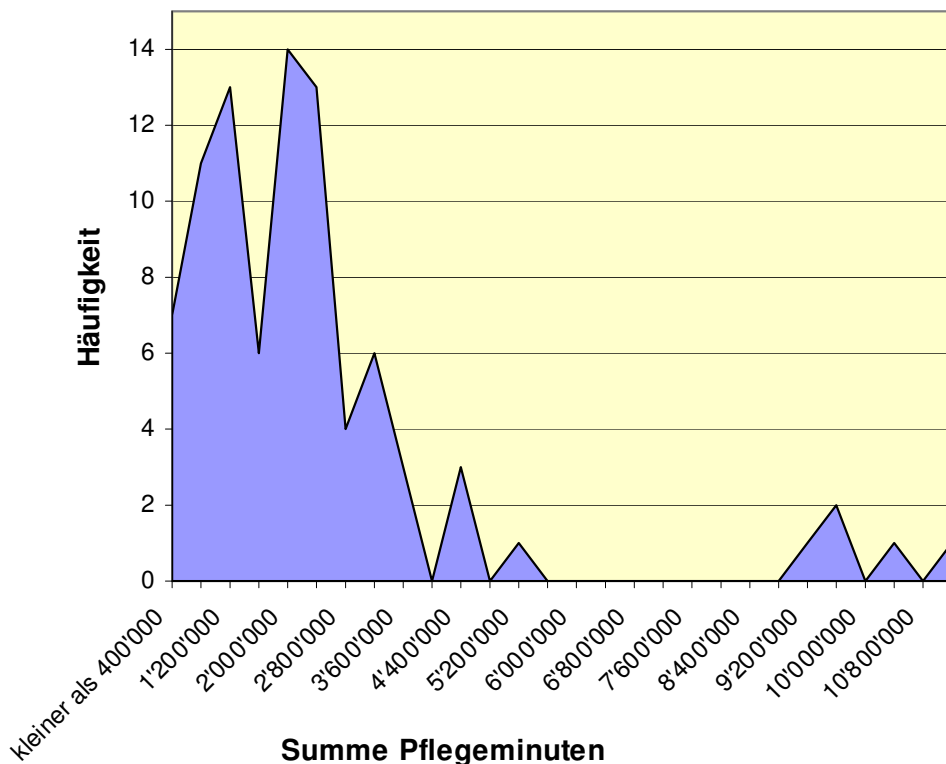


Quelle: eigene Berechnungen

18 bzw. 21 % der untersuchten Pflegeinstitutionen hatten im Jahr 2010 weniger als 30 Pflegeplätze (9 Institutionen weniger als 15 Pflegeplätze). Beim Grossteil (40 Institutionen, bzw. 47 %) bewegt sich die Anzahl an Pflegeplätze zwischen 30 und 75. 21 (24 %) Institutionen weisen zwischen 75 und 120 Pflegeplätze aus und nur 7 (8 %) Institutionen bieten mehr als 120 Pflegeplätze an.

Die Häufigkeitsverteilung der je Institution erbrachten Pflegeminuten lässt sich wie folgt darstellen:

Abbildung 9: Hausindividuelle Summen der Pflegeminuten 2010

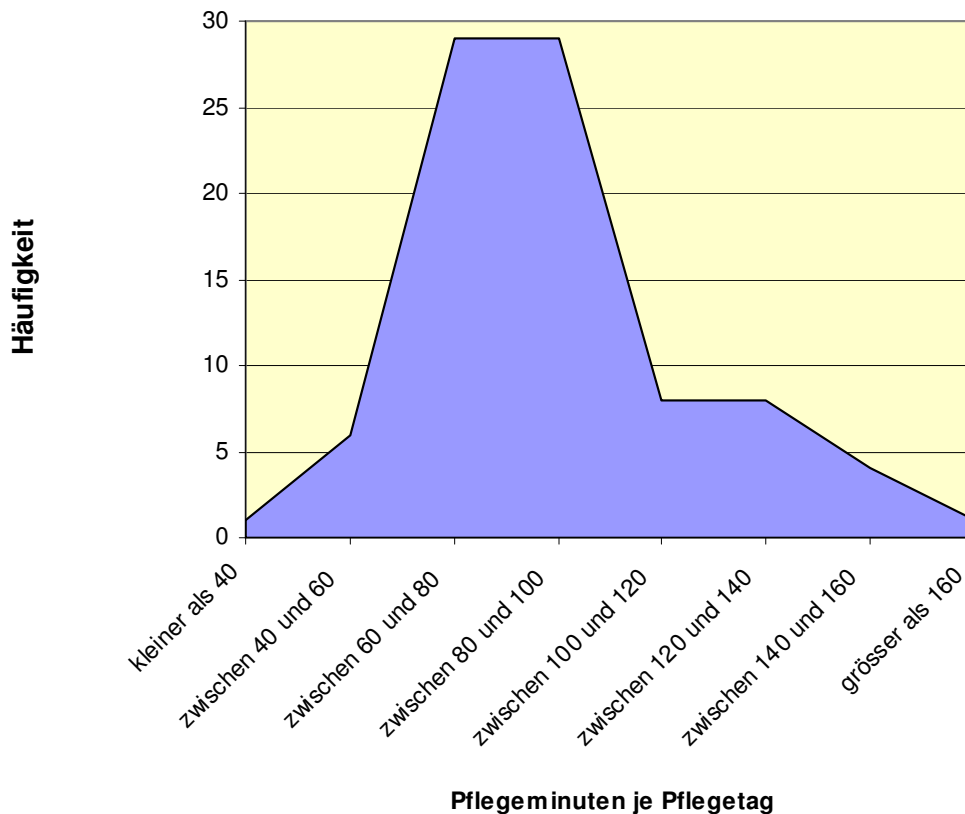


Quelle: eigene Berechnungen

Diese Werte sind noch ungleicher verteilt als die Anzahl der Pflegeplätze: 90 % (77) der Institutionen erbringen jeweils weniger als 3,6 Mio. Pflegeminuten, was weniger als 60'000 Stunden Pflege im Jahr entspricht. 4 Institutionen sind im Bereich von je bis zu 6 Mio. Pflegeminuten (100'000 Stunden Pflege) pro Jahr zu finden, und nur ein paar wenige (5 Institutionen) erbringen jährlich mehr als 9,6 Mio. Pflegeminuten (160'000 Pflegestunden) je Institution.

Die Häufigkeitsverteilung der Pflegeintensität (Summe Pflegeminuten pro Jahr dividiert durch die Summe der Pflgetage pro Jahr) über alle Stufen je Institution zeigt, dass eine Mehrzahl der Institutionen zwischen 60 und 100 Pflegeminuten je Pflgetag erbringt. In diesem Bereich liegen 58 Institutionen (fast 70 %). Gering ist die Anzahl jener Institutionen, die weniger als 60 Pflegeminuten je Pflgetag erbringen (7 bzw. knapp 10 %). Im Bereich von mehr als 140 Pflegestunden pro Pflgetag sind nur noch 5 % bzw. 5 Institutionen zu finden.

Abbildung 10: Pflegeintensität über alle Stufen je Institution 2010



Quelle: eigene Berechnungen

Die Modellrechnung basiert auf den Leistungszahlen 2010 der Institutionen, den „Preisannahmen“, für die Faktoreinsätze gemäss Abschnitt 5.4.1 und auf der in Abschnitt 5.3 erarbeiteten Kostenfunktion. Diese Gleichung enthält als Variablen die Pflegeminuten und - zur Modellierung der Fixkosten für Werkstoffe und Betriebsmittel - die Anzahl an Pflegeplätzen. Im Folgenden wird untersucht, wie sich diese Variablen beim Einsetzen der reellen Werte 2010 in der Modellrechnung auswirken.

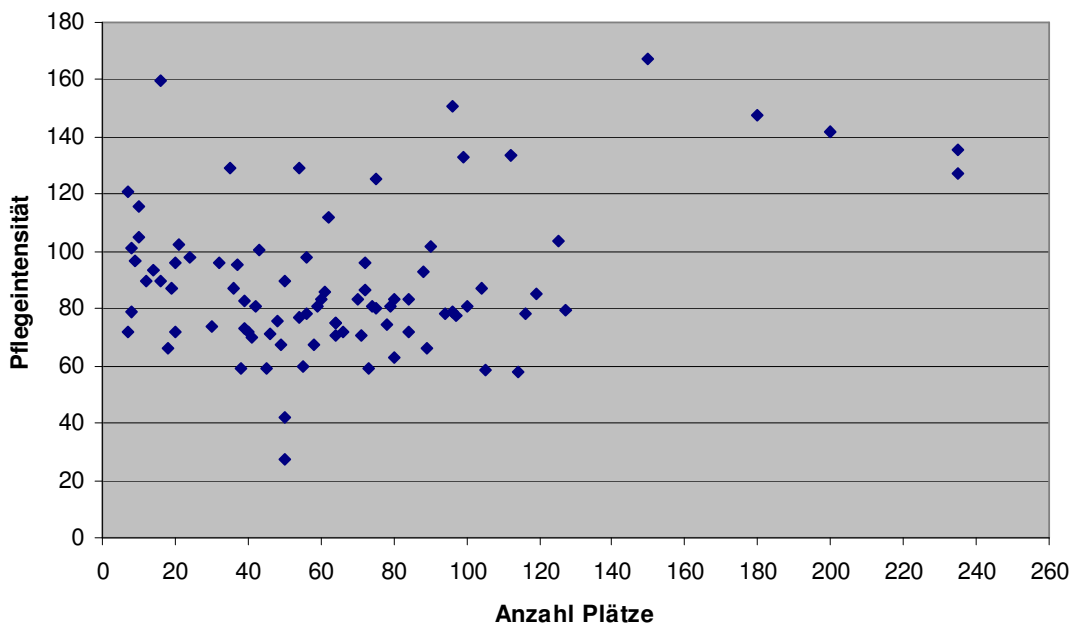
6.2. Zusammenhang zwischen der Anzahl der Pflegeplätze und der Pflegeintensität über alle Stufen

Die Pflegeintensität gibt Auskunft über die durchschnittlich pro Pflegetag gemäss den Ergebnissen der jeweiligen Erfassungsinstrumente benötigten Minuten für die Erbringung von Pflegeleistungen über alle Stufen und über alle Bewohner einer Institution.

Ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Pflegeplätze und der Pflegeintensität über alle Stufen lässt sich im Grundmodell (siehe Abbildung 11) kaum feststellen. Weitere Informationen dazu sollen ein Streudiagramm und der Korrelationskoeffizient liefern.

Der Korrelationskoeffizient für den Zusammenhang zwischen der Anzahl der Pflegeplätze und der Pflegeintensität je Haus von 0,314 misst eine geringe positive Korrelation und deutet somit darauf hin, dass die Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner nicht unbedingt in grösseren Institutionen höher ist bzw. auch kleinere Institutionen einen pflegeintensiven Bewohnermix beherbergen können.

Abbildung 11: Pflegeintensität (Minuten pro Pfl egetag) und Anzahl der Plätze je Institution



Quelle: eigene Berechnungen

6.3. Zusammenhang der Kosten pro Pflegestunde und der Anzahl Pflegeplätze je Institution

Die Mindestkosten für die Pflegeleistungserbringung bewegen sich bei den untersuchten 86 Institutionen (inklusive den Schätzgrössen für dispositive Arbeit, Werkstoffe und Betriebsmittel) aufgrund der Berechnungen im Grundmodell zwischen CHF 60,25 und CHF 206,10 pro Pflegestunde mit einem Mittelwert je Pflegestunde von CHF 69,60 und einem Median von CHF 62,50. Die Anzahl der Pflegeplätze bewegt sich zwischen 7 und 235.

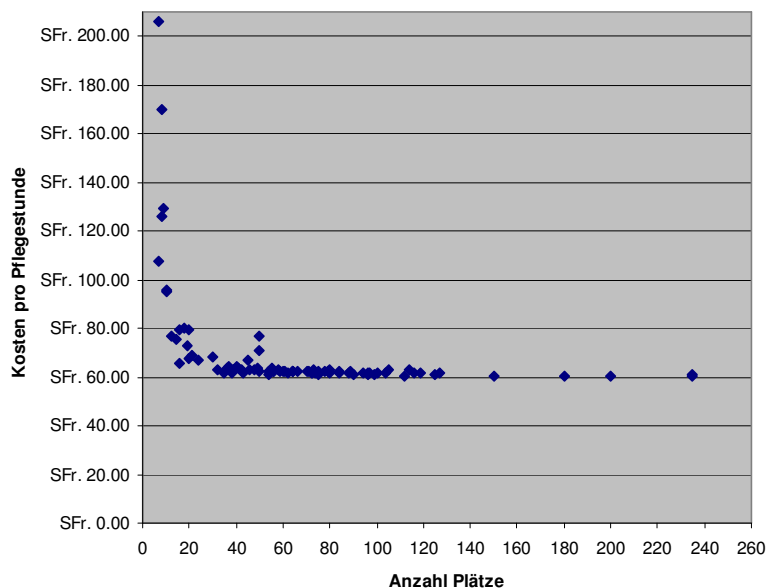
Als sekundäre Frage wurde unter Abschnitt 1.2 festgehalten:

Wie gross muss eine Institution sein und was für einen Case-Mix braucht es, um kostenoptimal zu arbeiten?

Die Anzahl der Pflegeplätze beeinflusst die Kostenfunktion nur in geringem Ausmass direkt durch Bestimmung der Sach- bzw. Fixkosten mit CHF 1'000 pro Pflegeplatz. Es bleibt somit die Frage zu untersuchen, ob die Änderung der Anzahl angebotener Pflegeplätze einen Einfluss auf die Kosten je Pflegestunde hat.

Wie Abbildung 12 zeigt, lässt sich zwischen der Anzahl der Pflegeplätze als Indikator für die „Grösse“ einer Institution und den Kosten je Stunde für Pflegeleistungen ein Zusammenhang feststellen. Der Korrelationskoeffizient beträgt -0,42, und zeigt damit eine nicht allzu ausgeprägte negative Korrelation. Das lässt sich auf den ersten Blick so deuten, dass die Kosten je Pflegestunde gering sinken, je mehr (und steigen, je weniger) Pflegeplätze eine Institution aufweist.

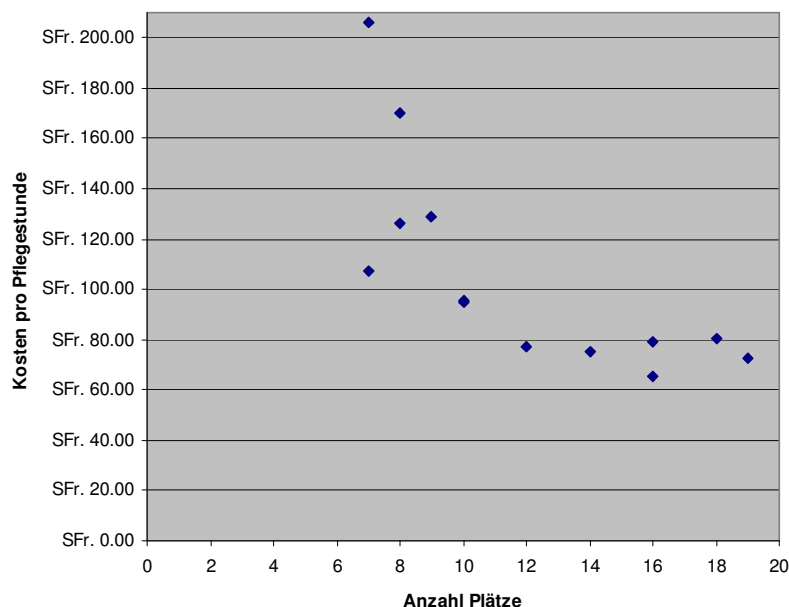
Abbildung 12: Streudiagramm Kosten je Pflegestunde und Anzahl der Plätze je Institution (alle Institutionen)



Quelle: eigene Berechnungen

Die Korrelation „Kosten je Pflegestunde und Anzahl der Plätze“ wird jedoch hoch, wenn nur die Institutionen mit geringer Anzahl an Pflegeplätzen (bis 20 Plätze) untersucht werden, und beträgt dann -0,74. Bei diesen Institutionen sinken die Kosten je Pflegestunde fast durchweg mit zunehmender Pflegeplatzzahl von CHF 206 auf unter CHF 70.

