

Region Plessur

Entwicklung der Gesundheits- versorgungssubregion Plessur: Schlussbericht

9. Februar 2023

Monika Engler
Ruth Nieffer, Kathrin Dinner (Mitarbeit)

Fachhochschule Graubünden
Zentrum für wirtschaftspolitische Forschung ZWF
Comercialstrasse 22, 7000 Chur
T +41 81 286 37 68
M monika.engler@fhgr.ch

Inhalt

Executive Summary	3
1 Einleitung	5
2 Ist-Situation	6
2.1 Angebot	6
2.2 Nachfrage	12
2.3 Kundinnen und Kunden	14
2.4 Personelle und infrastrukturelle Ressourcen	17
2.5 Finanzsituation	19
2.6 Überbetriebliche Zusammenarbeit	22
3 Mögliche Entwicklung der GVR Plessur	27
3.1 SWOT und Stossrichtungen	27
3.2 Stossrichtung I: Versorgung gemeinsam sichern, Pflegeangebot differenzieren ...	29
3.2.1 Aufzubauende Pflegeangebote	29
3.2.2 Finanzielle Anreize durch gezielte Beiträge	32
3.2.3 Sicherung der Versorgung in der Peripherie	34
3.3 Stossrichtung II: Günstige Rahmenbedingungen für die Betriebe schaffen	35
3.3.1 Integriertes Aufsichtsmodell	35
3.3.2 Bereitstellung von Expertise	36
3.4 Stossrichtung III: Menschen und Angehörige beraten, Leistungen koordinieren	37
3.4.1 Grobkonzeption der Informations-, Beratungs- u. Koordinationsstelle	38
3.4.2 Weitere Fragen mit Blick auf eine Umsetzung	39
4 Umsetzung	40
4.1 Organisationsmodell	40
4.2 Umsetzungsplan	42
4.3 Chancen-Risiken-Einschätzung	44
Anhang: SWOT	49
Literaturhinweise	53

Executive Summary

Seit 2021 bilden die Stadt Chur und die Gemeinden Arosa, Churwalden und Tschierschen-Praden die Gesundheitsversorgungssubregion (GVR) Plessur. Diese soll dahingehend entwickelt werden, dass die in der Region tätigen Pflegeheime und Spitexdienste ihre Grundversorgungs- und spezialisierten Leistungen miteinander koordinieren, gemeinsam am Bedarf ausrichten und mit weiteren Dienstleistern nutzbringende Kooperationen eingehen.

Sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich ist die Pflegegrundversorgung in der Region Plessur heute flächendeckend und in hoher Qualität sichergestellt. Die Bevölkerung kann zwischen mehreren Anbietern und nach Betreuungs- und Pflegebedarf abgestuften Wohnformen wählen. Ein nur beschränktes oder fehlendes Angebot besteht indes für Personen mit einem spezifischen Betreuungs- und Pflegebedarf, u.a. infolge fortgeschrittener Demenz, weiterer psychischer Erkrankungen oder sozialer Beeinträchtigungen. Auch fehlen vorübergehend verfügbare Kurzzeit-Pflegeplätze als Anschlusslösungen an Spitalaufenthalte oder zur Entlastung von pflegenden Angehörigen. Obwohl gerade auch die Pflegeinstitutionen zunehmend Bedarf für diese Angebote feststellen, behindert das gegebene Tarifsystem deren Einführung im grösseren Umfang: Zum einen, da die Angebote mit Leistungen einhergehen, die nicht kostendeckend entschädigt werden oder zum anderen, da sie im Vergleich zur normalen Langzeitpflege deutlich weniger wirtschaftlich sind.

Die Ist-Analyse zeigt weiter, dass die Pflegebetriebe professionell und unternehmerisch geführt werden und bereits heute in verschiedenen Belangen zusammenarbeiten. Sie weisen mehrheitlich eine hohe Auslastung bzw. ein hohes Klientenaufkommen auf und verfügen entsprechend grösstenteils – bei den Pflegeheimen vielfach dank ihrer Einbettung in Organisationen mit Standbein in der Vermietung von Alterswohnungen – über eine stabile Finanzlage. Eine stete Herausforderung ist hingegen die Gewinnung und das Halten der erforderlichen Pflegefachkräfte. Gerade ausserhalb des Stadtgebiets und im Spitexbereich kann der Fachkräftemangel dazu führen, dass die Leistungserbringung im Einzelnen eingeschränkt werden muss.

Vor diesem Hintergrund und unter Einbezug der vorhandenen Chancen und Risiken schlägt die Analyse folgende drei strategischen Stossrichtungen vor:

I Versorgung gemeinsam sichern und Pflegeangebot differenzieren: Die insgesamt gute Ausgangslage wird genutzt, um das stationäre Pflegeangebot der Region Plessur stärker auf den steigenden Bedarf an spezialisierten und Kurzzeit-Plätzen auszurichten und mögliche Überkapazitäten in der Grundversorgung zu vermeiden. Die übergeordnete Steuerung erfolgt primär über finanzielle Anreize, welche die Pflegebetriebe zur Anpassung ihres Angebots bewegen. Die GVR prüft hierfür eigene Unterstützungsmöglichkeiten, wirkt aber auch auf Modifikationen in der kantonalen Finanzierung hin.

II Günstige Rahmenbedingungen für die Pflegebetriebe schaffen: Die GVR Plessur nutzt ihre Rolle als Leistungsbestellerin und Mitfinanziererin und wirkt auf eine stärkere Integration der von den verschiedenen Stellen vorgenommenen Aufsichtshandlungen hin, um die administrative Belastung der Pflegebetriebe zu senken. Mit Blick auf die schwierige Gewinnung von Fachkräften kann sie in Absprache mit interessierten Pflegebetrieben zudem auf bestimmte Themen und Aufgaben spezialisierte ExpertInnen engagieren, auf die mehrere Betriebe anschliessend gegen Kostenbeteiligung zugreifen können.

III Menschen und Angehörige beraten und Leistungen koordinieren: Die von der Stadt Chur anvisierte Koordinationsstelle wird dahingehend entwickelt, dass die gesamte Bevölkerung der Region Plessur bei Fragestellungen zu Leben und Wohnen im Alter oder bei Pflegebedürftigkeit hoch-

stehende und neutrale Beratungsleistungen erhält. Zudem wirkt die Koordinationsstelle darauf hin, Personen mit weitergehendem Unterstützungsbedarf (u.a. nach Spitalaufenthalt) frühzeitig zu erreichen, um mittels Bedürfnisabklärung und koordinierten Versorgungsplänen die erforderlichen medizinisch-pflegerischen Leistungen und weiteren Hilfestellungen aufeinander abstimmen zu können. Dies mit dem Ziel, die individuelle Versorgung zu optimieren und die knappen Ressourcen aller Beteiligten zu schonen.

Die Stossrichtungen verfolgen einen Bottom-up-Ansatz, in welchem sich die Pflegebetriebe innerhalb optimierter Rahmenbedingungen und infolge des veränderten Kundenverhaltens aus eigenem Antrieb an die neuen Gegebenheiten anpassen. Der Bottom-up-Ansatz spiegelt sich auch im abschliessend vorgeschlagenen Organisationsmodell für die GVR Plessur wider. Dieses sieht die Präsidentenkonferenz der Region Plessur als oberstes Entscheidungsgremium auch der GVR vor, plädiert aber für den institutionalisierten Einbezug der Leistungserbringer und ihrer Expertise in den Entscheidungsprozess – sowohl zur Strategie als auch zu deren Umsetzung. Im Vergleich zu einem top-down-orientierten Ansatz, in welchem die Tätigkeit der Pflegebetriebe bestellerseitig definiert und über Leistungsvereinbarungen implementiert wird, ist im Bottom-up-Ansatz – anfänglich – mit einer langsameren Entwicklung der GVR Plessur zu rechnen. Dank der breiteren Abstützung und der grösseren Akzeptanz der getroffenen Entscheide ist aber gleichzeitig davon auszugehen, dass der Entwicklungsprozess längerfristig mit grösserer Konstanz verlaufen wird.

1 Einleitung

Seit Inkrafttreten des teilrevidierten Krankenpflegegesetzes (BR 506.000, abgekürzt KPG) am 1. Januar 2021 bilden die Stadt Chur sowie die Gemeinden Arosa, Churwalden und Tschierschen-Praden die Gesundheitsversorgungssubregion Plessur (nachfolgend: GVR Plessur). Übergeordnetes Ziel der kantonalen Gesetzgebung ist es, die strategische und operative Betriebsführung der in der Region tätigen Alters- und Pflegeheime gemäss kantonaler Pflegeheimliste sowie der Leistungserbringer im Bereich häusliche Pflege und Betreuung an eine dafür bestimmte Organisation zu übertragen und darin weiterzuentwickeln (Art. 9a Abs.1 KPG). Die Präsidentenkonferenz der Region Plessur hat diese Zielsetzung dahingehend präzisiert, dass sie eine integrierte Versorgungsstruktur anstrebt, in der die regionalen Leistungserbringer der ambulanten und stationären Pflege ihre Grundversorgungs- und spezialisierten Leistungen miteinander koordinieren, gemeinsam am Bedarf ausrichten und mit weiteren Dienstleistern bzw. Leistungserbringern nutzbringende Kooperationen eingehen.

Die Präsidentenkonferenz der Region hat die Geschäftsführung der GVR Plessur an die Leiterin der Abteilung Gesundheit und Alter der Dienststelle Gesellschaft des Departements Bildung Gesellschaft Kultur (BGK) der Stadt Chur übertragen und folgende Meilensteine für das weitere Vorgehen festgelegt:

- M1: Bis am 31. Januar 2023 liegen für die GVR Plessur die Analyse der Anbietendenlandschaft sowie Empfehlungen für die strategische Ausrichtung, die zur Umsetzung notwendigen Massnahmen und ein Vorschlag zum Vorgehen und zeitlichen Ablauf vor.
- M2: Bis Mitte 2023 sind Strategie, Ziele und Massnahmen für die Entwicklung der GVR Plessur durch die Präsidentenkonferenz der Region Plessur verabschiedet.
- M3: Bis Ende 2023 sind die Leistungsvereinbarungen mit den ambulanten und stationären Leistungserbringern entsprechend der beschlossenen Strategie angepasst.

Der vorliegende Bericht befasst sich mit den im Meilenstein M1 aufgeführten Inhalten und ist wie folgt aufgebaut: Das Kapitel 2 «Ist-Situation» schildert zunächst das heutige Leistungsspektrum der in der GVR Plessur tätigen ambulanten und stationären Pflegedienstleister und beleuchtet deren Nachfragesituation, Ressourceneinsatz und Finanzlage. Anschliessend beschreibt es die bereits bestehenden und – aus Sicht der Leistungserbringer – weiteren möglichen Formen der überbetrieblichen Zusammenarbeit. Das Kapitel 3 «Mögliche Entwicklung der GVR Plessur» fasst die bis zu diesem Punkt gewonnenen Erkenntnisse sowie aus weiteren Quellen beigezogene Informationen in einer SWOT-Analyse zusammen und zeigt anschliessend drei – je einzeln oder kombiniert realisierbare – Stossrichtungen für die Ausrichtung und Entwicklung der GVR Plessur auf. Das Kapitel 4 macht schliesslich einen Vorschlag für die Umsetzung der Stossrichtungen in organisatorischer und zeitlicher Hinsicht und nimmt eine Chancen-Risiko-Einschätzung vor.