Abbildung 13: Streudiagramm Kosten je Pflegestunde und Anzahl der Plätze je Institution (Institutionen mit weniger als 20 Pflegeplätzen)



Quelle: eigene Berechnungen

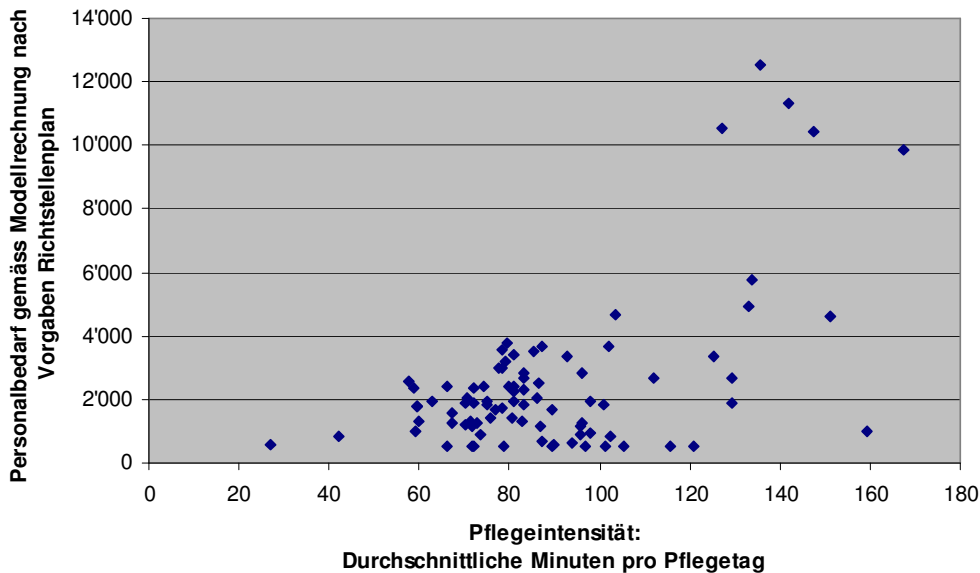
Da jedoch 2 bis 3 Institutionen mit ca. 50 Pflegeplätzen wiederum Kosten von über CHF 70 pro Pflegestunde aufweisen, müssen weitere Kriterien für die Höhe bzw. das Ansteigen der Pflegekosten ausschlaggebend sein.

6.4. Zusammenhang der Pflegeintensität über alle Pflegestufen je Institution und Gesamtpersonalsoll gemäss Modellrechnung nach Vorgaben Richtstellenplan

Die Korrelation zwischen Gesamtpersonalsoll gemäss der Modellrechnung nach den Vorgaben des Richtstellenplans und der Pflegeintensität über alle Pflegestufen je Institution weist den Wert 0,57 auf, und zeigt damit eine gute positive Korrelation.

Das bedeutet, dass mit steigender Pflegeintensität auch der Personalbedarf steigt.

Abbildung 14: Streudiagramm Personalbedarf und Pflegeintensität

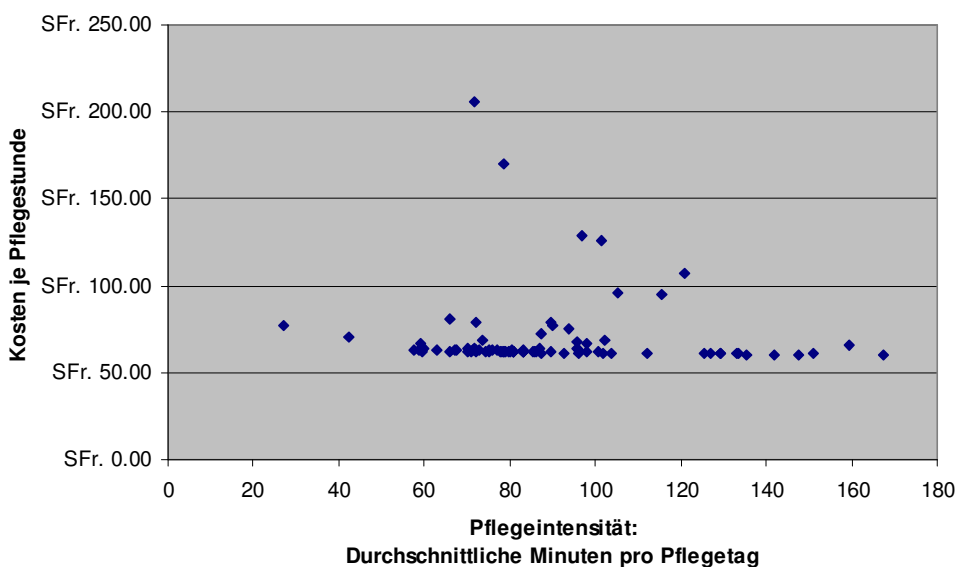


Quelle: eigene Berechnungen

6.5. Zusammenhang der Kosten pro Pflegestunde und Pflegeintensität über alle Pflegestufen je Institution

Mit $-0,05$ ist die Korrelation zwischen den Kosten je Pflegestunde und der Pflegeintensität über alle Stufen je Institution wenig ausgeprägt.

Abbildung 15: Streudiagramm Kosten je Pflegestunde und Pflegeintensität



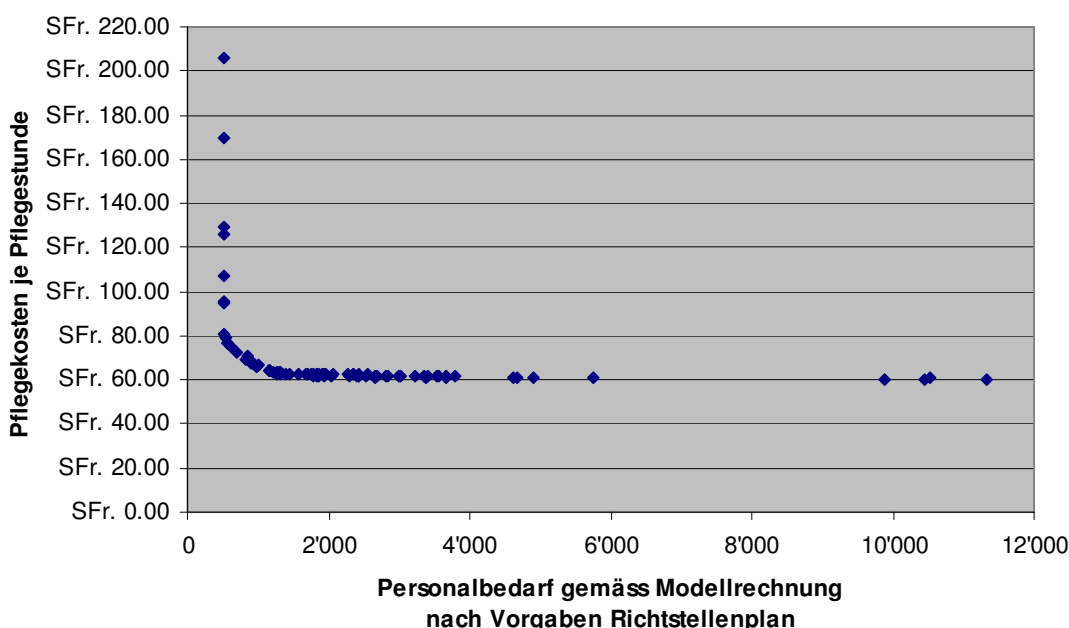
Quelle: eigene Berechnungen

Das könnte bedeuten, dass trotz höherem Personalbedarf bei höherer Pflegeintensität die Kosten je Pflegestunde nicht steigen oder sinken und folglich sich die Kostenstruktur durch Änderung des Bewohnermix nicht determinieren lässt.

6.6. Zusammenhang zwischen Gesamtpersonalsoll gemäss Modellrechnung nach Vorgaben Richtstellenplan und Kosten pro Pflegestunde

Der Korrelationskoeffizient beträgt beim Vergleich des Gesamtpersonalsolls in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) gemäss Modellrechnung nach den Vorgaben des Richtstellenplans über alle Institutionen mit den Werten der Pflegekosten je Stunde – 0,29. Mit steigendem Gesamtpersonalbedarf sinken gemäss Abbildung die Kosten je Pflegestunde in geringem Mass.

Abbildung 16: Streudiagramm Kosten je Pflegestunde und Personalbedarf



Quelle: eigene Berechnungen

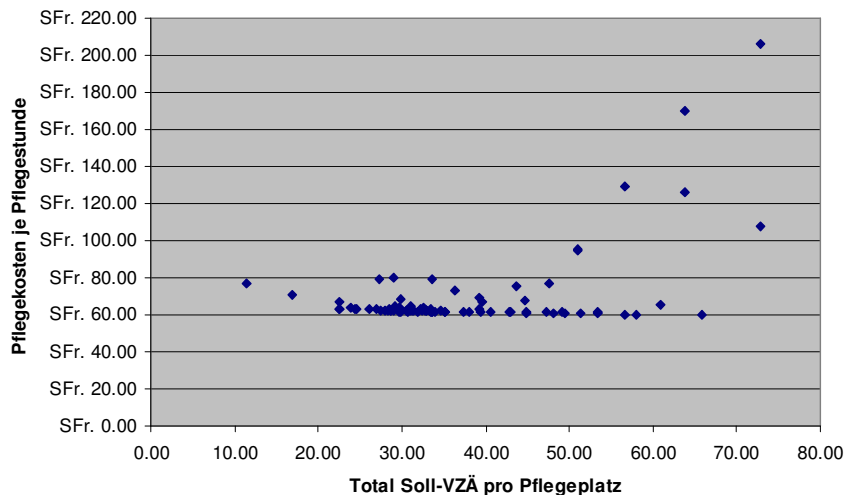
Die Grafik zeigt jedoch, dass der Bereich zwischen den Werte CHF 60 und CHF 80 je Pflegestunde genauerer Analysen bedarf. Institutionen, die Pflegekosten ab CHF 63,60 pro Stunde ausweisen, haben alle gemeinsam, dass sie gemäss den kantonalen Vorgaben die vorgeschriebenen Stellenprozente mit diplomiertem Personal (305 Stellenprozente) und mit Personal mit Fachausweis (255 Stellenprozente) besetzen müssen. Sie bewegen sich alle unter der Grenze von ca. 1,1 Mio. erbrachten Pflegeminuten (ca. 18'000 Pflegestunden), und müssen deshalb mehr teures Personal einsetzen, als sie aufgrund ihrer Pflegeminuten benötigen würden. Bei diesem Output sinken die durchschnittlichen Fixkosten nicht mehr. Da die Personal-Fixkosten konstant sind, sinken normalerweise die durchschnittlichen Personal-Fixkosten, wenn der Output ansteigt. Ab diesem Punkt ist dies nicht mehr der Fall.

Je mehr Pflegeminuten ein Haus erbringt, desto günstiger kann es diese „produzieren“. Dies wirkt sich unterhalb von ca. 1 Mio. Pflegeminuten ganz besonders auf die absolute Höhe der Pflegekosten aus, was wie oben dargelegt, insbesondere durch die Umlage der Fixkosten beeinflusst wird. Bei Leistungen über 1 Mio. Pflegeminuten ist dieser Zusammenhang noch offensichtlicher, obwohl hier in absoluten Zahlen nicht mehr grosse Einsparungen zu erzielen sind, und sich die Pflegekosten je Stunde im Grundmodell zwischen minimal CHF 60 und maximal CHF 65 bewegen.

6.7. Zusammenhang zwischen Vollzeitäquivalente (VZÄ) pro Pflegeplatz bzw. pro Pflegestunde und Kosten pro Pflegestunde

Die Gesamtanzahl von Vollzeitäquivalenten (VZÄ), welche pro Pflegeplatz eingesetzt werden müssen, um die Vorgaben zu erfüllen, bewegt sich zwischen 11 und 72 VZÄ pro Pflegeplatz. Im Mittel müssen 37 VZÄ eingesetzt werden. Die Korrelation zwischen den Gesamt-VZÄ pro Pflegeplatz je Institution und den Pflegekosten pro Stunde beträgt 0,53.

Abbildung 17: Streudiagramm Korrelation Kosten je Pflegestunde und Soll-VZÄ pro Pflegeplatz

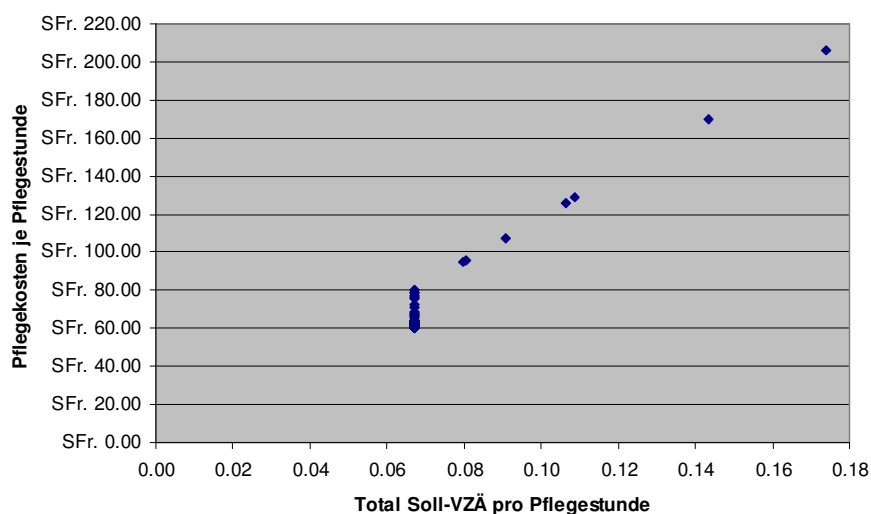


Quelle: eigene Berechnungen

Die Korrelation zwischen den Gesamt-VZÄ pro Stunde je Institution und den Pflegekosten pro Stunde ist wesentlich höher und beträgt 0,97. Abbildung 18 zeigt deutlich, dass diese Relation fast durchgehend durch die Berechnung des Personalsolls mit der zugrunde gelegten Jahresarbeitszeit auf 0,067 VZÄ je Pflegestunde definiert ist, und für Institutionen mit weniger als 450'000 Pflegeminuten pro Jahr fast perfekt korreliert ansteigt.

Solche Institutionen mit einer geringen Anzahl an Pflegeminuten pro Jahr müssen aufgrund ihrer geringen Anzahl an erbrachten Pflegeminuten pro Jahr und aufgrund der Vorgaben des Richtstellenplanes das Gesamtpersonalsoll zur Erbringung der Pflegeleistung mit diplomiertem Personal oder mit Personal mit Fachausweis erreichen. Diese Institutionen haben somit nur noch fixe Personalkosten. Sie können kein Assistenzpersonal mehr einsetzen.

Abbildung 18: Streudiagramm Kosten je Pflegestunde und Soll-VZÄ pro Pflegestunde

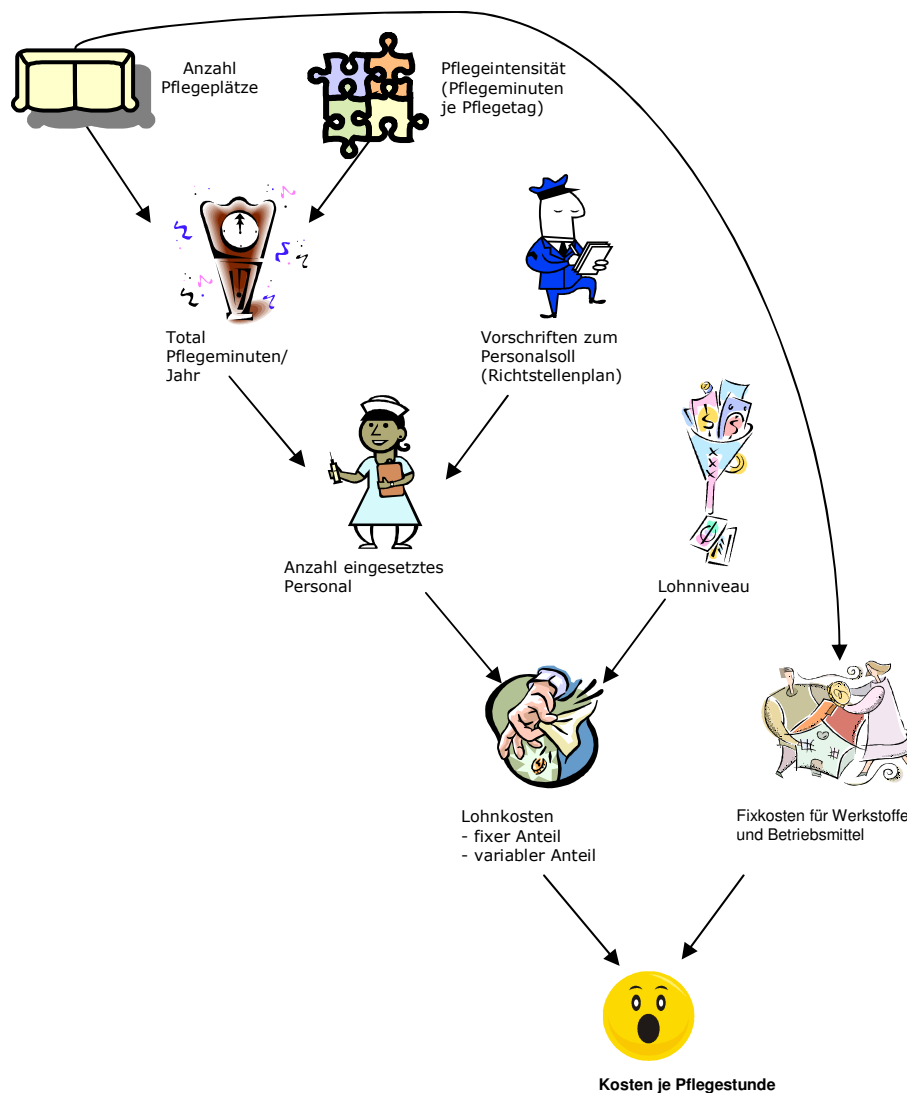


Quelle: eigene Berechnungen

6.8. Diskussion / Zwischenfazit Modellrechnung

Wie sich aus den Analysen und Überlegungen in diesem Abschnitt ergibt, sind die Kosten je Pflegestunde von den Löhnen und damit auch in hohem Masse von der Anzahl des eingesetzten Personals abhängig. Diese Anzahl von Personal hängt von den insgesamt in einem Jahr erbrachten Pflegeminuten je Institution ab, welche einerseits von der Anzahl der zur Verfügung stehenden Pflegeplätze mitbestimmt und andererseits über den steigenden Personalbedarf bei steigender Pflegeintensität beeinflusst werden. Dieser Zusammenhang stellt sich wie folgt dar:

Abbildung 19: Einflussfaktoren auf Kosten je Pflegestunde



Variation Lohnniveau

Der Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten je Pflegestunde bewegt sich gemäss der SOMED-Rohdaten zwischen 92 % und 99 % und das mit einem Mittelwert von 97 % (wovon 91,9 % objektbezogene Arbeit und 5,1 % dispositiver Faktor). Da die Pflegekosten je Stunde sehr stark von den Personalkosten abhängen, muss das Modell daraufhin untersucht werden, wie sich eine Variation der Jahresarbeitslöhne auswirkt. Die Frage lautet: Was passiert mit den Pflegekosten, wenn die Jahresarbeitslöhne variiert werden? Die Auswirkungen des Lohnniveaus werden in dieser Arbeit durch die Variation der Jahreslöhne um je 10 % und 20 % nach oben und unten untersucht.

Tabelle 15: Resultate Variation Jahreslöhne inkl. Nebenkosten in der Modellrechnung

	Jahreslohn Pflegedienstleitung	Jahreslohn Personal mit Diplom	Jahreslohn Personal mit Fachabschluss	Jahreslohn Assistenzpersonal	Mittelwert Kosten pro Pflegestd.	Median Kosten pro Pflegestd.	Min. Kosten pro Pflegestd.	Max. Kosten pro Pflegestd.
Grundmodell	SFr. 147'420	SFr. 127'530	SFr. 81'315	SFr. 69'030	SFr. 69.60	SFr. 62.50	SFr. 60.25	SFr. 206.10
+10 %	SFr. 162'162	SFr. 140'283	SFr. 89'447	SFr. 75'933	SFr. 75.90	SFr. 68.20	SFr. 66.10	SFr. 223.80
+20 %	SFr. 176'904	SFr. 153'036	SFr. 97'578	SFr. 82'836	SFr. 82.20	SFr. 74.00	SFr. 72.00	SFr. 241.50
-10 %	SFr. 132'678	SFr. 114'777	SFr. 73'184	SFr. 62'127	SFr. 63.25	SFr. 56.75	SFr. 54.40	SFr. 188.35
-20 %	SFr. 117'936	SFr. 102'024	SFr. 65'052	SFr. 55'224	SFr. 57.00	SFr. 51.00	SFr. 48.50	SFr. 170.65

Quelle: eigene Berechnungen

Wie aus obiger Tabelle ersichtlich ist, verursacht eine Erhöhung oder Senkung des Lohnniveaus praktisch eine identische Erhöhung bzw. Senkung der Kosten je Pflegestunde. Es ist damit wichtig, sowohl auf gesamtwirtschaftlicher Ebene wie auch aus der betriebswirtschaftlichen Sicht der einzelnen Institutionen korrekte und adäquate Jahreslöhne (hier inkl. Nebenkosten) für Berechnungen, z.B. bei der Festlegung der Restkostenfinanzierung durch die Kantone oder bei der hausindividuellen Budgetierung, zu hinterlegen.

Form Kostenfunktion

Für Institutionen mit über 0,067 einzusetzenden Gesamt-VZÄ pro Pflegestunde sind die Fixkosten, welche auf die Pflegekosten pro Stunde umgelegt werden müssen, massgebend (vgl. Abschnitt 6.7). Die Gesamtfixkostenanteile bei der Produktion von Pflege belaufen sich, wie unter 5.3 beschrieben, minimal auf:

Formel 7: Fixkosten

$$Kf(P) = (1 + I) (C_{LDIL} * 0.5 L_{DIL} + C_{LDI} * 2.55 L_{Di} + C_{LGE} * 2.05 L_{Ge}) + C_W * W + C_K * K$$

Mit den konkret im Grundmodell verwendeten Zahlen heisst das:

$$\begin{aligned} Kf(P) &= 1,055 * (0,5 * CHF 147'420 + 2,55 * CHF 127'530 + 2,05 * CHF 81'315) + \\ &\quad CHF 1'000 * \text{Anzahl Pflegeplätze} \\ &= 1,055 * (CHF 73'710 + CHF 325'201 + CHF 166'696) + CHF 1'000 * \text{Anzahl Pflegeplätze} \\ &= (1 * CHF 565'607) + (0,55 * CHF 565'607) + (CHF 1'000 * \text{Anzahl Pflegeplätze}) \\ &\quad [= \text{objektbezogene Arbeit} + \text{dispositive Arbeit} + \text{Werkstoffe und Betriebsmittel}] \\ &= CHF 565'607 + CHF 31'108 + CHF 1'000 * \text{Anzahl Pflegeplätze} \\ &= CHF 596'716 + CHF 1'000 * \text{Anzahl Pflegeplätze} \end{aligned}$$

Im Grundmodell zeigt sich, dass bei Berücksichtigung dieser Vorgaben 7 Institutionen den gesamten Sollbestand an Personal mit Fachpersonal erfüllen müssen, was in dieser Berechnung fixe Kosten für objektbezogene Arbeit in Höhe von CHF 565'607 und für dispositive Arbeit in Höhe von CHF 31'108 verursacht. Dazu kommen pflegeplatzabhängige Fixkosten für Werkstoffe und Betriebsmittel in Höhe von geschätzten CHF 1'000 pro Pflegeplatz. Damit sind die Fixkosten, wenn auch in geringem Ausmass, hausindividuell verschieden, und bewegen sich zwischen CHF 603'715 und 831'715, und zwar mit einem Mittelwert von CHF 662'994 und einem Median in Höhe von CHF 656'215.

Variabel und damit abhängig von der Produktion bzw. der Anzahl generierter Pflegeminuten sind:

Formel 8: Variable Kosten

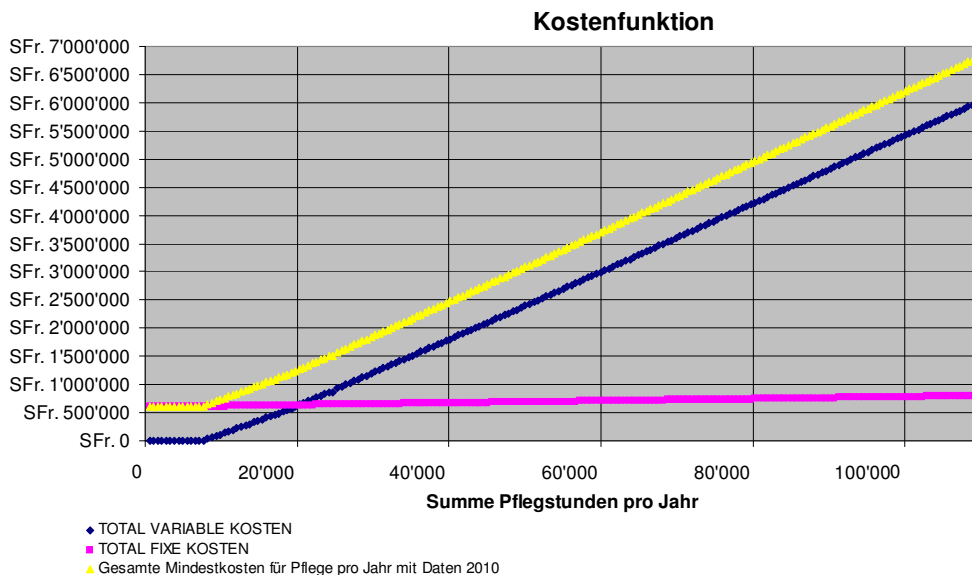
$$\begin{aligned} K_v(P) &= (1 + I) * [C_{LDI} * \left\{ 0.2 L_{Di} \left(\frac{[\sum \text{Pflegeminuten} * 1.24]}{1848 * 60 \text{ Min}_{\square}} + 0.14 \right) - 2.55 L_{Di} \right\} + \\ &\quad C_{LGE} * [5.1 L_{Ge} - \left\{ 2.55 L_{Ge} + \left\{ 0.2 L_{Ge} \left(\frac{[\sum \text{Pflegeminuten} * 1.24]}{1848 * 60 \text{ Min}_{\square}} + 0.14 \right) - 2.55 L_{Ge} \right\} \right\} + \\ &\quad C_{LAS} * 0.6 L_{As} \left\{ 0.2 \left(\frac{[\sum \text{Pflegeminuten} * 1.24]}{1848 * 60 \text{ Min}_{\square}} + 0.14 \right) \right\}] \end{aligned}$$

Die Form der Funktion der variablen Kosten ist verwandt mit der Produktionsfunktion, weil die kurzfristige Produktionsfunktion definiert, wie viel Arbeit es braucht, um eine bestimmte Menge an Pflegeleistung zu produzieren. Multiplizieren wir diese Menge an Arbeit mit dem Lohn, so erhalten wir die variablen Kosten. Geht man von konstanten Skalenerträgen⁵⁵ aus, haben die variablen Kosten eine lineare Form. Bei steigenden Skalenerträgen könnte der Output durch immer kleinere Erhöhungen der variablen Kosten erhöht werden, und die Kurve der variablen Kosten würde mit einer immer kleiner werdenden Steigung steigen.

Die Fixkostenkurve wäre grundsätzlich eine waagrechte Gerade, da diese Kosten unabhängig vom Output sind. Da Fixkosten für Werkstoffe und Betriebsmittel pflegeplatzabhängig in die vorliegenden Berechnungen und ins Grundmodell eingegangen sind, unterliegt die entsprechende Kurve einer geringen Steigung.

Über alle Institutionen wird in den 5'700 Pflegeheimplätzen eine Summe von 188'569'628 Pflegeminuten erbracht (bei den zugrunde gelegten Minutenwerten gemäss Richtstellenplan), und somit werden im Gesamtdurchschnitt über alle Plätze ca. 33'000 Pflegeminuten pro Pflegeplatz geleistet. Die Darstellung (Abbildung 20) der Kurve der variablen Kosten beginnt bei dieser Anzahl Pflegeminuten und damit bei dem Wert, welcher sich ergibt, wenn mindestens ein durchschnittlicher Pflegeplatz zur Verfügung gestellt wird. Die Fixkosten für Werkstoffe und Betriebsmittel sind pro Pflegeplatz mit CHF 1'000 definiert, und gehen nun für die Darstellung entsprechend mit CHF 1'000 pro 33'000 Pflegeminuten ein. Die gesamten Fixkosten für Werkstoffe und Betriebsmittel betragen im vorliegenden Datenset CHF 5,7 Mio. und damit ca. 10 % der gesamten Fixkosten von CHF 57 Mio. Ausgehend von den oben ausgewiesenen Fixkosten für objektbezogene und dispositive Arbeit in Höhe von CHF 596'716 bedeutet es, dass im Durchschnitt ca. CHF 59'670 Fixkosten für Werkstoffe und Betriebsmittel anfallen. Hausindividuell muss jedoch die eigene Bettenzahl beachtet werden.

Abbildung 20: Form der Gesamtkostenfunktion



Quelle: eigene Berechnungen

Die obige Darstellung zeigt, dass ab ca. 7'150 Pflegestunden (429'000 Pflegeminuten) im Jahr bzw. ab 13 Pflegeplätzen (unter Annahme von 33'000 Pflegeminuten pro Pflegeplatz) die gesamten Kosten erstmals die Fixkosten übersteigen. Ab ca. 20'000 Pflegestunden (1'200'000 Pflegeminuten) im Jahr bzw. ab ungefähr 37 Pflegeplätzen sind die variablen Kosten erstmals höher als die Fixkosten.

⁵⁵ Der Begriff der Skalenerträge (Grössensparnisse) ist ein wichtiger Bestandteil der Produktionstheorie. Sie geben die Rate an, mit der sich der Output bei proportionaler Erhöhung der Inputs erhöht.

Durchschnittskosten

Grundsätzlich geben die Durchschnittskosten die Kosten der Produktion pro Einheit an. Als Gesamtdurchschnittskosten werden die Kosten bezeichnet, die je produzierter Einheit in vollem Umfang anfallen, d.h. die Summe aus den fixen und den variablen Durchschnittskosten. Sie ergeben sich durch Division der Gesamtkosten durch den dazugehörigen Output, im vorliegenden Fall durch die geleisteten Pflegeminuten bzw. Pflegestunden. Die entsprechende Berechnung im Abschnitt 5.4.2 hat im Grundmodell bei allen untersuchten 86 Institutionen (mit 2'008'063 Pflegetagen bzw. einer Gesamtanzahl von Pflegeminuten von 188'569'628 mit Gesamtkosten von CHF 197'161'005) durchschnittliche Kosten je Pflegeminute von CHF 1,16 und je Pflegestunde von CHF 69,60 ergeben. Diese Werte bewegen sich zwischen CHF 60,25 und CHF 206,10 pro Pflegestunde mit einem Median von CHF 62,50.

Fixkosten entstehen grundsätzlich auch dann, wenn keine Pflegeleistungen erbracht werden. Sie ändern sich nicht mit der Veränderung der Anzahl erbrachter Pflegeminuten. Da die Fixkosten konstant sind, sinken die durchschnittlichen Fixkosten bei steigender Anzahl an Pflegeminuten. Das heisst, je mehr Pflegeleistungen erbracht werden, desto minimaler werden die fixen Durchschnittskosten. Dieser degressive Verlauf der Stückkosten wird als Fixkostendegression bzw. als das Gesetz der Massenproduktion bezeichnet.

Um die durchschnittlichen Fixkosten zu berechnen, werden die Fixkosten durch die entsprechende Anzahl an Pflegeminuten geteilt.

Formel 10: Durchschnittliche Fixkosten

$$\begin{aligned} \text{kf}(P) &= \text{Kf}(P) / \text{Gesamtpflegeminuten} \\ &= (\text{CHF } 596'716 + \text{CHF } 1'000 * \text{Anzahl Pflegeplätze}) / \text{Gesamtpflegeminuten} \end{aligned}$$

Die entsprechenden Berechnungen auf Basis des Grundmodells ergeben hausindividuelle Fixkosten je Pflegestunde zwischen CHF 4,50 und CHF 206,10. Der Mittelwert beträgt CHF 35,90, der Median 23,40. 24 Werte (28 %) liegen über dem Mittelwert; die Verteilung ist rechtsschief.

Konkret bedeutet dies für die Institutionen, dass sie pro Pflegestunde mindestens diese Beträge erwirtschaften müssten bzw. dass sie je Pflegestunde mindestens diese Beträge erhalten müssten, damit ihre jeweiligen Fixkosten gedeckt sind.