Die Ausführungen stützen sich neben schriftlichen Unterlagen und Daten insbesondere auf Informationen, die im Zeitraum Oktober bis Dezember 2022 anlässlich ausführlicher Interviews mit den Geschäftsleitungen aller in der GVR Plessur tätigen Pflegeheime und öffentlichen Spitexdienste, der privaten Spitex Senevita Casa Graubünden und der Psychiatrischen Dienste Graubünden sowie dem Leiter des Gesundheitsamts Graubünden gewonnen wurden:

Institution	Interviewpartner	Funktion	Interviewdatum
Gesundheitsamt	Rudolf Leuthold	Amtsleiter	25. Okt. 2022
Spitexverein Albula/Churwalden	Anna-Emilia Hemmi	Geschäftsleiterin	31. Okt. 2022
Psychiatrische Dienste Graubünden PDGR	Josef Müller Claudio Candinas	CEO Senior Consultant	31. Okt. 2022
Gesundheit Arosa	Men Foppa Desirée Hartmann	CEO CFO, Stv. CEO	3. Nov. 2022
Bürgerheim Chur	Damian Meienhofer	Heimleiter	3. Nov. 2022
Seniorenzentrum Rigahaus	Sandro Ursch	Geschäftsleiter	3. Nov. 2022
Residenz Bener-Park	Katarina Stauffer	Direktorin	10. Nov. 2022
Seniorenzentrum Cadonau	Iris Hess-Lanfranchi Rudolf Barmettler Benjamin Walter	Vizepräsidentin Stiftungsrat Heimleiter Leiter Pflege und Betreuung	11. Nov. 2022
Spitex Chur	Daniel Jörg Johanna Weiss	Co-Geschäftsleiter, L. Finanzen u. Services Co-Geschäftsleiterin, Leiterin Pflege	11. Nov. 2022
Wohn- und Pflegezentrum Tertianum Villa Sarona	Claudia Steiger	Geschäftsführerin	17. Nov. 2022
Seniorenzentrum Oase Churwalden	Deborah Allen	Geschäftsleiterin, Co-L. Pflege u. Betreuung	23. Nov. 2022
Alters- und Pflegeheim Loëgarten	Ruth von Wyl	Heimleiterin	23. Nov. 2022
Alterssiedlung Bodmer	Emanuele Forte	Geschäftsleiter	23. Nov. 2022
Alterssiedlung Kantengut und Spitex Alterswohnungen Chur	Jean-Pierre Liesch	Geschäftsleiter Alterssiedlung und Spitex Alterswohnungen	29. Nov. 2022
Senevita Casa Graubünden	Barbara Aebli	Geschäftsleiterin	12. Dez. 2022

Tabelle 1: Durchgeführte Interviews

2 Ist-Situation

Nachfolgend wird die Ist-Situation der in der GVR Plessur tätigen Pflege- und Alterszentren sowie Spitexorganisationen im Hinblick auf deren Tätigkeit, Ressourceneinsatz, Finanzsituation sowie unternehmensübergreifenden Zusammenarbeit erläutert. Die Ausführungen stützen sich auf die öffentlich zugänglichen Informationen zu den verschiedenen Leistungserbringern, die einschlägigen Kennzahlen des Gesundheitsamts Graubünden und des Bundesamts für Gesundheit (BAG) sowie auf die mit den Heim- und Spitexleitungen geführten Interviews.

2.1 Angebot

a) Leistungsangebot Pflege- und Alterszentren

Die Tabelle 2 zeigt das Leistungsangebot der zehn Pflege- und Alterszentren der GVR Plessur im Überblick. Die Institutionen weisen ein bewilligtes Angebot von insgesamt 612 Pflegeplätzen aus. Davon entfallen 544 Plätze auf die acht Pflegeheime in der Stadt Chur, 28 Plätze auf das Seniorenzentrum in Churwalden und 40 Plätze auf das Alterszentrum Arosa, wobei dort nur rund 30 Betten betrieben werden.

Ergänzend verfügen die Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR) am Standort Chur/Waldhaus (sowie in Cazis) über insgesamt 10 bewilligte Pflegeplätze. Diese Plätze stehen indes nur Personen nach einer stationären Behandlung in der PDGR offen, wenn keine Anschlusslösung gefunden werden kann. Direkteintritte von pflegebedürftigen Personen in die Pflegeabteilung der PDGR sind nicht möglich.

	Stationäre und teilstationäre Pflege			Tages-/Nachtstrukturen	Spezialisierte Angebote	Anzahl Pflgetage	davon Kurzzeit	Belegungsgrad	Betreutes Wohnen / (Alters-)Wohnen mit Spitex und Services	Weitere gesundheitsbezogene Angebote (medizinisch, therapeutisch, komplementärmedizinisch)
	Anzahl bewilligte Pflegeplätze (2022)	davon reserviert für Kurzzeit/Ferien	davon geschützte Demenzabt.							
Cadonau Stiftung Cadonau	162 EZ, wenige DZ	3	32 <i>(davon 4 in Pflegeoase)</i>	Tages- und Nachtstätte für Demenzkranke	Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz	52'162	6%	87%	56 Mietwohnungen +31 Mietwohnungen ab 2025 anerkanntes Betreutes Wohnen mehrheitl. 2.5-Zimmer diverse Servicepakete (Basispaket = oblig.)	Im Haus: - Apotheke Durch externe Anbieter: - Allg.medizin. Sprechstd. 2x/W - Physiotherapie - Ergotherapie - Dentalhygiene - Shiatsu - Fusspflege
Bodmer Stiftung im Bodmer	85 (angeboten: 84) EZ	-	21		Abteilung für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen	30'412	-	98%	98 Mietwohnungen davon 32 anerkanntes Betreutes Wohnen 1- bis 3.5-Zimmer diverse Servicepakete für Betreutes Wohnen (Basispaket = oblig.)	Durch externe Anbieter: - Physiotherapie - Fusspflege
Rigahaus C. L. Allemann Stiftung	74 (angeboten: 70) EZ	(1)	7			26'444	1%	95%	99 Mietwohnungen 1- bis 4.5-Zimmer diverse Servicepakete (Basispaket = oblig.)	Im Haus - Praxis für Allgemeinmedizin - Physiotherapiepraxis Durch externe Anbieter: - Dentalhygiene - Akupressur - Fusspflege
Bürgerheim Bürgergemein- de Chur	68 54 EZ, 3 DZ	-	8			25'099	-	101%		Durch externe Anbieter: - Physiotherapie - Fusspflege
Kantengut Chr. Bener- Dalp Stiftung	60 EZ	-	8	Tageszentrum	Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz	20'718	3%	93%	81 Mietwohnungen +33 Mietw. bis 2023 1- bis 3-Zimmer keine Servicepakete	Durch externe Anbieter: - Fusspflege

	Stationäre und teilstationäre Pflege				Tages-/Nachtstrukturen	Spezialisierte Angebote	Anzahl Pflgetage	davon Kurzzeit	Belegungsgrad	Betreutes Wohnen / (Alters-)Wohnen mit Spitex und Services	Weitere gesundheitsbezogene Angebote (medizinisch, therapeutisch, komplementärmedizinisch)
	Anzahl bewilligte Pflegeplätze (2022)	davon reserviert für Kurzzeit/Ferien	davon geschützte Demenzabt.								
Tertianum Villa Sarona Capvis AG	37 EZ	-	-		- Palliativpflege	13'451	0%	97%		Durch externe Anbieter: - Fusspflege	
Loëgarten Loëgarten AG	25 EZ	(Übergangspflege von KSGR-Patienten)	-		- Komplexe medizinische Behandlungspflege	7'947	10%	86%		Durch externe Anbieter (KSGR): - akutgeriatrische und weitere spezialärztliche Betreuung - Wundversorgung - Physiotherapie - Ergotherapie - Logopädie - Fusspflege	
Bener Park Bener-Park Betriebs-AG	23 EZ	-	-			8'279	-	98%	88 Eigentumswohnngn. 2.5- und 3.5-Zimmer diverse Servicepakete, Inanspruchnahme fakultativ	Im Haus: - Praxis f. Sport- u. Allg.medizin - Praxis für Allgemeinmedizin Durch externe Anbieter: - Physiotherapie - Fusspflege	
Alterszentrum Arosa Gesundheit Arosa AG	40 (betrieben ca. 30) EZ, DZ	(Zimmer für Kurz-/Ferienaufenthalte verfügbar)	-	- Tages- und Nachtbetreuung		9'279	9%	62%		Im Haus/mit internem Personal: - Praxis f. Allg.- u. Notfallmedizin - Ambulanzstützpunkt Durch externe Anbieter: - Physio-/med. Trainingstherapie - Fusspflege	
Oase Churwalden* Oase Service AG	28 EZ, DZ, 8 Pflegestudios	(Studios werden auch für Kurz-/Ferienaufenthalte genutzt)	-	- Tages- und Nachtbetreuung	- Psychiatrische Pflege - Palliativpflege	n.v.	n.v.	n.v.	21 Mietwohnungen 1.5- bis 3.5-Zimmer Standard-Servicepaket in Miete inbegriffen	Durch externe Anbieter: - Allg.medizin. Sprechstd. 1x/W - Physiotherapie - Ergotherapie - Shiatsu - Fusspflege	

Tabelle 2: Leistungsangebot der Pflege- und Alterszentren Plessur (2020)

Quellen: Kantonale Pflegeheimliste 2022 und Liste anerkannte Einrichtungen des Betreuten Wohnens 2020 des Gesundheitsamts, Kennzahlen Schweizer Pflegeheime 2020 des BAG, heiminfo.ch, Internetauftritte und Interviewangaben der Institutionen. *Fehlende Angaben (auch in nachfolgenden Tabellen) für die Oase Churwalden sind auf den Eröffnungszeitpunkt 2021 und die noch fehlende Abbildung in den Kennzahlen des Gesundheitsamts bzw. BAG zurückzuführen.

	Klientinnen und Klienten			Geleistete Stunden		Ambulante Pflege		Hauswirtschaft, Betreuung und Begleitung*	Mahlzeitendienst		
	Total	davon mit pflegerischen Leistungen (in %)	davon mit hauswirt. o. betreuer. Leistungen (in %)	Jahres-total	davon verrechenbar (in %)	Spezialisierte Angebote (zusätzlich zu Grund- und Behandlungspflege)	Einsatzzeiten		Anzahl KlientInnen	Anzahl Mahlzeiten	Lieferant
Spitex Chur	908	77	60	147'784	47	- Psychiatrische Pflege - Demenz - Palliative Care - Wundmanagement Je mit eigenen Teams bzw. FachspezialistInnen	07 - 23 Uhr 23 - 07 Uhr Pikettdienst	- Grundleistungen, Kinderbetreuung bei Krankheit/Rekonvaleszenz der Eltern - Dienstleistungen zum Vollkostenpreis: Coiffeur, Fusspflege, Heimwerkerservice	(via Alterssiedlung Kantengut)		
Spitex Alterswohnungen Chur / Alterssiedlung Kantengut	511	34	97	31'037	63		(24h-Notrufabdeckung durch jeweiliges Pflegeheim)	- Grundleistungen	346	40'672	Pflegeheime für Betreutes Wohnen Kantengut für gesamtes restliches Stadtgebiet Chur
Spitex Arosa-Schanfigg	86	83	74	12'999	55	- Palliative Care	07-22 Uhr	- Grundleistungen	20	3'135	Alterszentrum Arosa, Restaurant in Region
Spitex Albula / Churwalden**	226	71	74	36'443	49	- Palliative Care - Psychiatrische Pflege durch PDGR	07-20 Uhr	- Grundleistungen Hauswirtschaft nur in reduziertem Umfang - Grundleistungen Betreuung und Begleitung nur nach Absprache	67	7'325	Oase Churwalden
Senevita Casa (privat)	n.v.			n.v.		- Demenzbetreuung - Psychiatrische Pflege und Betreuung in Kooperation mit PDGR - Langzeiteinsätze	Individuell, je nach Auftrag auch Nachtwachen oder Nachtpikett	- Hauswirtschafts-, Betreuungs- und Begleitungsleistungen zum Vollkostenpreis			

Tabelle 3: Leistungsangebot der Spitexdienste Plessur (2020)

Quellen: Kenndaten Spitex 2020 des Gesundheitsamts, Internetauftritte und Interviewangaben der Institutionen.

*Grundleistungen Hauswirtschaft: Unterstützung bei Reinigung, Wäsche, Einkauf, Unterstützung beim Kochen. Grundleistungen Betreuung und Begleitung: Aktivierung wie z.B. Spazieren, Alltagsbewältigung wie z.B. Begleitung zum Arzt. Grundleistungen werden bis zu einem Aufwand von 20 Std. pro Woche durch Beiträge von Kanton und Gemeinden subventioniert.