Der Erfolg wird berechnet als Umsatz (Anzahl erbrachter Pflegestunden multipliziert mit Stundensatz) abzüglich der variablen Kosten (welche hier bewusst bei 0 gehalten werden) abzüglich der Fixkosten. Dieser Wert muss grösser als Null sein, damit nicht ein Verlust eingefahren wird. Wenn nur mit Fixkostenanteilen zu rechnen ist, können somit die hausindividuellen Fixkosten durch einen fiktiven Erlös je Stunde (Vollkostenstundensatz für Pflegeleistungen) geteilt werden, und man erhält die minimale Anzahl Minuten, die je Institution zu erbringen wäre, damit die gesamten hausindividuellen Fixkosten gedeckt sind. Damit kann in der Folge die Anzahl der Pflegeminuten je Pflegeplatz und je Pflegeplatz berechnet werden, welche zur Deckung der Fixkosten nötig ist.

Zur Illustration werden in Anhang III d) die Ergebnisse des Grundmodells mit dem Vollkostenstundensatz von CHF 55 untersucht, der für das Jahr 2012 seitens der kantonalen Behörden im Aargau definiert wurde. Dabei kommen auch die für das Jahr 2012 für alle Erfassungsinstrumente geltenden Minutenwerte nach KLV 7a zum Einsatz.

Es zeigt sich, dass pro Pflegeplatz im Mittel 20'037 Minuten im Jahr zu erbringen sind, um die Fixkosten zu decken. Der davon abweichende Median in Höhe von 12'032 Minuten weist darauf hin, dass die Unterschiede zwischen den Häusern sehr gross sind. Die entsprechenden Werte bewegen sich zwischen 3'861 und 94'086 Minuten je Pflegeplatz und Jahr.

Pro abgerechnetem Pflegeplatz müssten im Mittel 56 Minuten (Median 34 Minuten) erbracht werden, wobei auch hier die Divergenz zwischen den einzelnen Häusern sehr gross ist, und sich die Spannweite der Werte von 11 bis zu 268 Minuten pro Pflegeplatz bewegt. Unter Be-

rücksichtigung der Tatsache, dass bei Beachtung der Vorgaben des Richtstellenplanes die durchschnittlichen Pflegeminuten je Pflergetag in Stufe 12 mit maximal 280 (RAI/RUG-Anwender, für BESA 190 für CH-Index mit 232) zugrunde gelegt sind, ist es offensichtlich, dass für viele Institutionen solche Werte gar nicht erreichbar sind. Dies gilt vor allem, da es sich bei kleineren und damit bei den betroffenen Institutionen um BESA-Institutionen handelt. 6 Institutionen müssten über 190 Pflegeminuten (5 sogar über 232 Pflegeminuten) je Pflergetag erbringen, nur um ihre Fixkosten zu decken.

Per Definition sind langfristig alle Inputfaktoren variabel. Als kurzfristig wird die längste Zeitperiode bezeichnet, in der zumindest ein Inputfaktor einer Produktionsfunktion nicht verändert werden kann. Für alle Pflegeinstitutionen gilt jedoch, dass nicht alle Produktionsfaktoren kurzfristig variierbar sind. In der Praxis sind insbesondere die Personalbestände nicht von einem Tag auf den anderen veränderbar. Um die Bedeutung der Rahmenbedingungen und Vorgaben für alle Institutionen beurteilen zu können, sind deshalb die gesamten Durchschnittskosten wichtig. Dennoch spielt die Unterteilung in kurze und lange Frist eine Rolle: Durchschnittskosten dienen als Informationsgrundlage für die Budgetierung und für die Erfolgskontrolle der Unternehmungen. Die bei der Leistungserbringung anfallenden Kosten müssen grundsätzlich durch den „Preis“ (dem Vollkostenstundensatz für Pflegeleistungen) mindestens gedeckt werden, wobei der Deckungsbeitrag von Bedeutung ist. Werden diesem „Preis“ die variablen Kosten der Leistungserbringung gegenübergestellt, kann beurteilt werden, inwieweit die Institution in der Lage ist, die Fixkosten zu decken. Wenn der Preis je produzierter Einheit genauso gross ist wie die variablen Durchschnittskosten, ist der Deckungsbeitrag gleich null, und die Institution hat weder einen Gewinn noch muss sie einen Verlust tragen (falls keine Fixkosten anfallen). Liegt der Preis unter diesen Kosten, führt dies zu einem negativen Deckungsbeitrag und somit zu einem Verlust. Ein Gewinn entsteht erst dann, wenn der Stückpreis über den variablen und den fixen Durchschnittskosten liegt. Es reicht nicht aus, einen positiven Deckungsbeitrag zu erwirtschaften. In diesem Fall werden lediglich die variablen Kosten gedeckt, und die Institution verursacht einen Verlust in Höhe der Fixkosten. Grundsätzlich müssen deshalb die gesamten durchschnittlichen Kosten abgedeckt sein. Auf kurzfristiger Basis muss somit ein Deckungsbeitrag von mindestens null erwirtschaftet werden. Langfristig ist es notwendig, dass nicht nur die variablen sondern auch die Fixkosten gedeckt werden, wenn der betriebliche Kern erhalten und die Institution nicht gefährdet werden soll.

Analog zu den obigen Berechnungen mit den Fixkosten können die gesamten Kosten durch einen fiktiven „Preis“ (CHF 55 als Vollkostenstundensatz für Pflegeleistungen) geteilt werden. Damit erhält man die minimale Anzahl an Minuten, die je Institution zu erbringen sind, damit die hausindividuellen Gesamtkosten abgedeckt sind. Damit kann in der Folge die Anzahl der Pflegeminuten je Pflergetag und je Pflegeplatz berechnet werden, welche zur Deckung dieser Gesamtkosten nötig ist. Pro Pflegeplatz müssten demnach im Mittel 39'915 Pflegeminuten im Jahr erbracht werden, um die Gesamtkosten zu decken. Der Median liegt bei 33'855 Pflegeminuten und die Spannweite ist zwischen 14'233 und 94'086 Minuten je Pflegeplatz und Jahr definiert. Pro verrechnetem Pflergetag müssten im Mittel 112 Minuten Pflegeleistungen je Pflergetag (Median 95 Minuten) erbracht werden. Auch hier ist die Differenz zwischen dem niedrigsten (38) und dem höchsten Wert (268) sehr gross. Gemäss dieser Berechnung müssen bei einem Preis von CHF 55 mindestens 38 Institutionen (44 % aller Institutionen) mehr als 100 Pflegeminuten je Pflergetag über alle Stufen erbringen können, um ihre Gesamtkosten zu decken. Im Jahr 2010 betrug der Durchschnittswert für die erbrachten Pflegeminuten je Pflergetag über alle Stufen je Institution gemäss Grundmodell 89 Minuten Pflegeleistung je Pflergetag. Die Grössenordnung des zurzeit bezahlten bzw. gemäss den kantonalen Vorgaben zur Taxordnung festgelegten Preises (die CHF 55 als Vollkostenstundensatz für Pflegeleistungen) weicht gemäss den obigen Überlegungen und Berechnungen von einer betriebswirtschaftlich, aber auch volkswirtschaftlich sinnvollen Grösse ab.

7. Analyse der Kostendaten (Benchmark-Daten)

Grundsätzlich sind Pflegeheime gemäss Art. 9 VKL verpflichtet, eine Kostenrechnung zu führen, in der die Kosten nach dem Leistungsort und dem Leistungsbezug sachgerecht ausgewiesen werden. Die Kostenrechnung muss insbesondere die Elemente Kostenarten, Kostenstellen, Kostenträger und die Leistungserfassung abdecken. Sie muss des Weiteren so erfolgen, dass damit die Grundlagen geschaffen werden für die Bestimmung der Leistungen und der Kosten der Krankenpflege für jede Pflegebedarfsstufe (Art. 2 Abs. 1 VKL).

Wie in Abschnitt 4.2 dargestellt, erfasst die VAKA jährlich die sogenannten Benchmark-Daten, welche neben der Anzahl an Pfl egetagen je Bedarfsstufe auch Kostendaten enthält. Diese Angaben über die Höhe der Pflegekosten stammen aus den Betriebsbuchhaltungen der einzelnen Pflegeinstitutionen. Es liegen Rückmeldungen zu diesen Kostendaten von 85 Institutionen vor. Diese Benchmark-Daten sind plausibilisiert und, wo notwendig und möglich, mit den betroffenen Pflegeinstitutionen und der SOMED-Statistik abgeglichen worden. Die Schlüssel, nach denen die Lohnkosten des Pflegepersonals der Pflege zugeteilt werden, sowie die Anwendung der Umlagen in den Kostenrechnungen konnten nicht geprüft werden. Die entsprechenden Daten bzw. deren Datenqualität befindet sich in einem Verbesserungsprozess. Die Daten 2010 enthalten, wie bereits dargelegt, sowohl bei der SOMED-Statistik als auch bei den Datenerhebungen der VAKA noch einige Unsicherheiten und Fehlerquellen. In Zukunft muss insbesondere auf die korrekte Zuordnung der Aufwendungen auf die verschiedenen Kostenträger und auf eine vollständige Vollkostenrechnung geachtet werden.

Für die vorliegende Analyse wurden in die Tabelle „Plausibilisierung IV“ (Originaltabelle Benchmark-Daten) lediglich die Zahlen der geleisteten Arbeitsstunden für Pflege aus den Rohdaten der SOMED-Erhebung 2010 (die auf der Kostenstelle „Pflege“ gebuchten und geleisteten Arbeitsstunden pro Jahr und pro „Kategorie“) eingefügt, um diesbezügliche Analysen zu ermöglichen. Ansonsten wurden keine Daten angepasst. Diese ergänzte Benchmark-Tabelle ist Anhang III b) Benchmark-Daten 2010.

Aus den darin vorliegenden Daten zeigt sich, dass als Aufwand für Pflegeleistungen gemäss Art. 7a KLV für das Jahr 2010 insgesamt gut CHF 176 Mio. verbucht worden sind und für Betreuung über CHF 71 Mio. Der Kostenträger „Pension“ wurde mit 187 Mio. belastet. Somit fallen durchschnittlich rund 43 % der Kosten in der Pension, 16 % in der Betreuung und 41 % in der Pflege an. Die Aufteilung der Kosten auf Pflege und Betreuung ist bei den Gesamtkosten aller Institutionen 71 % / 29 % und geht hausindividuell von 42 % / 58 % bis zu unwahrscheinlichen 100 % / 0 % mit einem Mittelwert von 73 % / 27 %. Diese Aufteilung wurde nicht verändert, da keine besseren Daten vorliegen und davon ausgegangen werden muss, dass die vorliegenden Werte dem tatsächlichen Zeitbedarf der Heime entsprechen.

Die Eckdaten der Pflegekosten aus der Benchmark-Erhebung der VAKA 2010 sind oben in Tabelle 9 dargestellt und weisen Pflegekosten pro Tag mit einem Mittelwert von CHF 85 aus. Die entsprechenden Stundensätze betragen, nach Umlage der Kosten des Kostenträgers „Pflege“ auf die Gesamtzahl der dazugehörigen Pflegeminuten (vgl. Abschnitt 5.4.3), hausindividuell zwischen CHF 24,95 bis CHF 157,45 mit einem Mittelwert von CHF 66,00 und einem Median von CHF 58,40.

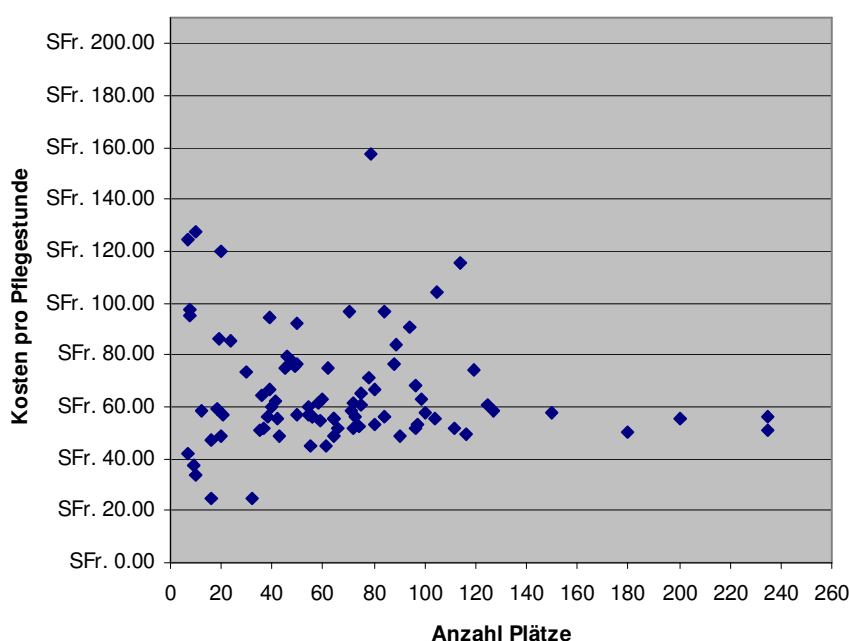
Wie im vorangehenden Absatz werden zunächst die Annahmen, von denen die Höhe der Pflegekosten abhängt, auch für die Benchmark-Daten durch die Berechnung des Korrelationskoeffizienten und durch grafische Darstellungen untersucht.

7.1. Zusammenhang zwischen hausindividuellen Kosten pro Pflegestunde gemäss Benchmark-Daten und Anzahl Pflegeplätze je Institution

Der Korrelationskoeffizient für den Zusammenhang zwischen der Anzahl der Pflegeplätze als Indikator für die „Grösse“ einer Institution und den hausindividuellen Kosten je Stunde für Pflegeleistungen beträgt -0,1. Diese negative Korrelation ist noch geringer als bei der entsprechenden Untersuchung der Daten der Modellrechnung im vorangehenden Abschnitt. Werden auch hier nur die Institutionen mit geringer Anzahl an Pflegeplätzen (bis 20 Plätze) untersucht, beträgt der Korrelationskoeffizient -0,30, und zeigt damit auch kein viel eindeutigeres Bild.

Das würde bedeuten, dass die hausindividuellen Kosten je Pflegestunde kaum mit sinkender Anzahl der Pflegeplätze steigen.

Abbildung 21: Streudiagramm hausindividuelle Kosten pro Pflegestunde gemäss Benchmark-Daten und Anzahl Plätze je Institution (alle Institutionen)

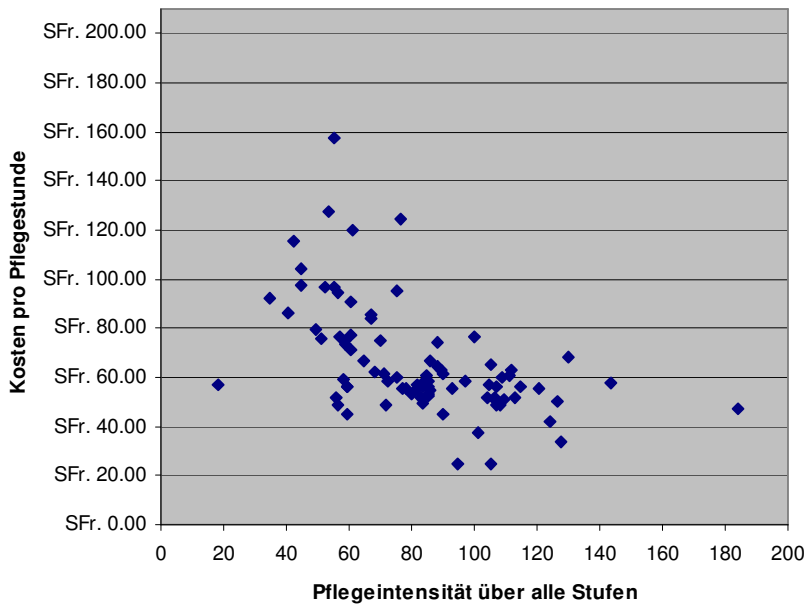


Quelle: eigene Berechnungen

7.2. Zusammenhang zwischen hausindividuellen Kosten pro Pflegestunde gemäss Benchmark-Daten und Pflegeintensität über alle Pflegestufen (Case-Mix) je Institution

Im Gegensatz zur Berechnung der Korrelation mit den Daten der Modellrechnung zeigt sich bei den Benchmark-Daten eine relativ gute Korrelation von -0,53 für den Zusammenhang zwischen den hausindividuellen Kosten pro Pflegestunde und der Pflegeintensität. Dieser war bei den Daten der Modellrechnung über alle Institutionen mit -0,05 schwach und erst über die Korrelation zwischen Gesamtpersonalsoll gemäss der Modellrechnung nach den Vorgaben des Richtstellenplans und der Pflegeintensität über alle Pflegestufen je Institution von Bedeutung.