**Die Spitex Albula/Churwalden ist in drei Gesundheitsversorgungsregionen tätig: Plessur, Albula/Viamala, Oberhalbstein. Auf die GVR Plessur entfallen rund 20 Prozent der Leistungen.

Die Pflegeplätze in der GVR Plessur werden zum grössten Teil in Form von *Einzelzimmern* geführt. Doppelzimmer oder Zimmer für Paare werden nur noch wenige angeboten und tendenziell abgebaut. Das Seniorenzentrum Cadonau führt indes seit einigen Jahren ein Grossraumzimmer («Pflegeoase») mit vier Plätzen für demenzerkrankte Personen. Auf der anderen Seite bietet das 2021 eröffnete Seniorenzentrum Oase in Churwalden acht Pflegeplätze in Pflegestudios. Diese sind im Vergleich zu Pflegezimmern geräumiger, verfügen je über eine eigene Küchenzeile und bilden damit eine (weitere) Übergangsform zwischen früherem Wohnen und Heimaufenthalt.

Der Grossteil der Pflegeplätze wird für *Langzeitaufenthalte* genutzt. Demgegenüber sind *Kurzzeitaufenthalte* gemessen an der Gesamtzahl Pflegetage von untergeordneter Bedeutung. Grössere Anteile an Kurzzeitaufhalten von rund 10 Prozent erreichen nur das Pflegezentrum Loëgarten, das aufgrund seines Standorts im Kreuzspital für Brückenangebote zwischen Spitalaufhalten und Rückkehr nach Hause prädestiniert ist, sowie das Alterszentrum Arosa, das sich aufgrund seiner Lage im Tourismusort, aber auch wegen der freien Platzkapazitäten für Ferienaufenthalte anbietet. Daneben stellt die Oase Churwalden seine Pflegestudios regelmässig für Ferienaufenthalte zur Verfügung. In den anderen Pflegeheimen sind Kurzzeitaufenthalte nur bei freien Plätzen möglich (was derzeit nicht der Fall ist). Die Ausnahme ist das Seniorenzentrum Cadonau, das drei der bewilligten 162 Pflegeplätze ausschliesslich für Kurzzeitaufenthalte reserviert hat. Die Institution will mit diesem Angebot einen Beitrag zur Entlastung pflegender Angehöriger leisten, aber auch eine Möglichkeit bieten, um allfällige Schwellenängste hinsichtlich eines Heimeintritts abzubauen. Die gleichen Zielsetzungen verfolgt die Institution – zusammen mit drei weiteren Pflegeheimen – mit dem Angebot von *tage- oder nächteweiser Betreuung* von pflegebedürftigen Personen.

Die fünf grössten Pflegeheime der GVR Plessur betreiben je eine geschützte *Demenzabteilung*, in der die Pflege und Betreuung von demenzerkrankten Personen auch bei fortschreitendem Krankheitsverlauf und insbesondere einer Weglaufgefährdung fortgesetzt werden kann. Auch die Oase Churwalden betreut schwer demenzerkrankte Personen, verzichtet aber auf eine räumlich abgegrenzte Demenzabteilung und setzt stattdessen vollständig auf ein integratives Betreuungskonzept und individuellen, bei Bedarf sensorgestützten Weglaufschutz.

Spezialisierte Angebote für pflegebedürftige Personen mit *psychischen Erkrankungen* betreibt zum einen die Alterssiedlung Bodmer, welche eine auf bestimmte Krankheitsbilder (u.a. Psychosen, Schizophrenie; keine Personen mit aggressivem Verhalten) ausgerichtete Abteilung führt und ein- bis zweimal pro Monat von einer Konsiliarpsychiaterin der PDGR besucht wird. Ebenfalls offen für Menschen mit psychischen Erkrankungen zeigt sich die Oase Churwalden, die häufig Fälle von der PDGR übernimmt. Das Bürgerheim nimmt neben Personen mit psychischen Erkrankungen auch Personen mit suchtbewogenen Erkrankungen bzw. früherer Drogenabhängigkeit auf.

Die *Palliativbetreuung* von Patienten als Anschlusslösung nach Aufhalten in der Palliativstation des Kantonsspitals Graubünden (KSGR) und in Zusammenarbeit mit dem palliativen Brückendienst nimmt insbesondere in der Oase Churwalden und der Tertianum Villa Sarona einen wichtigen Stellenwert ein.

Das Alterszentrum Loëgarten ist aufgrund des entsprechend ausgebildeten Personals und seiner engen Verbindung zum KSGR in der Lage, von Universitätsspitalern oder spezialisierten Institutionen wie dem Paraplegiker-Zentrum Nottwil PatientInnen zu übernehmen, die umfangreiche *medizinische Behandlungspflege* benötigen (z.B. Tetraplegiker, künstlich Beatmete).

Fünf der acht Churer Pflegeheime sowie die Oase Churwalden bieten auf ihrem Areal *Betreutes Wohnen* bzw. (Alters-)wohnen mit Services (nachfolgend: Betreutes Wohnen) an. Das Angebot umfasst aktuell 356 Mietwohnungen unterschiedlicher Grösse und Preisklasse sowie 88

Eigentumswohnungen. Im Rahmen von laufenden Bauprojekten an den Standorten Cadonau und Kantengut wird das Angebot derzeit um rund 60 Mietwohnungen erweitert. Vom aktuellen Wohnungsangebot wird ein Viertel vom Kanton als Einrichtungen des Betreuten Wohnens anerkannt, womit anspruchsberechtigte MieterInnen zusätzliche Ergänzungsleistungen (EL) beantragen können. Unabhängig vom Anerkennungsstatus sind bei allen Wohnangeboten *vor Ort Spitexdienste* tätig. Dabei werden die Bedarfsabklärung und Abrechnung der Spitexleistungen vom Spitexverein Alterswohnungen Chur bzw., im Fall Churwalden, vom Spitexverein Albula/Churwalden vorgenommen, während die Leistungen durch (Spitex-)Personal der jeweils benachbarten Pflegeheime erbracht werden. Mit Ausnahme des Kantenguts und der Alterswohnungen im Bodmer sind die Mietwohnungen obligatorisch mit dem Kauf eines Mindest-Servicepakets verbunden. Diese Mindest-Services umfassen die Bereitstellung eines 24h-Notrufsystems und das Anrecht auf einen späteren Pflegeplatz, teilweise auch den freien Zutritt zu Veranstaltungen oder die Reinigung der Wohnung. Darüber hinaus können fakultativ weitergehende Servicepakete sowie individuell abgestimmte Dienstleistungen gebucht werden.

Die Pflege- und Wohnangebote der verschiedenen Institutionen werden schliesslich durch diverse *medizinische und therapeutische Angebote* ergänzt. Mehrheitlich handelt es sich dabei um Dienstleistungen von externen Leistungserbringern, die hierfür zu den PatientInnen ins Alters- und Pflegezentrum kommen. Es gibt aber auch Institutionen, in denen Arzt- oder Physiotherapiepraxen eingemietet sind (Benerpark, Rigahaus). Im Gesundheitszentrum Arosa ist das Alterszentrum organisatorisch unter einem Dach mit dem örtlichen Ärztezentrum und Ambulanzstützpunkt vereint.

b) Leistungsangebot Spitex

Die Tabelle 3 zeigt das Leistungsangebot der in der GVR Plessur angesiedelten öffentlichen Spitexdienste¹ sowie der privaten Spitexunternehmung Senevita Casa Graubünden, die (derzeit noch) vorwiegend in Chur tätig ist. Die öffentlichen Spitexdienste betreuen in der GVR Plessur rund 1'550 Klientinnen und Klienten während rund 200'000 Stunden pro Jahr. Mit Ausnahme der Spitex Alterswohnungen Chur beziehen über 70 Prozent der KlientInnen *KVG-pflichtige Pflegeleistungen*. 60 Prozent (Spitex Chur) bis gegen 100 Prozent (Spitex Alterswohnungen Chur) der KlientInnen beziehen *hauswirtschaftliche oder betreuerische Leistungen*. In Bezug auf den Arbeitseinsatz pro KlientIn nehmen die Pflegeleistungen den grössten Raum ein. Gemäss Auskunft der Spitexverantwortlichen entfallen 65 bis 80 Prozent der verrechneten Stunden auf Pflegeleistungen.

Die öffentlichen Spitexdienste sind rechtlich dazu *verpflichtet*, Personen mit Unterstützungsbedarf notwendige Pflegeleistungen sowie Hilfestellungen in der Haushaltsführung und Alltagsbewältigung bereitzustellen (Art. 43 KPG). Die Bestellung der Pflegeleistungen wird grösstenteils von Spitälern und HausärztInnen ausgelöst und ist mit einem Vorlauf von zwei *Tagen*, seitens Spitäler teils noch weniger, *sehr kurzfristig*. Direkte Anfragen von Betroffenen und Angehörigen werden ebenfalls kurzfristig bearbeitet, längstens innerhalb einer Woche. Die kurzen Vorlaufzeiten stellen die Spitexdienste teils vor erhebliche Herausforderungen, das geforderte Leistungsspektrum jederzeit erbringen zu können. Dies zeigt sich vorab bei der Spitex Albula/Churwalden, die aufgrund anhaltender Personalknappheit Nichtpflegeleistungen bereits heute auf ein Minimum reduzieren muss, um die aus medizinisch-pflegerischer Sicht unverzichtbaren Leistungen

¹ Als *öffentliche* Spitexdienste werden in diesem Bericht die Spitexdienste mit kommunalem Leistungsauftrag und als *private* Spitexdienste jene ohne kommunalen Leistungsauftrag bezeichnet. Gem. Art. 41 KPG gewähren Kanton und Gemeinden den öffentlichen Spitexdiensten leistungsbezogene Beiträge für Pflegeleistungen, hauswirtschaftliche und betreuerische Leistungen und den Mahlzeitendienst (ergänzend zu den Leistungen der Krankenversicherer und Beiträgen der KlientInnen). Die privaten Spitexdienste erhalten Kantons- und Gemeindebeiträge nur für Pflegeleistungen.

erbringen zu können. Aber auch die Spitex Chur berichtet, dass in Spezialgebieten (ausser Palliative Care) und bei hauswirtschaftlichen Leistungen teils längere Wartezeiten in Kauf genommen werden müssen. Zudem könne (subjektiven) Bedürfnissen der KlientInnen nicht immer vollumfassend entsprochen und müssten Leistungen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung teils reduziert werden.

Bei den *privaten Spitexdiensten* besteht keine Leistungspflicht. Entsprechend konzentrieren sich diese Organisationen eher auf Einsätze, die besser planbar, mit längeren Besuchszeiten sowie dauerhafteren Kundenbeziehungen verbunden sowie stärker auf Grundpflege und Betreuung ausgerichtet sind. So beträgt die Mindestbesuchszeit bei einer Klientin oder einem Klienten bei Senevita eine Stunde, während die öffentliche Spitex auch Kurzeinsätze von 5 bis 10 Minuten pro Tag und KlientIn leistet. Die Übernahme von kurzfristigen Spitalaustritten und (oft damit verbundener) Behandlungspflege steht bei Senevita ebenfalls nicht im Vordergrund. Das Unternehmen übernimmt hingegen häufig länger dauernde Aufträge wie die Betreuung von chronisch kranken Personen oder Fälle, bei denen eine hohe Beziehungskontinuität (immer gleiche Mitarbeitende bei einer Klientin), Planbarkeit (fest zugesagte Einsatzzeiten) und/oder die Berücksichtigung individueller Wünsche wichtig sind. Die grössere Beziehungskontinuität kann unter anderem bei Personen mit psychischen Erkrankungen von Vorteil sein, während eine hohe Planbarkeit gerade für pflegende Angehörige wesentlich sein kann. Insgesamt erachten die VertreterInnen der öffentlichen und privaten Spitexorganisationen ihre Angebote als komplementär. Entsprechend kommt es auch immer wieder vor, dass KlientInnen gemeinsam betreut werden.

Die Spitex Chur als grösste Organisation kann neben dem Spitex-Grundangebot *spezialisierte Pflege- und Betreuungsleistungen* mit je eigenen, spezifisch ausgebildeten Teams anbieten. Auch sind zusätzliche Services im Bereich Hauswirtschaft, Betreuung und Begleitung möglich. Die Spitexdienste ausserhalb Chur haben diesbezüglich deutlich weniger Handlungsspielraum und können heute mit eigenem Personal nur die Unterstützung in Palliativsituationen abdecken. Daneben kann die Spitex Albula/Churwalden die Betreuung von psychisch erkrankten Personen insofern sicherstellen, als sie diese Fälle den mobilen Teams des ambulanten psychiatrischen Diensts (APP) der PDGR übergeben kann.

Als weitere Dienstleistung haben die öffentliche Spitexdienste einen Mahlzeitendienst zu organisieren. Die Spitex Chur kooperiert in diesem Bereich mit der Alterssiedlung Kantengut, die den *Mahlzeitendienst* für die ganze Stadt Chur betreibt. Ausgenommen hiervon sind nur Personen in Betreuten Wohnsiedlungen, die von den jeweils angrenzenden Pflegeheimen versorgt werden. Ausserhalb der Stadt Chur wird der Mahlzeitdienst von den Spitexdiensten in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Alters- bzw. Pflegezentren organisiert.

Mit Blick auf *künftige Angebotsanpassungen* nennen die Spitexverantwortlichen den laufenden Bedeutungszuwachs von digitalen Lösungen. Während diese bereits die Patienten- und Pflegedokumentation sowie das Fallmanagement vereinfacht hätten, würden künftig zusehends technische Hilfsmittel wie Bewegungsmelder oder Sensoren zur Überwachung des Gesundheitszustands von KlientInnen oder zum Absetzen von Notrufen Einsatz finden. Erwartet werden des Weiteren neue Versorgungsformen, darunter Hospital-at-Home Angebote, in denen PatientInnen durch (spital-)ärztliches und Spitexpersonal zu Hause therapiert und gepflegt werden.

2.2 Nachfrage

a) Auslastung der Pflege- und Alterszentren

Gemäss Aussagen der Heimleitungen haben die Belegungsgrade der Pflegeheime, die während der Corona-Pandemie teils zurückgingen, im Jahr 2022 wieder Werte von gegen 100 Prozent erreicht. Teilweise müssen heute angehende BewohnerInnen vorübergehend in anderen

Pflegeheimen platziert werden, bis ein Pflegeplatz frei wird. Die Ausnahme in Bezug auf die Auslastung ist das Alterszentrum Arosa. Dank gezielten Anstrengungen des Managements und auch der fehlenden Bettenkapazitäten in Chur ist der Belegungsgrad zwar gestiegen, dürfte aber vorderhand trotzdem nicht über 75 Prozent steigen.

Im Unterschied zu Langzeitaufenthalten werden bei Kurz- und Ferienaufenthalten – trotz hoher Nachfrage – deutlich tiefere Auslastungszahlen erreicht. Dies zeigt u.a. der Vergleich zwischen Ferienzimmern und regulären Pflegezimmern im Seniorenzentrum Cadonau, wo erstere Belegungsgrade von nur 50-70 Prozent erreichen, während letztere praktisch vollständig belegt sind.

Sowohl eine bescheidene Nachfrage als auch eine tiefe Auslastung zeigt sich im Bereich der Tages- und Nachtbetreuung. Teilweise scheint hier weiterhin die Coronasituation nachzuwirken, andererseits dürften aber auch die Kosten solcher Aufenthalte für die Betroffenen bzw. deren Angehörige ein Hindernis darstellen.²

Sehr grosser Nachfrage erfreuen sich hingegen wiederum die Angebote des Betreuten Wohnens, für die – sofern noch geführt – Wartelisten mit teils mehreren hundert Einträgen bestehen. Verschiedene Institutionen haben vor diesem Hintergrund Aufnahmekriterien für das Betreute Wohnen definiert, darunter das Erreichen eines Mindestalters oder das Vorliegen einer IV-Berechtigung, das Vorhandensein eines gewissen Pflege- oder Unterstützungsbedarfs oder der Eintritt der Partnerin oder des Partners in die Pflegeabteilung der jeweiligen Alterssiedlung.

b) Bereiche mit Nachfrageüberhang bzw. Angebotslücken: Stationäre Pflege

In der Einschätzung der Gesprächspartner kann das bestehende stationäre Pflegeangebot die Nachfrage aus der GVR Plessur (und dem Kanton) in verschiedenen Bereichen nicht oder immer weniger decken:

- Pflege- und Betreuung von Personen mit *Demenz*: Die Angebote für schwererkrankte Personen sind bereits heute dauernd belegt. Mit fortschreitender Bevölkerungsalterung und zusehends später stattfindenden Pflegeheimeintritten ist mit einem weiteren Nachfrageanstieg zu rechnen.
- Pflege- und Betreuung von älteren Personen mit (anderweitigen) *psychischen Erkrankungen*: Den Pflegeheimen fehlen teilweise die entsprechend ausgebildeten Mitarbeitenden oder die geeigneten Räumlichkeiten. Ausschlaggebend dürfte jedoch vielfach das Tarifsystem sein, welches den höheren Betreuungsaufwand dieser Fälle nicht entschädigt.
- Pflege- und/oder betreuende bzw. wohnintegrative Angebote für Personen mit *Suchterkrankungen* oder Suchtvergangenheit sowie Personen mit *sozialer Beeinträchtigung*: Mehrere Heimleitungen erwarten eine zunehmende Nachfrage an Plätzen für Personen mit Bezug zu Drogen. Ebenso stellt sich immer wieder die Frage, wo randständige oder sozial desintegrierte Personen, die neben einer gewissen gesundheitsbezogenen Unterstützung vor allem auch geregelte Alltagsstrukturen benötigen, untergebracht werden können. Da diese Fälle häufig ebenfalls vor allem betreuungsintensiv, aber (noch) wenig pflegeintensiv sind, besteht auch hier das Problem unzureichender Entschädigungen.

² Die Tages- bzw. Nachtgäste bezahlen analog zu den LangzeitbewohnerInnen neben einem Anteil an den Pflegekosten die vollen Betreuungskosten und Pensionskosten. Sofern kein Anspruch auf Ergänzungsleistungen besteht (was vor einem Heimeintritt oft nicht gegeben ist), bleibt die Finanzierung bei den Nutzenden. Ein Gesprächspartner weist in diesem Zusammenhang auf die ungleiche Situation im Vergleich zu den ambulanten psychiatrischen Tageszentren hin, bei denen bei teils ähnlichen Tagesstrukturangeboten die Kostenbeteiligung der Nutzenden deutlich tiefer liegt (bei ambulanten Leistungen müssen sich die Nutzenden nur im Rahmen ihrer Franchise und des Selbstbehalts von 10 Prozent beteiligen).

- *Kurzzeit-/Ferienzimmer*: Die Bedeutung vorübergehender Heimaufenthalte nimmt laufend zu. So sind aufgrund der kürzeren Aufenthaltsdauer in Spitälern und Rehakliniken und den älter werdenden PatientInnen vermehrt Übergangsangebote nötig, bevor eine Rückkehr nach Hause möglich wird. Daneben fragen zunehmend Angehörige Ferienzimmer nach, sei es, um sich von Pflegeaufgaben vorübergehend zu entlasten oder um z.B. einem pflegebedürftigen Elternteil einen niederschweligen Einstieg ins Pflegeheim zu ermöglichen. Heute fehlen aufgrund der hohen Nachfrage nach Langzeitpflegeplätzen in den meisten Pflegeheimen die Kapazitäten für Kurzaufenthalte, respektive sind die meisten Heime nicht bereit, die mit Ferienzimmern einhergehenden tieferen Auslastungszahlen und höheren administrativen Aufwendungen in Kauf zu nehmen.
- Pflege und Betreuung von älteren Menschen mit *geistiger Behinderung*: Heute erreicht diese Bevölkerungsgruppe zunehmend ein höheres Alter, womit Anschlusslösungen an die Behinderteneinrichtungen, die eine Pflegebedürftigkeit nur beschränkt auffangen können, erforderlich werden. Auch hier stellt sich die Frage, wie der höhere Betreuungsaufwand angemessen abgegolten werden kann.
- Pflege- und Betreuung von *Palliativ-Patienten*, die eine Anschlusslösung an die Palliativstation des KSGR oder eine Hospizeinrichtung benötigen. Den Pflegeheimen fehlen für dieses Angebot teils die entsprechend ausgebildeten Fachkräfte oder die jeweils kurzfristig erforderlichen Platzkapazitäten.
- Pflegeangebote für *jüngere Menschen*: Jüngere Menschen (d.h. bis ca. 65-Jährige), die infolge Krankheit oder Unfall früh pflegebedürftig sind, finden in den heutigen Pflegeheimen keine passende Umgebung.

c) Nachfragesituation Spitex

Auch die Spitexdienste berichten von einer hohen und steigenden Nachfrage sowohl bei den Grund- wie auch den spezialisierten Angeboten. Angebotslücken werden von den Gesprächspartnern teils bei der Entlastung von Angehörigen in *betreuungsintensiven Fällen* bzw. der Demenzbetreuung gesehen. Während die öffentlichen Spitexdienste Betreuungsleistungen aus Ressourcengründen teils einschränken müssen, bieten private Spitexdienste umfassende Betreuungsleistungen an, allerdings müssen diese gänzlich von den KlientInnen bezahlt werden. Diese Restriktionen können dazu führen, dass eine Betreuung zu Hause bei fortschreitender Krankheit – auch bei hohem zeitlichen Engagement der Angehörigen – nur bei entsprechenden finanziellen Möglichkeiten der Betroffenen fortgesetzt werden kann und sonst ein Heimeintritt notwendig wird.

Weitere Bereiche, für die ein Bedarf gesehen wird und entsprechende Angebote als wünschenswert bezeichnet werden, ist die Betreuung von vereinsamten Personen sowie Spitexleistungen für Eltern, die chronisch erkrankte Kinder betreuen. Heute werden entsprechende Leistungen aufgrund fehlenden Personals und fehlender Finanzierung nur zurückhaltend erbracht.

2.3 Kundinnen und Kunden

a) Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime

Wie aus Tabelle 4 hervorgeht, stammt der Grossteil der BewohnerInnen der Pflegeheime aus den jeweiligen Standortgemeinden oder den unmittelbaren Nachbargemeinden (sog. Heimregion gemäss Kenndaten des Gesundheitsamts). Die grösseren Churer Heime weisen zudem rund 20 Prozent BewohnerInnen aus dem Restkanton auf; hier ist die Heimwahl häufig durch die Angehörigen begründet, die in Chur leben. Im Alterszentrum Arosa sind rund 20 Prozent der BewohnerInnen ausserkantonaler Herkunft.

	Herkunft		Alter Durchschnitt per 31.12.	Pflegebedarf (BESA-Einstufung)			
	Anteil ausserkant. BewohnerInnen	Anteil Belegungstage aus Heimregion		Durchschnitt per 31.12.	Anteil BESA 1	Anteil BESA 2	Anteil BESA 3
Cadonau	1%	75%	85.5	5.5	6%	10%	17%
Bodmer	-	80%	82.5	5.1	3%	12%	13%
Rigahaus	-	84%	85.6	5.3	1%	13%	10%
Bürgerheim	1%	65%	79.6	5.6	-	10%	10%
Kantengut	-	83%	84.7	6.8	-	6%	7%
Tertianum Villa Sarona	-	88%	87.0	5.5	-	12%	3%
Loëgarten	4%	91%	89.7	5.8	-	-	-
Bener Park	-	94%	84.6	5.8	-	-	5%
Alterszentrum Arosa	21%	71%	86.6	6.4	-	-	9%
Oase Churwalden	n.v.						

Tabelle 4: Merkmale BewohnerInnen in stationärer Pflege (2020)

Quellen: Kennzahlen Schweizer Pflegeheime 2020 des BAG für Anteil ausserkantonale BewohnerInnen und Durchschnitts-BESA. Kenndaten Alters- und Pflegeheime 2020 des Gesundheitsamts für restliche Angaben.