Abbildung 22: Streudiagramm hausindividuelle Kosten pro Pflegestunde gemäss Benchmark-Daten und Pflegeintensität

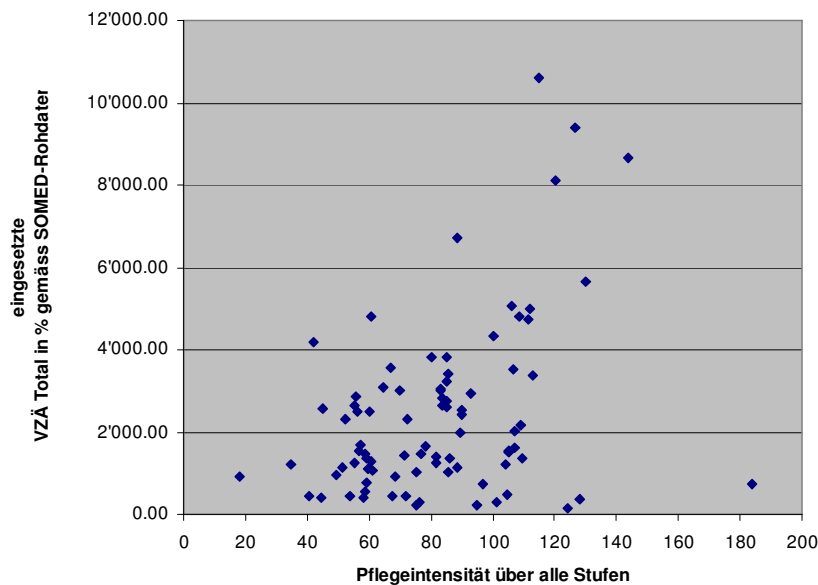


Quelle: eigene Berechnungen

7.3. Zusammenhang zwischen Pflegeintensität über alle Pflegestufen (Case-Mix) je Institution und Einsatz Personal je Haus gemäss SOMED-Rohdaten

Diese Korrelation wird deshalb in diesem Abschnitt ebenfalls analysiert und beträgt 0,38. Hier zeigt sich nun eine weniger ausgeprägte Korrelation als bei entsprechender Berechnung der Daten aus der Modellrechnung, welche 0,57 betrug.

Abbildung 23: Streudiagramm Pflegeintensität über alle Pflegestufen (Case-Mix) je Institution und Einsatz Personal je Haus gemäss SOMED-Rohdaten



Quelle: eigene Berechnungen

Der Gesamtpersonalbedarf an VZÄ steigt mit steigender Pflegeintensität. Dieser Zusammenhang ist jedoch, bezogen auf den Gesamtpersonaleinsatz gemäss der SOMED-Rohda-

ten (Berechnung auf Basis der auf der Kostenstelle „Pflege“ gebuchten und geleisteten Arbeitsstunden pro Jahr), nicht so klar nachzuweisen, wie er aus den Berechnungen im Modell zu erwarten wäre. Das könnte darauf hinweisen, dass nicht alle Institutionen die Anzahl an Personal beschäftigen, welche sie aufgrund der Vorgaben beschäftigen müssten. Die Divergenz kann grundsätzlich positiver oder negativer Natur sein.

Wie in Abschnitt 5.4.3 gezeigt, werden bei der Modellrechnung über alle Institutionen gemäss Richtstellenplan 494 VZÄ Personal mit Diplom, 408 VZÄ Personal mit Fachabschluss und 1'222 VZÄ Assistenzpersonal (insgesamt 2'124 VZÄ) vorgegeben. Beschäftigt werden gemäss der Berechnung auf Basis der für die SOMED gemeldeten, auf der Kostenstelle „Pflege“ gebuchten und geleisteten Arbeitsstunden pro Jahr jedoch 697 VZÄ Personal mit Diplom, 571 VZÄ Personal mit Fachabschluss und 776 VZÄ Assistenzpersonal (insgesamt 2'044 VZÄ).

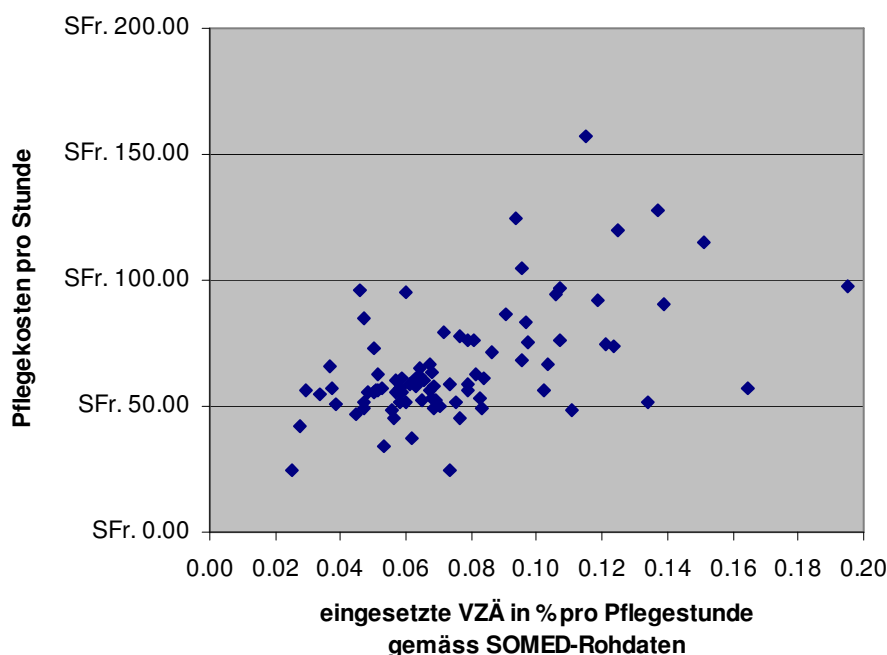
Auffallend ist dabei, dass zwar insgesamt weniger Personal eingesetzt wird als sich aus den Vorgaben rechnerisch ergeben würde, jedoch im Verhältnis durchgehend mehr teures Personal eingesetzt wird. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass sich die Einsatzverhältnisse hausindividuell nicht so gut optimieren lassen, wie sie durch die Richtstellenpläne vorgegeben werden. Hier spielen einerseits Probleme der Personalrekrutierung aber auch sprungfixe Kosten eine Rolle, da die Arbeitspensen nicht in beliebig kleine Einheiten teilbar sind.

7.4. Zusammenhang zwischen hausindividuellen Kosten pro Pflegestunde gemäss Benchmark-Daten und Einsatz Personal gemäss SOMED-Rohdaten pro Pflegestunde je Haus

Das zeigt sich auch bei der Analyse der Korrelation der hausindividuellen Kosten pro Pflegestunde gemäss Benchmark-Daten und dem Einsatz Gesamt-VZÄ pro Stunde je Haus gemäss SOMED-Rohdaten. Diese Korrelation beträgt 0,55 und weist auf einen guten Zusammenhang.

Eingesetzt werden nach diesen Daten im Durchschnitt 0,08 VZÄ je Pflegestunde und damit etwas mehr als die durch die Modellrechnung ermittelten 0,067 VZÄ je Pflegestunde.

Abbildung 24: Streudiagramm hausindividuelle Kosten pro Pflegestunde gemäss Benchmark-Daten und Einsatz Personal gemäss SOMED-Rohdaten pro Pflegestunde je Haus mit Regression

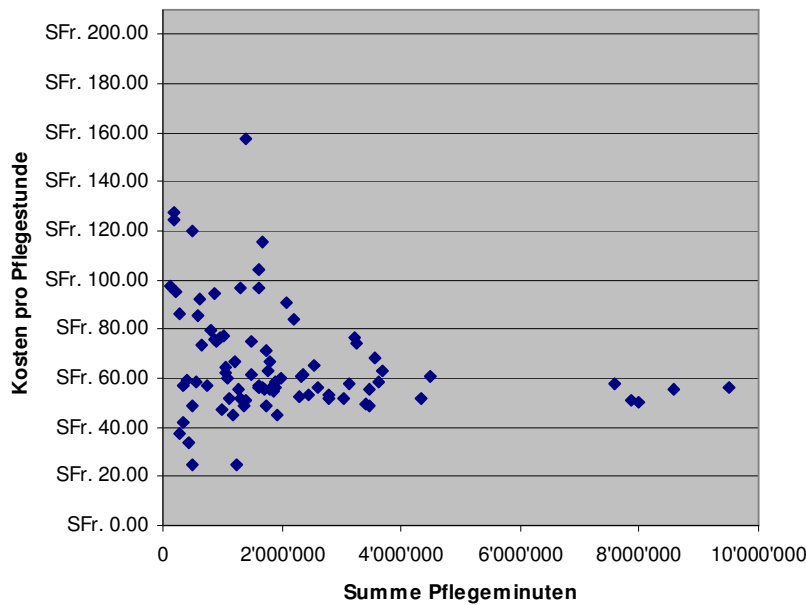


Quelle: eigene Berechnungen

7.5. Zusammenhang zwischen hausindividuellen Kosten pro Pflegestunde gemäss Benchmark-Daten und Gesamtpflegeminuten je Haus

Der Korrelationskoeffizient zwischen den Pflegeminuten pro Jahr und den Pflegekosten je Stunde beträgt über alle Institutionen gemäss der Benchmark-Daten lediglich – 0,23.

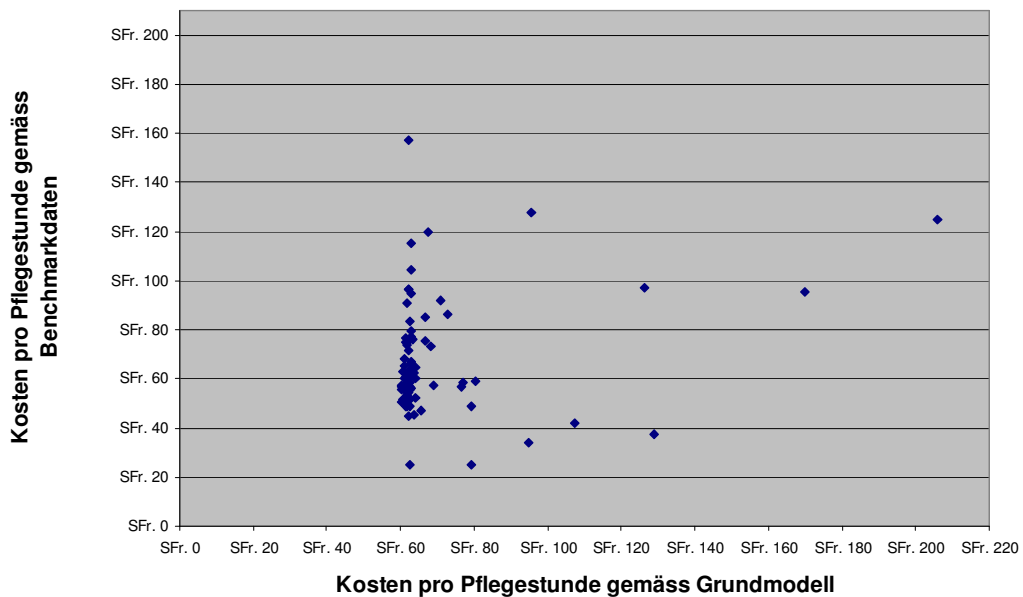
Abbildung 25: Streudiagramm hausindividuelle Kosten pro Pflegestunde gemäss Benchmark-Daten und Gesamtpflegeminuten je Haus



Quelle: eigene Berechnungen

7.6. Zusammenhang zwischen hausindividuellen Kosten pro Pflegestunde gemäss Benchmark-Daten und Kosten pro Pflegestunde gemäss Grundmodell

Abbildung 26: Streudiagramm hausindividuelle Kosten pro Pflegestunde gemäss Benchmark-Daten und gemäss Berechnungen im Grundmodell



Quelle: eigene Berechnungen

Der Korrelationskoeffizient zwischen den Pflegekosten je Stunde gemäss Benchmark-Daten und der Kosten pro Pflegegestunde gemäss Grundmodell beträgt über alle Institutionen lediglich 0,26. Die in den Kostenrechnungen der Institutionen ausgewiesenen Kosten für den Kostenträger Pflege bilden die Vorgaben des Richtstellenplanes nur schwach ab.

7.7. Diskussion / Zwischenfazit Analyse der Benchmark-Daten

Es ist offensichtlich, dass die Frage nach der Qualität der erbrachten Leistungen durch Instrumente wie den Richtstellenplan nicht unbedingt beantwortet, aber zumindest eingegrenzt wird. Es ergibt sich daraus nämlich eine klar definierte und damit hausübergreifend vergleichbare Leistung für jene Institutionen, welche den gleichen Rahmenbedingungen und Vorgaben unterliegen. Differenzen dürften somit nur noch durch Betreuungs- und Pensionsleistungen oder allenfalls durch unterschiedliche Personalkosten (nicht Personaleinsatz) entstehen. Da diese Personalkosten im Durchschnitt 97 % der Gesamtkosten ausmachen, sind Kosten für Betriebs- und Werkstoffe quasi vernachlässigbar. Wie sich aus den Analysen und Überlegungen in Abschnitt 6 ergibt, sind die Kosten in der Modellrechnung je Pflegegestunde von den Löhnen und damit auch in hohem Masse von der Anzahl des eingesetzten Personals abhängig, welches wiederum von den gesamthaft in einem Jahr erbrachten Pflegeminuten je Institution abhängt. Dieser Zusammenhang ist aus der Analyse der Benchmark-Daten nicht mess- und nachweisbar.

Die krankheitsbedingte Pflege ist inhaltlich und zeitlich mit KLV 7a definiert (vgl. Abschnitt 3.2.1). Für die Sicherstellung der zeitlichen Komponente ist es wichtig, dass die Erfassungsinstrumente den jeweiligen Pflegebedarf korrekt abbilden. Erste Ergebnisse aus Arbeitszeitanalysen zeigen für Pflegeleistungen, dass der Personaleinsatz für Pflegeleistungen auch in der vorgegebenen Zeit gemäss Einstufung erbracht wird. Ebenfalls geben diese ersten Messungen Hinweise darauf, welches Personal tatsächlich eingesetzt wird.⁵⁶ Hier sind in Zukunft auf Basis solcher Arbeitszeitanalysen weitergehende Untersuchungen aufschlussreich.

In der Realität kann nicht davon ausgegangen werden, dass exakt die Anzahl an Personen (Stellenprozente in VZÄ) einsetzbar ist, welche durch den Richtstellenplan vorgegeben wird oder welche gar dem Optimum in jedem Moment entspricht. Zudem gibt es, wie in Abschnitt 6.6 gezeigt, speziell für Institutionen mit weniger als 20 Pflegeplätzen bzw. mit weniger als ca. 1,1 Mio. erbrachten Pflegeminuten (ca. 18'000 Pflegestunden) eine besondere Situation: Sie müssen gemäss den kantonalen Vorgaben die vorgeschriebenen Stellenprozente an diplomiertem Personal (305 Stellenprozente) und an Personal mit Fachausweis (255 Stellenprozente) einsetzen und deshalb mehr teures Personal, als sie aufgrund ihrer Pflegeminuten benötigen würden.

Ebenso trifft man in der Realität auf die Schwierigkeit, dass die Abgrenzung der Leistungskosten bzw. deren Zuordnung auf die Kostenträger nicht immer präzise vorgenommen wird und teilweise „politischen“ Sachzwängen unterliegt. Insbesondere kann auch eine ungenügende Finanzierung der Pflegekosten zu einer buchhalterischen Verschiebung von Kosten in andere Kostenträger führen. Dies stellt auch die Regierung des Kantons Aargau in seiner Medienmitteilung vom 11. November 2011 in Folge der Auswertung der Kostendaten für das Jahr 2011 fest.⁵⁷ Bedeutend ist auch die Tatsache, dass nach wie vor beispielsweise Teile eines Defizits oder Kostenanteile (Miete etc.) der Pflegeinstitutionen von Gemeinden oder von Stiftungen übernommen werden, wodurch das Kostenbild verfälscht wird.

Die Qualität der zurzeit erhobenen Benchmark-Daten wie auch der Daten aus der SOMED-Statistik steht und fällt mit der Kostenrechnung. Eine Kostenrechnung ist primär ein hausindividuelles betriebswirtschaftliches Führungsinstrument und bildet die hausindividuellen Kostenrealitäten und –bedürfnisse ab. Mit klaren Vorgaben und Richtlinien zu Umlagen, Abschreibungen, Umgang mit Zuweisungen, Spenden, mit Freiwilligenarbeit etc. wird einerseits

⁵⁶ CURAVIVA (2011) Präsentation anlässlich der Curatime-Tagung vom 2.12.2011.