Das Durchschnittsalter der BewohnerInnen liegt im kantonalen Schnitt von rund 85 Jahren. Die Ausnahme ist das Bürgerheim Chur, bei dem das Durchschnittsalter rund fünf Jahre tiefer liegt.

In Bezug auf den *Pflegebedarf* der BewohnerInnen weisen die Pflegeheime insgesamt vergleichbare und tendenziell steigende Werte auf. Im Durchschnitt liegt der Pflegebedarf auf den BESA-Stufen 5 bis 6 (Pflegebedarf von 80 bis 120 Minuten/Tag). Nichtsdestotrotz zeigen sich bei der Bewohnerstruktur Unterschiede. So liegt der Anteil von BewohnerInnen mit einer *BESA-Einstufung 3 und tiefer* in den vier grössten Pflegeheimen der GVR Plessur bei 20 bis 33 Prozent. In den Interviews werden hierfür verschiedene Gründe genannt: Eine erste Gruppe von Personen mit tiefem Pflegebedarf hat psychische und/oder suchtbezogene Probleme, ist teils sozial beeinträchtigt, von Verwahrlosung bedroht und benötigt gefestigte Strukturen. Eine zweite Gruppe sind BewohnerInnen, deren Gesundheitszustand sich während des Heimaufenthalts verbessert hat, die aber den früheren Haushalt aufgelöst haben. Drittens gibt es (zusehends weniger) Bewohnende, die aufgrund des Pflegebedarfs ihrer Partnerin oder ihres Partners mit dieser/diesem ins Pflegeheim eintraten und bei relativ geringem eigenem Pflegebedarf den Partner überlebt haben. Gerade bei Pflegeheimen ohne angrenzendes Betreutes Wohnen kann auch Einsamkeit, Verlust des Partners und der Wunsch, in die Nähe der Angehörigen zu ziehen, einen relativ frühen Heimeintritt begründen. Eine Heimleitung merkt schliesslich an, dass BewohnerInnen mit tieferer BESA auch zu einer besseren Durchmischung der Bewohnerstruktur beitragen und für die anderen BewohnerInnen wie auch für Mitarbeitende einen wertvollen Beitrag für ein besseres Wohn- und Arbeitsklima leisten können.

Angesprochen auf Veränderungen der Bewohnerstruktur im Zeitverlauf nennen verschiedene Heimleitungen, dass Eintritte in die Pflegeabteilung (wie auch das Betreute Wohnen) zusehends später erfolgen und mit höherem Alter und höherem Pflegebedarf einhergehen. Des Weiteren würden seitens BewohnerInnen und Angehöriger die Ansprüche an die (individualisierte) Leistungserbringung und Infrastruktur steigen – dies auch vor dem Hintergrund der hohen Kosten, die bei den BewohnerInnen für den Heimaufenthalt anfallen. Auch wird festgestellt, dass Betreuungsleistungen bzw. Besuche von Angehörigen abnehmen und zusehends Personen ohne jegliche persönliche Gegenstände und Möbel ins Heim eintreten.

b) Zuweisende und Akquisitionspunkte der Pflegeheime

Nach Auskunft der Heimleitungen erfolgt ein Grossteil der Neueintritte in die stationäre Pflege durch *Zuweisung* des KSGR, der PDGR, weiterer (Reha-)Kliniken, der betreuenden Hausärztinnen und Hausärzte sowie der Spitexdienste. In Pflegeheimen, die Kurzeitaufenthalte anbieten, treten zudem regelmässig Personen definitiv ein, die zunächst nur für einen temporären Aufenthalt gekommen sind. Vorrang haben in allen Pflegeheimen die dringlichen Fälle. Allerdings nehmen die Heimverantwortlichen auch Rücksicht auf die personellen Kapazitäten und die Bewohnerstruktur der jeweiligen Pflegestationen. Eintritte auf Basis von vorsorglichen Anmeldungen oder Wartelisten sind in den meisten Heimen praktisch bedeutungslos geworden.

Auch bei Pflegeheimen mit angrenzendem Betreuten Wohnen wird der Grossteil der neueintretenden BewohnerInnen von den medizinischen Leistungserbringern zugewiesen. Trotzdem spielt das *Betreute Wohnen* eine wichtige Rolle für die Pflegeabteilungen. Dieses sorgt für einen steten Zufluss an BewohnerInnen – muss ein Wechsel vom Betreuten Wohnen in eine Pflegeabteilung vorgenommen werden, erfolgt dies in aller Regel auf demselben Campus. Auch können Übertritte ins Heim besser geplant und vorbereitet werden, da dank der Spitexbetreuung durch internes Personal Informationen über den Gesundheitszustand der Personen im Betreuten Wohnen direkt verfügbar sind. Dies erlaubt es häufig, Wechsel in die stationäre Pflege bis zu einer höheren Pflegestufe hinauszuzögern. So hat ein Pflegeheim explizit entschieden, Personen mit Pflegestufe unter BESA 5 nicht mehr in die stationäre Pflege aufzunehmen.

Einzelne Institutionen legen den Fokus zusehends auf die *Sozialraumentwicklung* bzw. die Vernetzung mit der umliegenden Bevölkerung. Dies kann einerseits die Bereitstellung von internen Ressourcen (z.B. technischer Dienst) für BewohnerInnen im umliegenden Quartier umfassen mit dem Ziel, dass Menschen länger in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können. Andererseits wird die umliegende Bevölkerung zu Veranstaltungen oder gemeinsamen Aktivitäten ins Seniorenzentrum eingeladen (z.B. Kurs- und Exkursionsprogramm «Gemeinsam Zeit verbringen» des Rigahaus, Kita- bzw. Spielgruppenbesuche im Kantengut oder in der Oase Churwalden, Mittagstisch Generation+ in den Churer Pflegeheimen) oder die Seniorenzentren stellen Drittveranstaltern ihre Räumlichkeiten für (gemeinsame) Veranstaltungen zur Verfügung (z.B. Seniorentreff «incontro» im Rigahaus, Orchesterproben im Cadonau, Schüler-Mittagstisch im Alterszentrum Arosa). Die beteiligten Betriebe sehen den Vorteil ihrer Initiativen im Abbau von Schwellenängsten und Vorurteilen hinsichtlich Alterseinrichtungen sowie – langfristig – im Aufbau des Bekanntheitsgrads und der Reputation als attraktive Einrichtung im allfällig späteren Betreuungs- und Pflegefall. Gleichzeitig kann die Auslastung der Infrastruktur verbessert werden.

Eigentliche Kundengewinnungsmassnahmen über Marketingaktivitäten oder PR spielen bei den meisten Institutionen eine untergeordnete Rolle.

c) Klientinnen und Klienten der Spitex

Die öffentliche Spitex pflegt und betreut zu über 80 Prozent Personen im Pensionsalter. Auch bei der privaten Spitex werden mehrheitlich ältere Personen betreut. Allgemein beobachten die Spitexverantwortlichen das wachsende Bedürfnis, dass die Menschen länger zu Hause bleiben wollen. Gerade auf dem Platz Chur werde dies durch das Betreute Wohnen bei den Pflegeheimen, aber auch durch diverse weitere seniorenfreundliche Wohnformen begünstigt. In Bezug auf Änderungen des Pflegebedarfs wird vermerkt, dass dieser bei den Personen, die aus dem Spital austreten und Spitexleistungen benötigen, (deutlich) zunimmt. Schliesslich werden auch bei der Spitex steigende Erwartungen der KlientInnen an die Dienstleistungserbringung, namentlich in Bezug auf fixe Besuchstermine, festgestellt.

KlientInnen mit Pflegebedarf werden grösstenteils von den Spitälern und den HausärztInnen zugewiesen (Spitex Chur: rund 75 Prozent allein vom KSGR). Anfragen für Betreuungs- und hauswirtschaftliche Leistungen erfolgen hingegen vorwiegend privat.

2.4 Personelle und infrastrukturelle Ressourcen

a) Personaleinsatz Pflegeheime

Insgesamt ist in den Pflegeheimen der GVR Plessur Personal im Umfang von über 600 Vollzeitstellen beschäftigt. Durchschnittlich rund 65 Prozent der Beschäftigten arbeiten im Bereich Betreuung und Pflege, wovon durchschnittlich wiederum rund 60 Prozent ein Diplom oder Zertifikat innehaben (Tabelle 5).

Der Personalbestand übersetzt sich in eine Arbeitsintensität von 2.3 (Bener Park) bis 4.3 (Kantengut) Vollzeitstellen je 1'000 Belegungstage (= 3 BewohnerInnen während rund 1 Jahr) bzw. 2.2 bis 3.4 Vollzeitstellen je 100'000 Pflegeminuten. Die Unterschiede dürften wesentlich in den unterschiedlichen Leistungsangeboten begründet sein (Institutionen mit oder ohne weitere Angebote ausserhalb der stationären Pflege). Werden die Institutionen allein in Bezug auf das eingesetzte Pflegepersonal (KVG-pflichtig) je 100'000 Pflegeminuten verglichen, ist der Personaleinsatz in den verschiedenen Institutionen mit Ausnahme des Bürgerheims, das höhere Werte ausweist, vergleichbar. Dies ist nicht zuletzt Ausdruck davon, dass der vom Kanton vorgegebene Richtstellenplan den (Mindest-)Personaleinsatz effektiv definiert.

Die durchschnittliche Besoldungssumme je Vollzeitstelle liegt bei rund CHF 77'000. Überdurchschnittliche Werte weisen die Pflegeheime Loëgarten und Bener Park auf, was ein Hinweis auf einen höheren Anteil an Kader- und diplomiertem Personal (auch aufgrund der kleinen Betriebsgrösse) sein kann.

	Personalbestand			Arbeitsintensität			Besoldung Durchschnitt je VZÄ
	Total VZÄ	Anteil Personal in Betreuung und KVG-pflichtiger Pflege	davon Personal mit Diplom oder Zertifikat	Total VZÄ je 1'000 Belegungstage	Total VZÄ je 100'000 Pflegeminuten	VZÄ Pflege je 100'000 Pflegeminuten	
Cadonau	152	63%	57%	2.9	2.9	1.3	77'900
Bodmer	83	63%	59%	2.7	3.0	1.4	75'100
Rigahaus	76	62%	66%	3.0	3.1	1.4	74'200
Bürgerheim	73	69%	47%	2.9	n.v.	2.0	74'400
Kantengut	88	59%	64%	4.3	3.4	1.5	61'900
Tertianum Villa Sarona	41	67%	54%	3.1	3.1	1.5	69'700
Loëgarten	19	84%	81%	2.4	2.3	1.4	85'800
Bener Park	19	95%	75%	2.3	2.2	1.6	100'300
Alterszentrum Arosa	34	58%	57%	3.7	3.2	1.4	75'300
Oase Churwalden	n.v.						

Tabelle 5: Personalkennzahlen der Pflegeheime (2020)

Quellen: Kennzahlen Schweizer Pflegeheime 2020 des BAG für Anteil diplomiertes Personal und Besoldungsangaben. Kenndaten Alters- und Pflegeheime 2020 des Gesundheitsamts für restliche Angaben. VZÄ = Vollzeitäquivalent.

b) Personaleinsatz Spitex

Die öffentlichen Spitexdienste beschäftigen in der GVR Plessur Mitarbeitende im Umfang von rund 90 Vollzeitäquivalenten (Tabelle 6). Der Anteil Pflegefachpersonal liegt bei 57 Prozent bei der Spitex Chur und rund 40 Prozent bei den anderen Spitexdiensten. Je 100 betreute KlientInnen sind 7 bis 8 Vollzeitäquivalente nötig. Einen viel tieferen Wert weist die Spitex Alters-

wohnungen Chur aus, die allerdings einen deutlich geringeren Anteil KlientInnen mit Pflegeleistungen aufweist (vgl. Tabelle 3).

Der private Spitexdienst Senevita beschäftigt derzeit rund 28 Mitarbeitende, die grösstenteils auf Stundenbasis angestellt sind. Bei betreuungsintensiven Aufträgen (insb. mit 24-Stunden-Betreuung) kann das Team auch auf rund 40 Personen anwachsen. Der Grossteil der Senevita-Mitarbeitenden sind PflegehelferInnen mit einem SRK-Zertifikat.

	Personalbestand		Arbeitsintensität
	Total VZÄ	davon diplomiertes Pflegefachpersonal	Total VZÄ je 100 KlientInnen
Spitex Chur	66	57%	7.3
Spitex Alterswohnungen Chur	16	39%	3.2
Spitex Arosa-Schanfigg	7	43%	7.6
Spitex Albula/Churwalden	16	42%	7.2
	davon rund 3 für GVR Plessur		
Senevita Casa (2022)	ca. 28 Mitarbeitende	(ca. 20%)	n.v.

Tabelle 6: Personalkennzahlen Spitex (2020)

Quellen: Kenndaten Spitex 2020 des Gesundheitsamts für öffentliche Spitexdienste. Interviewauskünfte für Senevita.

c) Fachkräftemangel

Sowohl für die Pflegeheime wie auch die Spitexorganisationen ist die Gewinnung und das Halten von Fachkräften eine der zentralen Problemstellungen. In den peripher tätigen Betrieben sind die Herausforderungen zusätzlich erhöht; die Spitex Albula/Churwalden spricht gar von einem Personalnotstand.

Der Wettbewerb um die auf allen Qualifikationsstufen knappen Pflegefachkräfte wird – im Gegensatz zum Wettbewerb um Kundinnen und Kunden – von den Institutionen als äusserst intensiv bezeichnet. Inwiefern dieser in einer *Lohnspirale* mündet, wird unterschiedlich beurteilt, eine gewisse Zurückhaltung, hohen Lohnforderungen stattzugeben, scheint indes vorzuherrschen. Nichtsdestotrotz wird auch festgestellt, dass Stellenwechsel häufig mit höheren Lohnstufen einhergehen. Die Pflegeheime können sich entsprechenden Forderungen insbesondere dann nicht entziehen, wenn sie sonst Gefahr laufen, den Richtstellenplan zu unterschreiten und Betten schliessen zu müssen. Die öffentlichen Spitexdienste benötigen das Personal wiederum, weil sie der Leistungspflicht unterstehen und KlientInnen nicht abweisen können.

Das Arbeitsumfeld für das Pflegepersonal wird infolge des anhaltenden Kostendrucks und der knappen Personalressourcen allgemein als zunehmend anspruchsvoll beurteilt. Laut einem Gesprächspartner wird die hohe Arbeitsbelastung durch steigende Krankheitsausfälle weiter verschärft. Entsprechend versuchen die Institutionen die *Arbeitsbedingungen* mit einer Vielzahl von Massnahmen zu verbessern, darunter neue Arbeitszeitmodelle, mehr Mitbestimmung und Gestaltungsspielraum für die Mitarbeitenden, zusätzliche Ferientage, Ausbau des betrieblichen Gesundheitsmanagements, vergünstigte Freizeit- und Erholungsangebote, u.a.m. Daneben gewinnen die *Aus- und Weiterbildung* sowie die Personalentwicklung laufend weiter an Bedeutung. Verschiedene Institutionen bieten eine höhere Anzahl Ausbildungsstellen an als minimal vom Kanton vorgegeben. Mehrere Betriebe rekrutieren zudem (pflegespezifisch) nicht oder gering qualifiziertes Personal und versuchen anschliessend, dessen Potenzial zur Weiterentwicklung auszuschöpfen (z.B. Einstellung einer Pflegehelferin, die sich später zur FaGe weiterbildet). Eine weitere Massnahme ist die vermehrte Einstellung einer Expertin oder eines Experten für die Pflegeentwicklung, die/der neue Fachthemen aufgreifen und umsetzen, aber auch zur Attraktivität und Reputation der Pflegeinstitution aus Sicht der Mitarbeitenden beitragen soll.

Ergänzend wird im Spitexbereich vermehrt die Möglichkeit der Anstellung von pflegenden Angehörigen geprüft. Solche Anstellungen sind zwar heute schon möglich, doch müssen Interessierte vorgängig den Lehrgang zur PflegehelferIn SRK absolvieren³ (womit Leistungen der Grundpflege mit den Krankenversicherern abgerechnet werden können). Gleichzeitig wird diese Regelung durch ausserkantonale Spitexorganisationen, die Anstellungen auch ohne Vorliegen eines SRK-Zertifikats vornehmen können, zusehends aufgeweicht. Die Spitexverantwortlichen sehen daher künftig ein gewisses Potenzial für die vermehrte Einbindung von Angehörigen.

Schliesslich werden im Verbund von Pflegeheimen und Spitex sowie individuell Werbe- und Imagekampagnen für angehende und bestehende Fachpersonen auf verschiedenen Plattformen durchgeführt.

d) Infrastruktur

Die Alters- und Pflegezentren der GVR Plessur haben die räumlichen Möglichkeiten auf dem jeweiligen Areal ganz oder mehrheitlich ausgeschöpft. Ein Zukauf teils noch vorhandener benachbarter Bauparzellen wird mehrheitlich als nicht realistisch bzw. zu teuer eingeschätzt. Folglich müssten allfällige Angebotsanpassungen in erster Linie innerhalb der bestehenden Infrastruktur erfolgen.

Mit Blick auf mittelfristig notwendig werdende Erneuerungen von Pflegeabteilungen analysieren die Institutionen unterschiedliche Szenarien: Erneuerung des bestehenden Angebots, Umwandlung in ein spezialisiertes Angebot (z.B. Demenzhaus) oder Umwandlung in Betreutes Wohnen. Bereits heute werden in einer Institution frühere Pflegezimmer umgewandelt in zusätzliche Begegnungsorte sowie Rückzugs- und Ruhezone für die BewohnerInnen, da diese aufgrund des höheren Pflegebedarfs zusehends nur noch auf den Pflegestationen leben. Institutionen ohne Betreutes Wohnen prüfen teils die Schaffung eines solchen Angebots.

Im Spitexbereich plant die Spitex Chur einen Neubau der Niederlassung. Nach Möglichkeit soll dieser gemeinsam mit Partnerbetrieben realisiert werden, die vor- und nachgelagerte Dienstleistungen anbieten. Die Spitex Albula/Churwalden beabsichtigt, ihren Stützpunkt künftig in den Neubau des Alters- und Pflegezentrums Lenzerheide zu integrieren.

2.5 Finanzsituation

a) Kosten und Erträge in der stationären Pflege

Die Tabelle 7 zeigt die Kosten und Ertragssituation der Pflegeheime auf Basis der Kostenrechnungsdaten. Gesamtkosten von rund CHF 62 Mio. steht ein Gesamtertrag von rund CHF 58 Mio. gegenüber. Der Ertrag basiert zu je 40-45 Prozent auf Pflege- bzw. Pensionsleistungen und zu rund 13 Prozent auf Betreuungsleistungen. Gemeinden und Kanton beteiligen sich ergänzend zu den Krankenversicherern und BewohnerInnen an den Kosten der Pflegeleistungen.

Insgesamt resultiert ein Defizit von CHF 4 Mio. bzw. ein mittlerer Kostendeckungsgrad von 94 Prozent. Ausgeglichene bzw. positive Ergebnisse erzielen nur der Bener Park und der Loëgarten, welche beide vergleichsweise tiefe Kosten pro Tag sowie – im Fall des Bener Parks – vergleichsweise hohe Erträge pro Tag (aus Pension) erzielen.

Ein Heimleiter erwähnt im Zusammenhang mit der Kostendeckung die grundsätzliche Problematik, dass die kantonalen Tarife rückblickend, mit drei Jahren Verzögerung ermittelt werden. In einem steigenden Preisumfeld würden die Tarife deshalb hinter die Kosten zurückfallen, was gerade jetzt spürbar wäre. Hinzu kommt, wie bereits erwähnt, dass einzelne Pflege- und Betreuungsangebote *systembedingt eine Kostenunterdeckung* aufweisen oder im Vergleich zur

³ Art. 29 der Verordnung zum Krankenpflegegesetz (BR 506.060; abgekürzt VOzKPG).

Standart-Langzeitpflege mindestens finanziell unattraktiv sind. Es handelt sich dabei zum einen um BewohnerInnen mit relativ hohem Betreuungs- und gleichzeitig relativ geringem Pflegebedarf, was u.a. bei psychischen Erkrankungen oder fortgeschrittener Demenz der Fall sein kann. Die Betreuungspauschalen von CHF 40.- pro Tag können einen überdurchschnittlichen Betreuungsaufwand nicht abdecken. Zum anderen sind Kurzaufenthalte sowie flexibel angebotene Tages- und Nachstrukturen aufgrund der geringeren Auslastbarkeit bzw. der damit verbundenen infrastrukturellen und personellen Vorhalteleistungen aus wirtschaftlicher Sicht unvorteilhaft. Zwar besteht die rechtliche Grundlage, ausserordentlichen Pflege- oder Betreuungsaufwand vom kantonalen Gesundheitsamt anerkennen zu lassen und vergütet zu erhalten.⁴ Doch wird das hierfür erforderliche Verfahren von mehreren Heimleitungen als sehr aufwändig beurteilt, so dass nur im Ausnahmefall darauf zurückgegriffen wird.

In Fr.	Kosten				Ertrag					Ergebnis in 1'000 Fr.	Kosten- deckung
	Total in 1'000	Total je Tag	Pflege- kosten je Pflegetd.	Pensions- kosten je Tag	Total in 1'000	Total je Tag	davon aus Pflege	davon aus Pension	davon aus Be- treuung		
Cadonau	17'160	311	69	151	16'160	293	43%	44%	13%	-990	94%
Bodmer	9'450	311	76	145	8'440	278	40%	47%	14%	-1'010	89%
Rigahaus	7'730	289	83	114	7'440	278	40%	46%	13%	-290	96%
Bürgerheim	7'770	310	74	141	7'180	286	42%	45%	13%	-590	92%
Kantengut	7'120	334	68	143	6'770	317	47%	41%	12%	-350	95%
Tertianum V. Sarona	3'920	291	84	104	3'830	284	41%	46%	13%	-90	98%
Loëgarten	2'550	291	81	119	2'540	290	43%	44%	13%	0	100%
Bener Park	2'420	293	73	110	2'570	311	40%	48%	12%	150	106%
Alterszentrum Arosa	3'760	372	84	179	2'960	293	45%	43%	12%	-800	79%
Oase Churwalden	n.v.										

Tabelle 7: Betriebskosten, Ertrag und Deckungsgrad in der stationären Pflege (2020)

Quellen: Kenndaten Alters- und Pflegeheime 2020 des Gesundheitsamts für Pflegekosten pro Pflegestunde. Kennzahlen Schweizer Pflegeheime 2020 des BAG und eigene Berechnungen für restliche Angaben. Dargestellt sind Kostenrechnungszahlen mit kalkulatorischen Ansätzen für Abschreibungen und Kapitalzinsen.

b) Finanzsituation der Pflegeheime auf Ebene der Gesamtunternehmung

Die Pflege- und Alterszentren der GVR Plessur sind unterschiedlich in der Lage, die Defizite in der stationären Pflege aufzufangen. Im Vorteil sind einerseits jene Institutionen, deren stationäres Angebot Betreutes Wohnen inkl. Spitex oder andere Geschäftsfelder wie den Mahlzeiten-dienst umfasst. Dies verbessert nicht nur den Bewohnerzufluss in die Pflegeabteilungen, sondern ermöglicht auch die Ausschöpfung von Grössen- und Synergievorteilen, indem diverse Ressourcen wie Kadermitarbeitende, Supportbereiche (Personal- und Rechnungswesen, Technische Dienste etc.) oder Infrastrukturen gemeinsam genutzt werden können. Ähnliche Vorteile erzielen jene Pflegeheime, die Teil einer grösseren Gruppe sind und diverse Supportleistungen zentral beziehen können (Tertianum Villa Sarona, Oase Churwalden).

Die in der nachfolgenden Tabelle 8 dargestellten Finanzkennzahlen auf Basis der Jahresabschlüsse der Trägerschaften bestätigen diese Aussagen. Mit einer Ausnahme erwirtschafteten die Alters- und Pflegezentren mit Betreutem Wohnen 2021 ausreichende EBITDA-Margen (Richtwert: 10 Prozent) und weisen positive Jahresergebnisse sowie solide Eigenkapitalbestände aus.