⁵⁷ Communiqué der Staatskanzlei, Regierungskommunikation, Aarau, 11. November 2011.

die Grundlage für eine einigermaßen vergleichbare Datenbasis geschaffen, andererseits bildet dann eine solche Kostenrechnung vermutlich nicht in jedem Fall den Betriebsalltag ab. Dies zeigt sich insbesondere auch bei Diskussionen um die Relation Pflege / Betreuung wie auch bei der Frage, ob die Betreuungskosten linear über alle Stufen gleichmässig zu verteilen sind oder sich progressiv bzw. degressiv mit steigender Pflegestufe verändern. Solche Fragen sind eng mit dem Bewohner-Mix und besonders auch mit jedem einzelnen Bewohner an sich verbunden, und damit individuellen Schwankungen unterworfen.

Weiterführende Analysen und Diskussionen rund um das Thema Pflegefinanzierung müssen sich von der Kostenrechnungszentriertheit lösen und einer echten (Selbstkosten-) Preiskalkulation weichen. Die Aufgabe der Preiskalkulation besteht vor allem in der Ermittlung von kurz- und langfristigen Preisuntergrenzen. Wichtig ist die Festlegung der jeweils (entscheidungs-) relevanten Kosten: Kurzfristig sind nur variable Kosten, langfristig auch Fixkosten relevant.

8. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

8.1. Ergebnisse

Die analysierten 86 Institutionen im Kanton Aargau haben im Jahr 2010 5'700 Pflegeheimplätze angeboten, dabei 2'008'063 Pflageetage und gemäss den Berechnungen im Grundmodell (mit den Minutenwerten gemäss Vorgabe Richtstellenplan) 188'569'628 Minuten erbracht. Bei Berücksichtigung der Vorgaben des Richtstellenplans hätten über alle Institutionen gerechnet wenigstens 494 Vollzeitstellen an Personal mit Diplom, 408 Vollzeitstellen an Personal mit Fachabschluss und 1'222 Vollzeitstellen Assistenzpersonal dafür eingesetzt werden müssen.

Die mit diesem Grundmodell berechneten Mindest(voll-)kosten für die Pflegeleistungserbringung betragen im Jahr 2010 über alle Institutionen CHF 197'122'123 mit durchschnittlichen Kosten je Pflegeminute von CHF 1,16 und je Pflegestunde von CHF 69,60. Die Plausibilisierung der Modellrechnung mit den eingereichten Richtstellenplänen 2010, mit den geleisteten Arbeitsstunden für Pflege gemäss SOMED-Rohdaten 2010 und mit den Benchmark-Daten zeigen Werte je Pflegestunde von CHF 65,70 (Soll-Richtstellenplan), CHF 67,00 (SOMED-Rohdaten), CHF 72,95 (Ist-Richtstellenplan) und CHF 66,00 (VAKA Benchmark-Daten). Mit einem entsprechenden Stundensatz können mittels der den Stufen zugrunde gelegten Pflegezeit je Tag die Kosten je Stufe pro Tag berechnet werden. Nach Subtraktion des Eigenbeitrages des Bewohners in Höhe von maximal CHF 21,60 und der Beiträge der Versicherer von den so berechneten Werten der Pflegekosten je Stufe ergeben sich die von der öffentlichen Hand zur Deckung der durchschnittlichen minimalen Vollkosten der Pflegeleistungserbringung benötigten Beiträge je Pflegestufe.

Für das Jahr 2012 kann, durch Anwenden der im Jahr 2012 gültigen Vorgaben und Rahmenbedingungen (durchschnittliche Zeitwerte nach KLV 7a) auf das Grundmodell, ein entsprechender Vollkostenstundensatz berechnet werden, der sich bei gleichbleibendem Bewohner-Mix je Institution ergeben würde. Es ergibt sich (ohne Berücksichtigung einer Teuerung der Löhne), dass mindestens ein Vollkostenstundensatz in Höhe von CHF 69,30 (Mittelwert vgl. Anhang III d) als Grundlage dienen müsste, und somit zum Beispiel den durchschnittlichen Pflegeleistungen in Höhe von 110 Minuten der Stufe 6 (gemäss KLV 7a, Pflegebedarf Stufe f: von 101 bis 120 Minuten) gesamthaft Einnahmen von CHF 127,10 gegenüberstehen sollten. Da der Beitrag der Versicherung für diese Stufe auf CHF 54 begrenzt ist und der Bewohner maximal CHF 21,60 tragen darf, würden CHF 51,50 zulasten der Restfinanzierung anfallen. Die am 11. November 2011 von der Regierung des Kantons Aargau erlassene Taxordnung⁵⁸ erfolgt durch eine entsprechende Berechnung mittels eines Ansatzes pro Pflegestunde in Höhe von CHF 55, und berechnet für diese Pflegestufe 6 eine Restkostenfinanzierung von CHF 25,60. Dieser Wert weicht bedeutend vom obigen Resultat ab.

Abbildung 27: Kantonale Tarifordnung für stationäre Pflegeeinrichtungen im Kanton Aargau 2012

Pflegebedarfsstufe	Zeitwert	Pflegetarif	Kostenanteil pro Kostenträger		
			Versicherer (Fr.)	Bewohner (Fr.)	Öffentliche Hand (Fr.)
Art. 7a Abs. 3 KLV	Art. 7a Abs. 3 KLV (Min.)	Gesamtvergütung pro Stufe (Fr.)			
1-a	bis 20	9.00	9.00	0.00	0.00
2-b	21-40	27.60	18.00	9.60	0.00
3-c	41-60	46.00	27.00	19.00	0.00
4-d	61-80	64.40	36.00	21.60	6.80
5-e	81-100	82.80	45.00	21.60	16.20
6-f	101-120	101.20	54.00	21.60	25.60
7-g	121-141	119.60	63.00	21.60	35.00
8-h	141-160	138.00	72.00	21.60	44.40
9-i	161-180	156.40	81.00	21.60	53.80
10-j	181-200	174.80	90.00	21.60	63.20
11-k	201-220	193.20	99.00	21.60	72.60
12-l	a) 221- 240 b) 241+	211.60 Nach Aufwand	108.00 108.00	21.60 21.60	82.00 Nach Aufwand

Quelle: Kanton Aargau, Departement Gesundheit und Soziales

⁵⁸ Kanton Aargau, Departement Gesundheit und Soziales (November 2011).

Zudem zeigt sich, dass besonders kleine Pflegeinstitutionen ineffizient produzieren, und aus Qualitätsgründen (vor allem über die Vorgaben des Richtstellenplanes) ineffizient produzieren müssen. Gemäss der Pflegeheimkonzeption des Kantons Aargau braucht es, um in Zukunft die steigende Nachfrage nach Pflegeheimplätzen abfedern zu können, zwingend alternative Wohn- und Betreuungsformen.⁵⁹ Diese umfassen Alterswohngemeinschaften und Altershausgemeinschaften, betreutes Wohnen und Pflegewohngruppen. Letztere gehören im Kanton Aargau schon seit längerem zum Angebot und sind in §13 des Pflegegesetzes explizit als stationäre Pflegeeinrichtungen aufgeführt. Sind solche Angebote aus versorgungspolitischen Überlegungen zu halten, müssen neue Modelle der Finanzierung bzw. des Finanzierungsausgleiches angedacht werden, um die angestrebte qualitativ gleiche medizinischen Versorgung weiterhin unabhängig von Alter und Einkommen allen (und damit auch den Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegewohngruppen) zugänglich zu machen. Grundsätzlich kann - will man nicht von den Qualitätsvorgaben abweichen - für diese Angebote eine zusätzliche Finanzierung im Rahmen der spezialisierten Angebote angedacht werden, oder den reduzierten Anforderungen in einem speziellen Richtstellenplan wird eine entsprechende Reduktion des Angebotes gegenübergestellt.

Die Überlegungen in der vorliegenden Arbeit und die Modellrechnung können durch das Einsetzen der individuellen (reellen) Werte den Institutionen Hinweise geben, mit welchem Bewohnergut und mit welcher Grösse sie sich unter den herrschenden Vorgaben im Richtstellenplan, dem individuellen Lohnniveau und der vorgegebenen Finanzierung bewegen sollten. Im Jahr 2012 bedeutet dies bei den gegebenen Bedingungen, dass bei 100%iger Umsetzung des Richtstellenplans die Institutionen im Durchschnitt mindestens 122 Pflegeminuten pro Pfl egetag und Bewohner erbringen müssten, oder sie wären gezwungen, die fehlenden Beiträge über Betreuung und Pension den Bewohnern zu belasten. Da bei der Neuregelung der Pflegefinanzierung die Kassenbeiträge beschränkt wurden, müssen die Kantone diese auf die privaten Haushalte abgewälzten Kosten für die einkommensschwächeren Haushalte übernehmen. Die durchschnittlich auszahlenden Ergänzungsleistungen wie auch der Druck auf den Kreis der Anspruchsberechtigten wird sich erhöhen.

Der Preisüberwacher hat gemäss seinem Bericht im September 2011⁶⁰ anhand der Taxordnung von schweizweit 88 Heimen eine markante finanzielle Mehrbelastung für die Heimbewohner festgestellt. Er stellt fest, dass der Hauptgrund hierfür die mangelhafte Regelung der Restkostenfinanzierung der Pflegekosten ist. Gesetzeswidrig ist, gemäss der Preisüberwachung, Pflegekosten nicht als solche auszuweisen, sondern als Betreuungs- oder Hotellerieleistungen den Bewohnerinnen und Bewohner zu verrechnen. Eine solche Tarifschutzverletzung im weiteren Sinne ist auch da gegeben, wo Normkosten festgelegt werden, damit die öffentliche Hand ganz offiziell die Pflegekosten für teure Heime nicht deckt. Wenn die öffentliche Hand ihre Ausgaben zu begrenzen versucht, könnten Finanzierungslücken entstehen, welche zulasten der Bewohnenden in den Heimen gehen.

Die Pflegeheime müssten diese Finanzierungslücken bei der KVG-pflichtigen Pflege mit überhöhten Betreuungs- oder Pensionspreisen kompensieren und damit gegen den Tarifschutz gemäss Art. 44 KVG verstossen, oder sie werden über kurz oder lang den Betrieb nicht mehr finanzieren können. Die üblichen Gründe für eine Tarifschutzverletzung ortet die Preisüberwachung in der Tatsache, dass lange nicht alle Heime über eine aussagekräftige Kostenträgerrechnung verfügen, und zudem eine solche nicht zwingend als Grundlage für eine angemessene Tarifgestaltung verwenden. Zudem lasse die Umlage der Personalkosten und der allgemeinen Kosten – z.B. Gebäude, Energie, Fahrzeugkosten, Verwaltung, Hausdienst - auf die Träger „Pflege und Betreuung“ innerhalb einer solchen Kostenrechnung sehr grossen Spielraum zu. Aus Sicht der Preisüberwachung ist deshalb die KVG-pflichtige Pflege detailliert zu definieren, die Heime sind zu transparenten Tarifen auf Basis einer Kostenträgerrechnung zu verpflichten, und die Kantone müssen jährlich nachweisen, dass der erweiterte Tarifschutz (die Eigenbeteiligung von max. CHF 21,60 pro Tag) eingehalten wird.

⁵⁹ Pflegeheimkonzeption des Kantons Aargau (2009), S.12/13.

⁶⁰ Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement EVD, Preisüberwachung PUE (2011).

Wie im Abschnitt 7.7 gezeigt, sind jedoch weiterführende Analysen und Diskussionen rund um das Thema Pflegefinanzierung sinnvollerweise nicht auf Basis der Kostenrechnungen zu führen. Dies ist darin begründet, dass in der Realität die Abgrenzung der Leistungskosten bzw. deren Zuordnung auf die Kostenträger aus verschiedenen Gründen nicht immer präzise und in jeder Institution gleich vorgenommen werden kann. Zudem ergibt sich bei ungenügender Finanzierung der Pflegekosten ein Zirkelleffekt, da die dadurch buchhalterisch notwendige Verschiebung von Kosten in andere Kostenträger wiederum zu verfälschten Resultaten führt. Eine Kostenrechnung ist, wie gezeigt, primär ein hausindividuelles betriebswirtschaftliches Führungsinstrument, und bildet die hausindividuellen Kostenrealitäten ab.

8.2. Schlussfolgerungen

Diese Master-Thesis konzentriert sich auf die Frage, wie eine Kostenfunktion für die Langzeitpflege aussieht, in welcher die kantonalen Vorgaben für Pflegeheime abgebildet werden. Sie beschreibt die Kosten der Pflegeleistungserbringung im Kanton Aargau im Jahr 2010 bei den dem „Verband aargauischer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen“ (VAKA) angeschlossenen Institutionen und beschreibt den Zusammenhang zwischen den Vorgaben im Richtstellenplan und der Kostenstruktur zur Erbringung von Pflegeleistungen in den Institutionen. Als wichtigste Ergebnisse und Schlussfolgerungen können festgehalten werden, dass insbesondere die Ausgestaltung der kantonalen Gesetze und Vorgaben (insbesondere Richtstellenplan) wie auch (im kleineren Masse) der Case-Mix und die Grösse der Institution die Leistungserbringung und deren Kosten grundsätzlich determinieren.

Die Analyse beschränkt sich dabei auf die KVG-Pflichtleistungen, welche im KLV ausführlich beschrieben sind, da die anderen klassischen Leistungen der Langzeitpflege (z.B. Betreuung oder Pension) nicht nur von Kanton zu Kanton, sondern selbst von Pflegeheim zu Pflegeheim verschieden sind. Selbstverständlich ist im Alltag eines Pflegeheimes die Pflege nicht von der Betreuung und den Hotellerieleistungen vollständig trennbar. Gerade die Leistung Pflege wird immer gemeinsam mit einem bestimmten Betreuungsanteil erbracht. Für die Berechnungen und die Darstellung einer Kostenfunktion in der vorliegenden Arbeit sind jedoch die entsprechenden Vorschriften zu diesen Leistungen (insbesondere Betreuung) soweit wie möglich davon abgegrenzt worden. Will man die Betreuungsleistungen ebenfalls in die Betrachtung mit einbeziehen, kommt man nicht um weitere, zwar interessante, aber den Rahmen dieser Arbeit sprengende Analysen zur Identifikation der entsprechenden Anteile herum. Erste Ergebnisse aus Arbeitszeitanalysen in diversen Kantonen zeigen, dass der Anteil, das Ausmass und die Art der Betreuungsleistung stark vom Bewohnergut und insbesondere sehr individuell vom einzelnen Bewohner abhängen.