Der finanzielle Spielraum, der durch das Nebeneinander von Pflegeheim und Betreutem Wohnen entsteht, hat wiederum Auswirkungen auf die Angebotsgestaltung: Zum einen erlauben die

⁴ Gemäss Art. 33 KPG sowie Art.16 Abs. 4ff. VOZKPG.

Überschüsse aus der (eigentlichen) Immobilienbewirtschaftung die Bereitstellung von Dienstleistungen, die nicht nur den MieterInnen des Betreuten Wohnens, sondern auch den HeimbewohnerInnen zugutekommen. Ein Beispiel hierfür ist das im Jahr 2015 eingerichtete Dentalhygienezimmer im Cadonau. Des Weiteren können dank den Überschüssen eher Personen aufgenommen oder Pflegeangebote geschaffen werden, die im aktuellen Tarifsystem zu Kostenunterdeckungen führen oder aus wirtschaftlicher Sicht nachteilig sind.

In Fr.	Pflegeheim	Gesamtunternehmen		
	EBITDA-Marge	Jahresergebnis vor Entnahme/ Zuweisung Eigenkapital	Eigenkapital	Eigenkapital-Quote
Cadonau	15.8%	1'556'400	33'746'100	47%
Bodmer	13.6%	688'900	17'075'000	34%
Rigahaus	2.5% (2020: 6.7%)	-154'500 (2020: 31'400)	8'489'400	16%
Bürgerheim	10.2%	561'600	8'297'500	38%
Kantengut	14.0%*	1'667'700	31'757'200	67%
Tertianum Villa Sarona	n.v.			
Loëgarten	0.6% (2020: 6.0%)	- 98'800 (2020: 42'600)	1'123'200	68%
Bener Park	n.v.			
Alterszentrum Arosa	-9.2%**	-789'900*** -2020: -1'017'500***	7'434'700	55%
Oase Churwalden	n.v.			

Tabelle 8: Finanzkennzahlen Pflegeheime und Gesamtunternehmen (2021)

Quellen: Jahresrechnungen der Institutionen. *Inkl. Spitex Alterswohnungen und Mahlzeitendienst. **Inkl. Medizinisches Zentrum, Spitex, Ambulanzstützpunkt. ***Ohne Defizitbeitrag Gemeinde.

Finanziell in einer schwierigen Lage ist die Gesundheit Arosa AG, die seit 2021 das Alterszentrum, die Spitex Arosa-Schanfigg, den Ambulanzstützpunkt und das medizinische Zentrum Arosa umfasst. Während sich die Situation mit Überwinden der herausfordernden Startphase und fortlaufendem Change Prozess zwar verbessert hat (auch im Jahr 2022), sieht sich die Geschäftsleitung mit einem strukturellen Defizit konfrontiert, dessen Ursache massgeblich in der rund 25 Prozent überhöhten Platzkapazität des im Jahr 2014 eröffneten Alterszentrums liegt.

c) Finanzsituation Spitex

Im Bereich der öffentlichen Spitexdienste belaufen sich Kosten und Ertrag in der GVR Plessur auf je rund CHF 10 Mio. (Tabelle 9). Auf der Ertragsseite stammen die Einnahmen allerdings nur zu rund 60 Prozent von den KlientInnen bzw. deren Krankenversicherer. Die restlichen rund 40 Prozent sind Leistungsbeiträge von Kanton und Gemeinden. Durch diese Leistungsbeiträge werden die Leistungsbeziehenden entlastet, gleichzeitig werden die Spitexdienste für die Stunden entschädigt, die sie den KlientInnen und Krankenversicherern nicht verrechnen können (administrative Aufgaben, Koordination und Organisation, Wegzeiten, Begleitung Lernende). Die nicht verrechenbaren Stunden belaufen sich (wie im Gesamtkanton) auf rund die Hälfte aller geleisteten Stunden. Mit den öffentlichen Leistungsbeiträgen erreichen die Spitexdienste in Chur sowie die Spitex Albula/Churwalden (im Mittel über mehrere Jahre) ausgeglichene Ergebnisse und verfügen über gewisse Reserven. Ein Defizit weist die Spitex Arosa-Schanfigg auf, wobei sich die Lage im Vergleich zu den in der Tabelle ausgewiesenen Zahlen zwischenzeitlich verbessert hat.

In Fr.	Kosten		Ertrag		Ergebnis	Kosten- deckungs- grad
	Total	davon Personal- aufwand	Total	davon Erträge aus Leistungen		
Spitex Chur	6'387'400	88%	6'388'800	58%	1'400	100%
Spitex Alterswohnungen Chur	2'618'600	64%	2'615'500	57%	-3'100	100%
Spitex Arosa-Schanfigg	833'200	75%	684'200	57%	-149'000	82%
Spitex Albula/Churwalden*	1'771'900	81%	1'736'400	60%	-35'500	98%

Tabelle 9: Betriebskosten, Ertrag und Deckungsgrad in der Spitex (2020)

Quellen: Kenndaten Spitex 2020 des Gesundheitsamts. *Von den angegebenen Werten entfallen rund 20 Prozent auf die GVR Plessur.

2.6 Überbetriebliche Zusammenarbeit

Nachstehend wird ausgeführt, in welchen Bereichen die Institutionen der GVR Plessur untereinander oder mit Dritten bereits kooperieren, welche weiteren Kooperationen die Interviewpartner als möglich erachten und in welchen Bereichen eine Zusammenarbeit als nicht möglich bzw. sehr kritisch beurteilt wird.

a) Informations- und Wissensaustausch

Die Heim- und Spitexleitungen stehen in verschiedenen Gefässen regelmässig miteinander in Kontakt: Auf dem Platz Chur finden jährlich zwei bis drei Treffen der Heim- und Spitexleitungen statt. Im gleichen Rhythmus treffen sich auch die Pflegedienstleitenden. Die Heimleitungen der Institutionen mit Betreutem Wohnen führen weitere Treffen durch. Auf Ebene des Bündner Spital- und Heimverbands werden vier Sitzungen mit allen Institutionen des Kantons organisiert. Einmal jährlich wird die Benchmark-Tagung für die Bündner Pflegeheime durchgeführt.

Die verschiedenen Zusammenkünfte dienen dem Informations- und Erfahrungsaustausch zu aktuellen Themen und Fragestellungen. Teilweise resultiert daraus eine weitergehende Zusammenarbeit, so in den Bereichen Imagepflege, Ausbildung oder Einkauf. Die Gesprächspartner bezeichnen den Austausch als sehr gut, offen und wertvoll. Eine Heimleitung wünscht sich, dass die Treffen vermehrt über den Informationsaustausch hinausgehen und in weitergehende (Integrations-)Projekte münden.

Im Zusammenhang mit Zuweisungen stehen die Spitexdienste wie auch die Pflegeheime regelmässig mit den vorgelagerten Leistungserbringern im Austausch. Die Spitexmitarbeitenden sind des Weiteren involviert, wenn Spital- oder Heimeintritte nötig werden, um die Leistungen auf Bedarf und Bedürfnisse der Betroffenen abzustimmen. Die Spitex Chur hat den Austausch mit dem KSGR, der PDGR und den HausärztInnen durch regelmässige Treffen institutionalisiert. Andere Spitexdienste führen mit dem KSGR Rundtischgespräche zu komplexen Pflegesituationen durch, allerdings würde eine grössere Zahl solcher Gespräche (auch mit weiteren Beteiligten) begrüsst.

b) Zusammenarbeit im Bereich Pflege und Betreuung

Bereits bestehend:

- *Spitex in Betreutem Wohnen*: Gemeinsamer Spitexverein der Churer Pflegeheime mit Betreutem Wohnen. Beratung, Bedarfsabklärung und Leistungsabrechnung werden zentral durch die Geschäftsstelle des Spitexvereins vorgenommen, die Leistungen von den Spitexteams der jeweiligen Pflegeheime erbracht. Eine analoge Zusammenarbeit besteht zwischen dem Spitexverein Albula/Churwalden und dem Seniorenzentrum Oase Churwalden.
- *Zusammenarbeit mit spezialisierten Diensten oder Leistungserbringern*: Pflegeheime und Spitexdienste nehmen externe Dienste zur Bewältigung spezifischer Pflegesituationen in

Anspruch. In Palliativsituationen wird für medizinische Belange insbesondere der Palliative Brückendienst Graubünden in Anspruch genommen, für Betreuung und Nachtwachen auch der Verein Tecum. Für die Betreuung und Pflege von psychisch erkrankten Personen greifen die Spitex Albula/Churwalden sowie Senevita auf Teams der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) der PDGR zurück. Psychiatrische Fälle in Pflegeheimen werden durch Ärztepersonal der PDGR betreut. Das Pflegezentrum Loëgarten arbeitet im Bereich der Übergangspflege nach einem Spitalaufenthalt sowie bei komplexen Pflegesituationen eng mit dem KSGR zusammen. Die Spitex Chur übernimmt für die Spitex in Alterswohnungen Leistungen in den Fachbereichen Wundmanagement und APP.

- *Sozialraumorientierung:* Verschiedene Alters- und Pflegezentren wie auch Spitexdienste weiten ihre Zusammenarbeit mit sozialen Fach- und Beratungsstellen, der (umliegenden) Zivilgesellschaft und/oder der (Quartier-)Bevölkerung aus, u.a. um die Begleitung und Betreuung älterer Menschen in- und ausserhalb der Institutionen breiter abzustützen.

Möglich:

- *Weitere Kooperationen für den Auf- oder Ausbau spezifischer Angebote:* Gerade in der Peripherie sehen die Institutionen in weiteren Kooperationen Potenzial, um ihr Angebot gezielt weiterentwickeln zu können. So wünscht sich die Oase Churwalden, die einen Schwerpunkt in der psychiatrischen Pflege hat und dabei mit der PDGR zusammenarbeitet, fixe Besuchstermine der PDGR-KonsiliarärztInnen (analog wie beim Pflegeheim Bodmer), um diesen Bereich noch umfassender abdecken zu können. Die Gesundheit Arosa strebt eine engere Zusammenarbeit mit Arosa Tourismus sowie ggf. Spitexorganisationen im Unterland (auch Chur) an, um Ferienangebote besser positionieren zu können.
- *Spezialisierung in der stationären Pflege:* Allgemein erachten die Gesprächsteilnehmenden eine (zwischen den Pflegeheimen abgestimmte) Weiterentwicklung bzw. den Aufbau spezialisierter Angebote als wünschbar bis notwendig, um die bestehenden bzw. absehbaren Angebotslücken (vgl. 2.2) schliessen zu können. Allerdings sehen sich die Institutionen hierzu nur in der Lage, wenn die finanziellen Anreize richtig gesetzt bzw. die spezialisierten Leistungen kostendeckend entschädigt werden.
- *Gemeinsame paramedizinische Angebote:* Viele Alters- und Pflegezentren sind zu klein, um den BewohnerInnen und MieterInnen vor Ort eine breite Palette von paramedizinischen Angeboten wie Physio-, Ergotherapie, Logopädie, medizinische Fusspflege/Podologie oder Dentalhygiene anbieten zu können. Eine Heimleitung sieht deshalb Potenzial für gemeinsam engagierte («Stör-»)Dienstleister, die mehrere Institutionen abdecken und besuchen.
- *Gemeinsame Aktivierungsangebote:* Bereits heute sind Aktivierungsangebote teils offen für BewohnerInnen aus anderen Heimen. Bei steigenden Pflegestufen und abnehmender Mobilität ist diese Möglichkeit indes von beschränktem Nutzen. Wie bei den paramedizinischen Angeboten wäre es hingegen denkbar, dass auch auf bestimmte Aktivierungsformen spezialisierte Personen (z.B. für Kinästhetik, tiergestützte Therapie) mehrere Heime aufsuchen.
- *Spitexbedarf nach Spitalaufenthalt:* Heute werden die Spitexleistungen insbesondere seitens KSGR sehr kurzfristig und mit Tendenz aufs Wochenende abgerufen. Aus Sicht der Spitexdienste ist es erforderlich und möglich, dass der Spitexbedarf spätestens während, besser bereits vor dem Spitalaufenthalt abgeklärt und geplant wird, um übermässige Belastungen beim Spitexpersonal und Versorgungslücken zu vermeiden.
- *Beratung und Information:* Eine zentrale Informations- und Beratungsstelle für Personen mit Pflegebedarf und deren Angehörige kann aus Sicht eines Teils der Gesprächspartner ein sinnvolles Angebot sein. Dies nicht zuletzt auch deshalb, um die Heim- oder Pflegedienst-

leitungen von Beratungsaufgaben zu entlasten. Dank der bereits bestehenden kantonalen Plattform für Zuweiser könnte die Stelle grundsätzlich auch auf laufend aktualisierte Informationen zu freien Pflegeplätzen zugreifen. Die Stelle wäre zwingend mit medizinischen Fachpersonen zu besetzen. Sie könnte auch in eine bestehende Organisation (z.B. Pro Senectute) eingegliedert werden. Demgegenüber sehen andere Gesprächsteilnehmer in einem solchen Angebot keinen nennenswerten Nutzen (gemessen an den Kosten), da Chur bzw. die Region Plessur ausreichend überschaubar sei und die Informationsbeschaffung heute übers Internet vorgenommen werde. Zudem erfolge der Grossteil der Eintritte durch Zuweisung medizinischer Leistungserbringer.