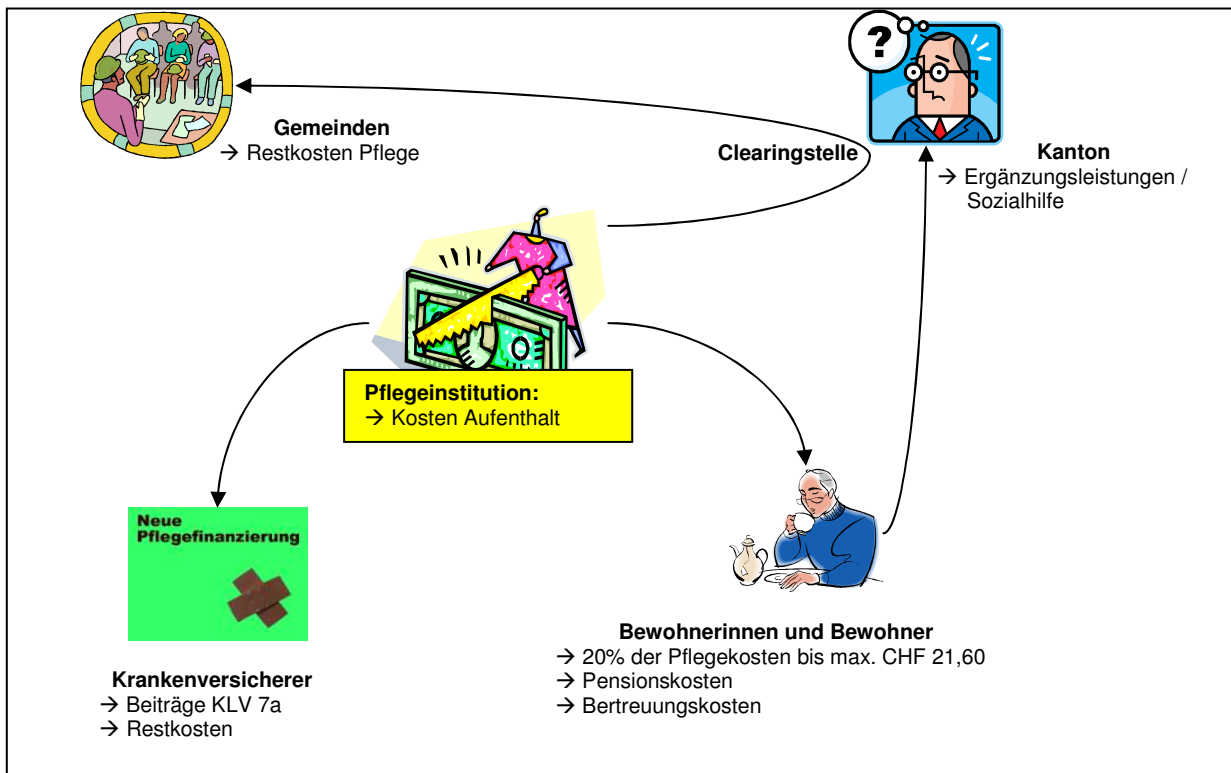
Um die Betreuungsleistungen in die Überlegungen einzubeziehen, kann das, als Ergebnis dieser Arbeit vorliegende Berechnungswerkzeug, mit einem Zuschlag für Betreuungsleistungen angereichert werden. Das Resultat der damit möglichen Berechnungen ist ein Vollkostenstundensatz zur Erbringung von Leistungen im Bereich der Pflege und Betreuung, welcher etwas höher liegt, da der Personalschlüssel entsprechend dem Zuschlag steigt. Dieser Vollkostenstundensatz stellt dann quasi eine „Vorhalteleistung“ an Personal (nota bene: für Pflege und Betreuung) dar, welche vorliegen muss, damit überhaupt Pflegeleistungen angeboten werden können. Da wie dargelegt diese Betreuungsleistungen (und dasselbe gilt ebenfalls für Pensionsleistungen) sehr haus- und auch bewohnerindividuell sind und zudem den Bewohnerinnen und Bewohnern in Rechnung gestellt werden, sind Vorschriften zu deren Höhe insbesondere im Rahmen der Ausrichtung von Ergänzungsleistungen verständlich. Sinnvollerweise sollte jedoch die Art und Weise der Erbringung solcher - grundsätzlich vom Bewohner zu bezahlenden Leistungen - den Möglichkeiten, Angeboten und Kalkulationen der einzelnen Institutionen überlassen werden. Insbesondere sollten sie nicht in den Berechnungsgrundlagen für die Beiträge für Pflegeleistungen eingehen, welche von der obligatorischen Pflegeversicherung und von der öffentlichen Hand zu finanzieren sind.

Jedoch stellt erst Kostenwahrheit und -transparenz über die Pflegeleistungen die notwendige Grundlage zur Verfügung, damit auch Pensions- und Betreuungsleistungen hinsichtlich Angebot und Preis geprüft werden können. Nur wenn die Pflegekosten korrekt abgebildet und

vergütet werden, kann sichergestellt werden, dass für die weiteren finanziellen Belastungen, welche von den Bewohnerinnen und Bewohner zu tragen sind, Kostentransparenz und Kostenwahrheit möglich werden. Im Gegensatz zu den Pflegeleistungen und somit zur medizinischen Versorgung, die unbestritten ein Menschenrecht ist, sollten im Idealfall die Wahl der Art und des Ausmasses von Pensions- und Betreuungsleistungen dem individuellen Wunsch und dem Lebensstil anpassbar sein.

Folgende Abbildung stellt die Finanzierungssituation in der stationären Langzeitversorgung im Kanton Aargau dar:

Abbildung 28: Finanzierung der stationären Langzeitversorgung



Die Krankensversicherer bezahlen für Pflegeleistungen fixe Beträge. Die Bewohnerinnen und Bewohner tragen ebenfalls maximal einen fixen Betrag von CHF 21,60 (plus Selbstbehalt und Franchise) der Pflegekosten. Stützt sich die Festlegung der Restkostenfinanzierung auf eine korrekte Vollkostenberechnung, übernimmt die öffentliche Hand die entstehende Differenz. Im Kanton Aargau regelt der Kanton die Restkostenfinanzierung, die Finanzierung selbst ist jedoch Sache der Gemeinden. Der Kanton belastet die Gemeinden über die Clearingstelle mit den ihre Bewohnerinnen und Bewohner betreffenden Beiträgen zur Restkostenfinanzierung. Die Gemeinden versuchen, verständlicherweise zugunsten ihrer Budgets und der entsprechenden Steuersätze, diese Beiträge möglichst gering zu halten.

Betreuungs- und Pensionsleistungen werden den Bewohnerinnen und Bewohner belastet. Genügen die finanziellen Ressourcen der Bewohnerinnen und Bewohner nicht, wird wiederum die öffentliche Hand im Rahmen von Ergänzungsleistungen und ev. der Sozialhilfe dafür aufkommen. In diesem Fall wird dadurch jedoch nicht das Gemeinde- sondern das Kantonsbudget belastet.

Ist nun die Restkostenfinanzierung bzw. grundsätzlich die Finanzierung der Pflege ungenügend, müssen bzw. werden (zwangsläufig) die ungedeckten Kosten in andere Leistungsbereiche wie Pension oder Betreuung verlagert, da der Abbau der Qualität der Pflegeleistungserbringung keine Option ist. Damit erhöht sich einerseits die Belastung der Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch über den eben geschilderten Mechanismus die Belastung des Kantonsbudgets. Möglicherweise kann eine solche Umlagerung politisch erwünscht sein, es bleibt jedoch Tatsache, dass es nicht der Kostenwahrheit entspricht. Aktuelle Diskussion wie

auch Überlegungen zur Zukunft der Pflegefinanzierung müssen damit auf unsicheren und unklaren Werten geführt werden.

Gerade in der Pflegefinanzierung wird sich der demografische und insbesondere der soziale Wandel besonders bemerkbar machen, wenn der steigenden Anzahl der zu Pflegenden ein merklich sinkendes informelles Pflegepotential gegenübersteht. Es darf deshalb nicht sein, dass politische Sachzwänge eine offene Auseinandersetzung (auf Basis nachvollziehbarer Daten und verständlich aufbereiteter Zusammenhänge) über Fragen zur Sicherung der Nachhaltigkeit, zur Qualität in der Altenpflege wie auch zur inter- und intragenerativen Solidarität erschweren.

9. Literaturverzeichnis

BFS. Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2010-2060. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS. 2010.

BFS Aktuell (2008), Soziale Sicherheit No.14, Indikatoren der sozialmedizinischen Institutionen 2006 Resultate und Analysen, Neuchâtel.

BFS Aktuell (2011 a), Soziale Sicherheit No.13, Indikatoren zur Alterssicherung, Resultate der Schlüsselindikatoren, Neuchâtel.

BFS Aktuell (2011 b), Soziale Sicherheit No.14, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2009 - Standardtabellen, Neuchâtel.

Bayer-Oglesby L, Höpflinger F. OBSAN BERICHT 47, Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz, Methodik und kantonale Kennzahlen. 2010.

Breyer, F. und Ulrich, V. (2000), Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, 220, S. 1-17.

Buchner, F. (2002), Versteilerung von Ausgabenprofilen in der Krankenversicherung, Nomos, Baden-Baden.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2007). Pflegefinanzierung: Ermittlung der Pflegekosten, Schlussbericht, Zürich.

Bundesamt für Gesundheit (2010a): Die neue Pflegefinanzierung tritt auf den 1. Juli 2010 in Kraft, Pressemitteilung, Bern

Bundesamt für Gesundheit (2010b): Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt, Eidgenössisches Department des Inneren.

Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008.

CURAVIVA Schweiz, Statistik Alters- und Pflegeheime, Ausgabe 2011.

Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau (Dezember 2008); Richtlinien zum Stellenplan.

Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau. Spitalplanung 2012. Versorgungsbericht Kanton Aargau.

Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement EVD. Preisüberwachung. Newsletter des Preisüberwachers Nr. 1–10. 2010.

Fiechter V., Meier M. Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis. Basel. Recom. 1981 2.A; 1985, 4. A.

Filippini M., Crivelli L., Lunati D. Effizienz der Pflegeheime in der Schweiz. Institut Mecop der Università della Svizzera Italiana im Auftrag des SECO. 2000.

Flessa, S. (2010), Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre , 2. überarb. Aufl. – München.

Fries, J. F. (1985), The Compression of morbidity, in: World Health Forum, 6, S. 47-51.

Fries, J. F. (2000), Compression of morbidity in the elderly, in: Vaccine 18, S. 1584-1589.

Gargett S. 2010. Public policy and the dependency of nursing home residents in Australia: 1968-69 to 2006-07. Health Policy 96: 143-153.

Gruenberg, E.M. (1977), The Failure of Success, Milbank Memorial Fund Quarterly 55.

Gutenberg, E. (1976), Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre, Band 1, Die Produktion, 22. Auflage Berlin-Heidelberg-New York 1976, S. 3f.

HeBeS (Heim Benchmarking Schweiz) (2011), Merkblatt Definition Betreuung, Version 5.4.11.

Kirkwood, B.R., Sterne, J.A.C. (2003), Essential Medical Statistic, Second Edition, Massachusetts.

Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz (KGL) (2011), Handbuch Kostenrechnung und Leistungsstatistik für Alters- und Pflegeheime.

Meyer, C.; Wolff, N. (1993): Social security and individual equity. Evolving standards of equity and adequacy, Westport.

Sommerhalder, K., Abel, Th. (2007): Gesundheitskompetenz: Eine konzeptuelle Einordnung, Universität Bern, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Abteilung für Gesundheitsforschung im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.

Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) (2011), F. Höpflinger, L. Bayer-Oglesby, A. Zumbunn, Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, Aktualisierte Szenarien für die Schweiz, Verlag Hans Huber, Bern.

Internet:

Beobachter, Ausgabe 2/11:

http://www.beobachter.ch/dossiers/altenpflege/artikel/pflegefinanzierung_kantone-lassen-betagte-haengen/ (16.2.2011).

Bestimmtheitsmass:

http://web.neuestatistik.de/inhalte_web/content/Fallstudie_Vetmed/lernmodule/06_01/html/ade.htm (4.01.2012).

Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), im Internet unter: http://www.admin.ch/ch/d/sr/c832_10.html (16.2.2011).

Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung; revidierte Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) im Internet unter:

<http://www.admin.ch/ch/d/ff/2008/5247.pdf>; <http://www.admin.ch/ch/d/as/2009/3527.pdf> (16.2.2011).

CURAVIVA (2011), Präsentation anlässlich der Curatime –Tagung vom 2.12.2011:

http://www.curaviva.ch/index.cfm/E980796A-1C23-4C99-AFFB8606FC0B1C73/?id=B931F304-A519-E2A4-376A4073B7E09ABF&method=article.detail&p=1&c=&ref_c=&m=

(6.12.2011).

Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement EVD Preisüberwachung PUE, September 2011, Probleme bei neuer Pflegefinanzierung – Preisüberwacher ortet dringenden Hand-

lungsbedarf, ([http://www.preisueberwacher.admin.ch// Dokumentation / Publikationen / Studien & Analysen / 2011](http://www.preisueberwacher.admin.ch//Dokumentation/Publikationen/Studien%20&%20Analysen/2011)).

Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) 2010 des Kantons Aargau, Vom Grossen Rat verabschiedet am 26. Oktober 2010, unter:

http://www.ag.ch/gesundheitsversorgung/shared/dokumente/pdf/ggpl2010_a4_140111.pdf (26.07.2011).

François Höpflinger, Prof. Dr., Wissenschaftliche Texte und Studienunterlagen zu Ehe, Familie und Lebensformen im Wandel, Unterlagen zur Familiensoziologie, Alter und Altern heute, unter: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/index.html>.

Kanton Aargau, Departement Gesundheit und Soziales (Dezember 2008), Richtlinien zum Stellenplan, unter:

http://www.ag.ch/gesundheitsversorgung/shared/dokumente/pdf/richtlinien_stellenplan,_12.2008.pdf (26.07.2011).

Kanton Aargau, Spitalplanung 2012, Versorgungsbericht, Oktober 2010, unter:

http://www.ag.ch/dgs/shared/dokumente/pdf/ag_versorgungsbericht_version_14.10.2010.pdf

Kanton Aargau, Departement Gesundheit und Soziales (November 2011), Medienmitteilung: Regierungsrat hat die Tarifordnung für die Langzeitinstitutionen beschlossen, unter:

http://www.ag.ch/dgs/de/pub/medienmitteilungen_dgs.php?controller=Mitteilung&Mitteilungslid=6039&navId=Medienmitteilungen (28.11.2011).

Pflegegesetz (PflG) des Kantons Aargau vom 26. Juni 2007 (Stand 1. Januar 2008), SAR 301.200, unter: http://gesetzessammlungen.ag.ch/frontend/versions/582/pdf_file (26.07.2011).

Pflegeheimkonzeption des Kantons Aargau vom 7. Dezember 2009, unter:

http://www.ag.ch/gesundheitsversorgung/shared/dokumente/pdf/pflegeheimkonzeption_20091207.pdf (26.07.2011).

Pflegeheimliste des Kantons Aargau (Stand 19.07.2011) unter :

http://www.ag.ch/gesundheitsversorgung/shared/dokumente/pdf/listepf_1000705_neu_gvs.pdf (26.07.2011).

Pflegeverordnung des Kantons Aargau vom 14. November 2007 (Stand 1. Januar 2011), SAR 301.211, unter: http://gesetzessammlungen.ag.ch/frontend/versions/974/pdf_file (26.07.2011).

Herbert Stocker: Theorie der Unternehmung. Produktion und Kosten. Sommersemester 2007, unter: http://homepage.uibk.ac.at/~c40955/mikro/dl/minko_draft.pdf (04.07.2012)

Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitaler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) vom 3. Juli 2002 (Stand am 1. Januar 2009) unter http://www.admin.ch/ch/d/sr/c832_104.html (20.07.2011).

World Health Organisation Report on Palliative Care (WHO) unter <http://www.who.int> (Stand 17.01.2012).

Ziel der Arbeit ist es, die Kosten der Pflegeleistungserbringung im Kanton Aargau in Abhängigkeit von den gesetzlichen Vorgaben und weiterer Determinanten quantitativ zu beschreiben und den Zusammenhang zwischen den Vorgaben im Richtstellenplan und der Kostenstruktur in den Institutionen zu untersuchen. Dabei hat sich die Analyse vorwiegend auf die Vorgaben des Kantons gestützt. Für die Analysen der Auswirkungen wurden die Benchmark-Daten und die Pflegestatistik 2010 der VAKA sowie die zur Verfügung gestellten Richtstellenpläne benutzt. Diese Daten sind soweit wie möglich anonymisiert worden. Da dennoch aus einigen Indikatoren möglicherweise Rückschlüsse auf die Institutionen gezogen werden könnten, wurden die betroffenen Pflegeinstitutionen darauf aufmerksam gemacht und um ihr Einverständnis gebeten.

a) Beschreibung der Pflegeinstitutionen

Die Pflegeheime sollten gemäss der Projektskizze vom März 2011 durch Kennzahlen zur Bewohnerstruktur, zu den Personalressourcen, zu den Kosten oder zur Auslastung etc. beschrieben werden. Diese Wissensakkumulation sollte grundsätzlich auf Basis der Benchmark-Daten der VAKA, der Auswertung der Richtstellenpläne und der SOMED-Daten mittels einfacher statistischer Verfahren und Analysen unter Zuhilfenahme der Statistiksoftware STATA erfolgen.

Bereits kurz nach dem Start wurde klar, dass die entsprechenden Statistikkurse im Rahmen des Studienganges für dieses Jahr ersatzlos gestrichen würden. Die selbständige Aneignung der benötigten Fertigkeiten und der damit mögliche Einsatz einer Statistiksoftware wurden geprüft, mussten jedoch aus Zeitgründen zugunsten der Arbeit am Inhalt der Master-Thesis aufgegeben werden.

Im Verlaufe der Arbeit stellte sich heraus, dass eine vertiefte Literaturrecherche zum Kontext, zur demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung sowie zu deren Implikationen für die Gesundheitsausgaben wie auch die Spezifikation des Untersuchungsobjekts und die Begriffsdefinitionen die Arbeit erst in den richtigen Rahmen stellt. So wurden zunächst die Ausgangslage, die Rahmenbedingungen, die rechtlichen Grundlagen und der Stand der Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung wie auch die Herkunft und Qualität der Basisdaten ausführlich besprochen und vorgestellt.

Für die Beschreibung und Darstellung der Kennzahlen und der generellen Informationen zu den Pflegeheimen sowie zur Leistungserbringung im Kanton Aargau haben sich der Rückgriff auf die Daten des BFS für das Jahr 2009 und auf die SOMED-Rohdaten 2010 sowie einfache Auswertungen der VAKA-Benchmark-Daten 2010 mittels Excel bewährt.

b) Auswertung Richtstellenpläne

Gemäss der Projektskizze sollte die Arbeit zunächst als quantitative Auswertung der Richtstellenpläne per 31.12.2010, welche Teil des Qualitäts-Reportings 2010 des Kantons Aargau sind, durchgeführt werden.

Die Richtstellenpläne enthalten Vorgaben zu minimalen Stellenprozenten und zur fachlichen Anforderungen an das Personal für den Bereich Pflege und Betreuung. Ausgehend vom Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner (je nach Einstufung mit BESA oder RAI RUG per 31.12.) berechnet das Formular des Kantons den Personalbedarf und vergleicht diesen mit dem angegebenen Personalbestand per 31.12. Die seitens Kanton vorgegebene Excel-Arbeitsmappe des Richtstellenplanes enthält auf verschiedenen Registern Informationen über den Personalbestand, die Personalqualifikation (IST-Stellenplan per 31.12.) und über die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner je Pflegebedarfsstufe per 31.12. Durch hinterlegte Formeln wird über den Zeitaufwand je Stufe die Summe aller KVG-pflichtigen Leistungen in Minuten und mittels Zuschlägen der vorgeschriebene minimale Personalbestand je Qualifikationsstufe berechnet (SOLL-Stellenplan).

Die Institutionen wurden gebeten, ihre Richtstellenpläne der VAKA zur Verfügung zu stellen. Diese Daten sollten, mit dem tatsächlichen Personalbestand verglichen, in der geplanten Arbeit Verwendung finden. Die entsprechenden IST- und SOLL-Stellen sind mit den Daten per Stichtag 31.12.2010 mittels entsprechenden vorgegebenen Formularen des DGS berechnet und von den entsprechenden Pflegeinstitutionen der VAKA zur Verfügung gestellt worden. Von den angeschriebenen 90 Institutionen sind jedoch lediglich 39 Datensätze eingegangen. Diese sind repräsentativ, da für alle Grössenklassen (Anzahl Pflegeplätze) der Institutionen und für alle Erfassungssysteme Daten vorliegen. Aufgrund der geringen Anzahl wurden sie aber nur zur Plausibilisierung der Ergebnisse der Modellrechnung eingesetzt.

Eine Unsicherheit ergibt sich auch aus der Tatsache, dass es sich bei den kantonalen Richtstellenplänen um SOLL-Stellenpläne für Leistungen der Pflege und Betreuung (also inkl. nicht-KLV-pflichtige Leistungen) handelt und von den mittels Richtstellenplanformular errechneten Stellen die vorgegebenen 15 % für Betreuungsleistungen abgezogen werden mussten. Zudem lagen, wie gezeigt, als Grundlage für die Berechnung des Zeitaufwands der einzelnen Häuser des Richtstellenplans per Ende 2010 durchschnittliche direkte Pflegeminuten (KVG-pflichtige Leistungen) pro Pflegestufe, Bewohner und Tag vor, welche nicht den für das Jahr 2010 vertraglich vereinbarten und per 31. Dezember 2010 gültigen Werten entsprachen. Auch gilt zurzeit noch eine Übergangsregelung des Erfüllungsgrades, insbesondere für Institutionen mit weniger als 12 Betten.

c) Erhebung und Auswertung Benchmark-Daten

Zusätzlich war geplant, mit der jährlichen Erhebung der Benchmark-Daten und der Pflegestatistik 2010 der VAKA sowie deren Abgleich mit der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) einen für den Aargau repräsentativen Datensatz ausführlich zu untersuchen und das bestehende System der Restkostenfinanzierung auf Basis der Kostenrechnungen zu validieren.

Die Benchmark-Daten der VAKA spiegeln die Kostensituation der Pflegeinstitutionen wider, und die Pflegestatistik der VAKA erfasst den monatlichen Bestand an Bewohnerinnen und Bewohner je Pflegebedarfsstufe. Aus diesen Informationen sollte ein vollständig neues Datenset aufgebaut werden, welches die Basis für erste quantitative Analysen bilden sollte.

Vor der Erhebung der Daten 2010 wurden, insbesondere durch die VAKA aber auch durch direkte Beratung seitens der SOMED-Verantwortlichen, die Unsicherheiten thematisiert und die Finanzverantwortlichen der Pflegeinstitutionen intensiv geschult. Per 1.1.2010 waren dem Verband 91 Pflegeinstitutionen angeschlossen. Die Rücklaufquote bei der Benchmark-Erhebung 2010 betrug gut 97 %. Die Benchmark-Daten wurden plausibilisiert und, wo notwendig und möglich, mit den betroffenen Pflegeinstitutionen und der SOMED-Statistik abgeglichen.

Die Datengrundlage ist aber nach wie vor mit einer gewissen Vorsicht zu geniessen. Im Verlauf der Analysen hat sich wiederum gezeigt, dass sich die Datenqualität noch in einem Verbesserungsprozess befindet, und sowohl bei der SOMED-Statistik wie auch bei den Datenerhebungen der VAKA grosse Unsicherheiten und mögliche Fehlerquellen vorliegen. So können beispielsweise die Umlageschlüssel oder die Lohnkostenzuteilung nicht geprüft werden und eine vollständige Vollkostenrechnung liegt nicht in allen Institutionen vor. Zudem führt eine ungenügende Finanzierung der Pflegekosten ebenfalls zu einer notwendigen buchhalterischen Verschiebung von Kosten in andere Kostenträger, was sich ebenfalls negativ auf die Datenqualität und auf die Kostentransparenz auswirkt.

d) Erarbeitung Bezugssystem zur Ermittlung einer Kostenfunktion

Aus den zuvor dargestellten Arbeitsschritten sollte ein Bezugssystem zur Erarbeitung einer Kostenfunktion, einerseits für die Gesamtkosten einer Pflegeinstitution und andererseits zur „Produktion“ der KVG-pflichtigen Pflege, ermittelt werden. Im Rahmen dieses Prozesses sollte ebenfalls ein standardisiertes System entwickelt werden, welches später für weitere Analysen zur Verfügung steht.

Die geplante Arbeit sah vor, die Produktionsfunktion deduktiv aus den rechtlichen Vorgaben und weiteren Determinanten darzustellen, und mit einer zusätzlichen Regressionsanalyse den funktionalen Zusammenhang zu spezifizieren und zu verifizieren. Auch diese letztgenannten Analysen sollten gemäss Planung mittels STATA erfolgen, was aber aus den oben genannten Gründen unterblieben ist. Die mangelhafte Datengrundlage bzw. die Analysen mit Excel haben auch gezeigt, dass mittels Regressionsanalyse aus eben diesen Benchmark-Daten bzw. aus den zugrundeliegenden Kostenrechnungen noch keine sinnvollen Rückschlüsse gezogen werden können.

Die Darstellung und Überprüfung der auf Basis von ausführlichen Überlegungen erarbeiteten Kostenfunktion mit einer Modellrechnung hat sich bewährt. Die verwendeten Werte der Faktorpreise wurden möglichst realitätsnah eingesetzt und können zur Simulation der Auswirkung z.B. steigender Löhne oder Lohnbestandteile im Modell entsprechend ausgetauscht werden.

Es war geplant, den eingesetzten Produktionsfaktor Arbeit je Qualifikation mittels einer vorliegenden Gehaltsempfehlung der Alters- und Pflegeheime des Kantons Solothurn aus dem Jahr 2009 zu bewerten. Um diese Werte zu plausibilisieren und um zudem die Analyse möglicher Auswirkungen regional verschiedener Lohnstrukturen zu ermöglichen, war eine eigene verbandsinterne Stichprobenerhebung angedacht. Die weiteren Faktoren sollten der Einfachheit halber mit fixen Werten einfließen.

Da in dieser Arbeit die Kostendaten und Vorgaben für das Jahr 2010 analysiert werden, wurden die durchschnittlichen Lohnkosten als Grundlage genommen, die wiederum auf der Funktions- bzw. Einreihungsstruktur und auf den Lohnbändern vom Jahr 2010 eines repräsentativen Aargauer Pflegeheimes basieren. Eine verbandsinterne Stichprobenerhebung hat wegen mangelhafter Spezifikation wenig sinnvolle Zahlen ergeben und musste deshalb aufgegeben werden. Es wäre hilfreich, in einem nächsten Projekt eine professionelle, wissenschaftliche Methode zur Lohndatenerhebung als Basis zu verwenden. Für das Jahr 2012 wird durch die VAKA eine entsprechende Lohndatenerhebung organisiert.

Es ist grundsätzlich festzuhalten, dass die Auseinandersetzung mit den Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren der Leistungserbringung einen wichtigen Beitrag zur Transparenz leisten kann. Einige Modellgrundlagen müssen jedoch noch auf Annahmen und Schätzungen gestützt werden. Die vorliegenden Resultate werden zwar teilweise auf die Kommastelle genau wiedergegeben, sind aber deshalb lediglich als Richt- bzw. Schätzgrössen zu verstehen.

Das in dieser Arbeit entwickelte Grundmodell (Excel-Tool) lässt eine Anpassung an die kantonal individuellen Gegebenheiten und an die Veränderungen der Vorgaben über die Zeit zu und könnte auch weiteren Organisationen und Institutionen zur Verfügung gestellt werden. Des Weiteren könnte sowohl die Methodik wie auch der Auswertungsteil ausgebaut werden.

Anliegen von Public Health

Gesundheit wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Menschenrecht definiert, und zudem nicht nur als Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen, sondern als Zustand völligen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens beschrieben. Damit wird Gesundheit nicht nur als medizinischer Zustand, sondern als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definiert und damit z. B. auch soziale Gerechtigkeit als Ziel anerkannt.

Die Aufgabe von Public Health wird ebenfalls so verstanden, dass die entsprechenden Bemühungen die Gesundheit der Bevölkerung fördern sollen und als Prozess, die Ressourcen auf lokaler, regionaler, nationaler und internationaler Ebene zur Absicherung von Bedingungen zu mobilisieren, unter welchen die Menschen gesund leben können. Gemäss der „Deutschen Gesellschaft für Public Health“⁶¹ ist „Public Health die Wissenschaft und Praxis der Gesundheitsförderung und der Systemgestaltung im Gesundheitswesen“. Gesundheit wird damit verstanden als das Ergebnis komplexer Interaktionen zwischen Lebensbedingungen, Lebenskontexten und handelnden Menschen.⁶²

Die demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen stellen für unsere Gesundheitssysteme neue und grosse Herausforderungen dar. Angesichts der Finanzierungsprobleme des Gesundheitswesens wird klar, dass die Sicherstellung der Gesundheit öffentlich und bevölkerungsbezogen angegangen werden muss, um mit den knappen Ressourcen ein möglichst hohes Mass an Gesundheit für die Allgemeinheit zu erreichen.

Public Health-Relevanz der Arbeit

Die Projektskizze begründet die Public Health-Relevanz der geplanten Arbeit damit, dass aus der Sicht von Public Health an erster Stelle die Sicherstellung der Versorgung mit dem medizinisch Notwendigen steht, d.h. die Gewährleistung einer medizinisch hoch stehenden Versorgung für alle, und dabei Anreizsysteme für das Gesundheitswesen auch im Hinblick auf die zu erwartenden Effekte für den Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung ("Public Health") zu bewerten sind. Demografische, gesellschaftspolitische, technologische und ökonomische Veränderungen verlangen nach datengestützten, versorgungspolitischen Überlegungen sowie nach neuen Pflege- und Betreuungsmodellen, die die Effizienz und Wirksamkeit der Pflege garantieren, und auch die soziale Verantwortung von allen Gruppen der Gesellschaft tragen lässt und tragbar macht.

Die Gesetzgebung zur Finanzierung von Pflegeleistungen wurde neu geregelt und ist nun daraufhin zu untersuchen, ob sie dem Ziel dient, die angestrebte medizinischen Versorgung als primäres Ziel unabhängig von Alter und Einkommen allen langfristig zugänglich zu machen. Des Weiteren ist schliesslich auch zu untersuchen, ob damit das Menschenrecht auf Gesundheit gemäss der WHO-Definition gesichert werden kann. Damit rückt auch die Frage in den Fokus, wie neben dem als selbstverständlich anzusehenden Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken auch ein Ausgleich zwischen Alten und Jungen stattfinden kann, damit für ältere (und für älter werdende) Versicherte die Gesundheitsabsicherung bezahlbar bleibt. In diesen Kontext passt auch, dass die Europäische Union 2012 als das «Jahr des aktiven Alterns und der Solidarität zwischen den Generationen» bezeichnet hat.⁶³

Das vom Bundesparlament im Juni 2008 verabschiedete Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, welches am 1. Januar 2011 in Kraft getreten ist, regelt im Kernpunkt die Aufteilung der Pflegekosten zwischen pflegebedürftigen Personen, Krankenversicherern und den Kantonen. Die Kantone werden verpflichtet, die Restfinanzierung der Pflegekosten zu regeln: Gemäss der Bundesgesetzgebung legen die Kantone die Beteiligung der versicherten Personen an den Pflegekosten fest und regeln die Finanzierung der

⁶¹ <http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/> (23.01.2012).

⁶² vgl. Sommerhalder / Abel (2007).

⁶³ <http://www.anothereuropeispossible.net/europaeisches-jahr-fuer-aktives-altern-2012> (23.01.2012).

Kosten, welche nicht durch die Versicherung oder die versicherte Person bezahlt werden. Die Belastung der Patienten sollte begrenzt werden. Jedoch sind lediglich die Beiträge der Krankenversicherer für Pflegeleistungen schweizweit einheitlich festgelegt worden. Da die wichtigsten Bestandteile der neuen Pflegefinanzierung kantonal verschieden ausgestaltet und definiert werden, zeichnet sich damit leider keine schweizweit einheitliche, transparente Lösung ab.

Die hoheitliche Festlegung aller Taxen für Pflegeleistungen sollte sich an einer wirtschaftlich erbrachten Leistungserbringung orientieren und die Zielsetzung verfolgen, dass ein gleicher Preis für gleiche Leistung bezahlt wird. Wichtig ist, dass alle Kostenfaktoren berücksichtigt werden, bei allen Leistungserbringern gleich in die Kostenrechnung eingehen und die Einhaltung der Vorgaben (Qualitätsvorgaben, Vorgaben zu den Ressourcen) geprüft wird, damit die Leistungen auch tatsächlich gleich und vergleichbar sind. Die vorliegende Arbeit geht in diesem Sinne primär der Frage nach, wie eine Kostenfunktion aussieht, in welcher die Zusammenhänge zwischen den kantonalen Vorgaben für Pflegeheime und weitere erklärende Variablen berücksichtigt werden. Letztlich geht es um die Frage, wie hoch davon ausgehend die Standardkosten für die Pflege in den Pflegeheimen des Kantons Aargau sind.

Bei solchen Fragestellungen und Analysen taucht immer wieder der Vorwurf der Ökonomisierung und ebenso die Frage nach dem Sinn solcher Auswertungen und Rechnungen und deren Aufwand gerade auch im Hinblick auf Public Health-Relevanz auf. Selbstverständlich sollten wirtschaftliche Aspekte nur dienenden Charakter haben. Gerade in der Pflegefinanzierung werden sich jedoch das demografische Spannungsfeld und der soziale Klimawandel besonders bemerkbar machen, wenn der steigenden Anzahl der zu Pflegenden ein merklich sinkendes informelles Pflegepotential gegenübersteht. Dies erfordert einen öffentlichen Dialog.

Wie in der vorliegenden Arbeit dargelegt, bilden nachvollziehbare Daten und verständlich aufbereitete Zusammenhänge die Basis und Anhaltspunkte für weitergehende Diskussionen. Die Ökonomie des Sozialen kann zur Nachhaltigkeit und zur Qualitätssicherung wie auch zur Prüfung alternativer pluralistischer Formen der Altenpflege sowie zur Aufwertung der Bedeutung des sozialen Kapitals beitragen. Dabei muss die inter- und intragenerative Solidarität diskutiert werden. Das Leben muss sich im Alter auch bei Pflegebedürftigkeit lohnen, und es darf nicht vergessen werden, dass Freiheit von der Fürsorge abhängt, denn ohne diese Sicherheit ist gar keine Freiheit möglich.