Unmöglich:

- *Bedarfsabklärung für stationäre Pflege:* Die Heimleitungen sind geschlossen der Ansicht, dass die Bedarfsabklärung in einem Pflegeheim und während eines längeren Zeitraums (rund zwei Wochen) vorgenommen werden muss. Eine externe Bedarfsabklärung sei nicht praktikabel.
- *Aufnahmeentscheid stationäre Pflege:* Der Entscheid, ob eine Person in eine Pflegestation aufgenommen werden kann, muss aus Sicht der Heimleitungen zwingend durch das Pflegeheim erfolgen. Nur so sei sichergestellt, dass ein Neueintritt von den bestehenden Mitarbeitenden aufgefangen (und der Richtstellenplan eingehalten) werden könne und auch zur jeweiligen Bewohnerschaft passe. Verpflichtende Fremdzweisungen bzw. eine Aufnahmepflicht in der stationären Pflege lehnen die Heimleitungen entschieden ab.

c) Zusammenarbeit im Bereich Pflegepersonal

Bestehend:

- *Grund- und höhere Ausbildung (HF):* Pflegeheime und Spitexdienste arbeiten via OdA in der Ausbildungskonzeption (z.B. Lernbereich Training und Transfer LTT), Werbung und Information, im Betrieb eines Bewerbungsportals sowie in der Eignungsabklärung von HF-KandidatInnen zusammen.
- *Weiterbildung:* Von Pflegeheimen organisierte Weiterbildungsformate werden nach Möglichkeit auch Mitarbeitenden anderer Institutionen zugänglich gemacht. Weiterbildungsangebote der Spitex Chur stehen immer allen öffentlichen Spitexdiensten aus Graubünden offen. An eine Gruppe (Tertianum, Oase) angeschlossene Pflegeheime haben Zugang zu einem umfangreichen Weiterbildungsangebot auf Gruppenstufe.
- *Job-Rotation:* Verschiedene Pflegeinstitutionen haben für ihre FaGe-Lernenden Austauschprogramme mit dem KSGR und/oder der PDGR eingerichtet, um einen breiteren Erfahrungsschatz zu ermöglichen. Kleinere Betriebe prüfen teils die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen, um HF-Ausbildungsplätze anbieten zu können. Die Spitex Chur führt Praktikumsplätze, um Pflegenden Einblicke in die Spitex zu ermöglichen.
- *Imagewerbung und Öffentlichkeitsarbeit:* Heime und Spitex führen gemeinsam Image- und Informationskampagnen zum Pflegeberuf durch (z.B. Plattform www.langzeitpflege-gr.ch, Bündner Heimwoche).

Weitergehende Kooperationen im Personalbereich werden unterschiedlich beurteilt:

- *Gemeinsame Kaderstellen:* Ein Teil der Gesprächspartner sieht in gemeinsamen, für mehrere Betriebe verantwortliche Kaderpersonen wie insbesondere Heimleitungen, Pflegedienstleitungen, Verantwortliche für Pflegeentwicklung oder Qualitätsverantwortliche Vorteile und Synergiepotenzial.

- *Ausbildung:* Verschiedene Heimleitungen sehen in betriebsübergreifend tätigen Ausbildungsverantwortlichen Potenzial, die Zahl der Ausbildungsplätze zu erhöhen. Des Weiteren könnten mehr Bildungsinhalte gemeinsam erarbeitet werden wie z.B. eLearning-Inhalte für die Grundbildung oder überbetriebliche Kurse.
- *Personalverleih:* Die Bereitschaft z.B. bei Personalausfällen auszuhelfen, ist verbreitet vorhanden, doch fehlt in aller Regel das Personal. Am ehesten leihen Spitexdienste Personal aus, so z.B. die Spitex Arosa, die bei Engpässen der Spitex Chur Einsätze im vorderen Schanfigg übernimmt oder die Spitex Chur, die vereinzelt Ferienvertretungen für freischaffende Pflegefachpersonen übernimmt.
- *Einheitliches Personalreglement:* Einzelne Gesprächspartner würden einheitliche oder mindestens angenäherte Personalreglemente im Pflegeheimbereich begrüssen, um ein gegenseitiges Hochschaukeln der Lohn- und Anstellungsbedingungen zu verhindern, aber auch um bessere Bedingungen für den gegenseitigen Personalverleih oder gemeinsam angestelltes Personal zu schaffen.
- *Personaleinsatz in ambulanter und stationärer Pflege:* Insbesondere in kleineren Institutionen ist bereits heute Personal sowohl auf der Pflegestation als auch in der Spitex tätig. Andere Institutionen sehen hier Potenzial für einen optimierten Personaleinsatz und streben in ihren Betrieben eine grössere Durchlässigkeit an. Die Spitex Chur zeigt sich ebenfalls offen für Personalausleihmodelle zwischen Spitex und stationärer Pflege (Langzeit- oder Akutpflege), um Mitarbeitenden zusätzliche Einblicke und Abwechslung zu ermöglichen.

Kritisch:

- *Personalpool:* Ein gemeinsamer (Springer-)Pool, auf den verschiedene Institutionen zugreifen könnten, wird von den Churer Institutionen kritisch bis ablehnend beurteilt. Einerseits sind die Institutionen nicht bereit, ohnehin knappes Personal in einen Pool zu geben und werden Doppelanstellungen als heikel beurteilt. Andererseits erachtet man es als unrealistisch, dass vom Personal (noch mehr) Flexibilität in Bezug auf wechselnde Arbeitszeiten, Arbeitsorte und Arbeitsteams eingefordert werden kann. Es wird befürchtet, dass entsprechende Vorgaben zu sofortigen Personalabgängen führen würden. Frühere Anläufe in diese Richtung seien bereits gescheitert.

Interesse an *gemeinsam eingesetzten Personal* zeigen allerdings die Pflegeheime und Spitexdienste der Peripherie. Durch die Möglichkeit, dass bei ihnen angestellte Mitarbeitende für ein Teilpensum auf dem Platz Chur in einer Partnerinstitution arbeiten könnten, liesse sich ggf. neues Fachkräftepotenzial erschliessen. Als erfolgskritisch wird erachtet, dass Mitarbeitende nur von einer Institution angestellt wären und von dieser ausgeliehen würden. Auch müssten Mitarbeitende in flexiblen Arbeitsortmodellen zusätzlich entschädigt werden. Ausserdem müssten die Kostensätze und Bedingungen, zu denen Personal ausgeliehen würde, klar definiert sein. Eine Herausforderung solcher Modelle sieht man darin, dass Mitarbeitende mit unterschiedlichen Betriebskulturen und Organisationsformen (z.B. mehr oder weniger flache Hierarchien) umgehen können müssten.

d) Zusammenarbeit in den Bereichen Pension, Hauswirtschaft und Support

Bereits bestehend:

- *Wäscheversorgung:* Auf dem Platz Chur wird dieser Bereich mehrheitlich über die Zentralwäscherei Chur abgewickelt.
- *Mahlzeitendienst:* Die Spitex Chur kooperiert in diesem Bereich mit der Alterssiedlung Kantengut, die Spitex Albula/Churwalden mit dem Seniorenzentrum Oase.

- *Einkauf Verbrauchsmaterialien:* Es bestehen Einkaufsgemeinschaften mit Poolverträgen im Bereich medizinische Verbrauchsmaterialien (IVF Hartmann, Artiset), Nahrungsmittel und Non-Food (Artiset, Saviva).
- *ICT-Betrieb und Infrastruktur:* Mehrere der Churer Institutionen beziehen Leistungen in den Bereichen Betrieb, Wartung und Support oder Server- und Netzwerkinfrastruktur vom gleichen IT-Provider (itexa).

Möglich:

- *Technischer Dienst:* Eine externe oder gemeinsame Bereitstellung wird unterschiedlich beurteilt. Die eine Seite vertritt die Ansicht, dass Mitarbeitende des technischen Diensts vor Ort anwesend und mit den komplexen standortspezifischen Systemen vertraut sein müssten. Die andere Seite stellt sich auf den Standpunkt, dass Technikerdienste aufgrund der steigenden Anforderungen immer weniger intern erbracht werden können, sondern zusehends an Spezialisten (mit entsprechenden Ortskenntnissen und hoher Pikettbereitschaft) ausgelagert werden müssen. Entsprechend sieht diese Seite den technischen Dienst für eine gemeinsame Lösung geeignet.
- *Personalwesen, Rechnungswesen, zentrale Services:* Die Aufgabenbereiche könnten, wie u.a. in den Pflegeheim-Gruppen (Tertianum, Oase) der Fall, weitgehend von einer zentralen Stelle übernommen werden. In der GVR Plessur gäbe es hierfür sowohl im Heim- wie Spitexbereich geeignete, ausreichend grosse Organisationen, in welchen die zentralen Services sehr spezialisiert und professionell erbracht werden könnten. Hinderlich für eine solche Zusammenarbeit sind allerdings die unterschiedlichen Systeme, die in den verschiedenen Institutionen verwendet werden, darunter Software- bzw. Enterprise-Resource-Planning-(ERP) Lösungen, Personalreglemente, Pensionskassen- und Versicherungsregimes.
- *Einheitliche ERP/Software- und Digitalisierungslösungen:* In den Pflegeheim-Gruppen sind einheitliche Lösungen Standard. Sind Einführungen von neuen Systemen oder Anwendungen nötig (z.B. elektronische Patientendokumentation), werden spezialisierte Dienstleister beigezogen. Im Gegensatz dazu erachten die Verantwortlichen der unabhängigen Heime der GVR Plessur die Hürden für die Einführung gemeinsamer Lösungen als sehr bzw. prohibitiv hoch – zuerst müsste die Einigung auf eine Lösung erreicht werden, dann wäre die zeit- und kostenintensive Umstellung zu bewältigen. Nichtsdestotrotz weisen gerade kleinere Institutionen darauf hin, dass eine gemeinsame Herangehensweise in Fragestellungen der Digitalisierung (z.B. Umsetzung EPD inkl. Datenschutzkonzept) vorteilhaft wäre.
- *Verpflegung:* Grundsätzlich wird eine Küche für mehrere Institutionen von mehreren Heimleitungen als denkbar erachtet. Zusammenlegungen könnten realistischerweise aber erst im Rahmen von künftigen Investitions- oder Erneuerungsvorhaben geprüft werden.

Ungeeignet

- *Reinigung in Pflegeheimen:* Die Reinigung sollte aus Sicht der Heimleitungen durch eigenes Personal erfolgen. Einerseits ergäbe sich so eine höhere Konstanz beim Personal, welche für die BewohnerInnen vielfach wichtig sei, da Reinigungsmitarbeitende oft auch zu Bezugspersonen würden. Andererseits könnten Reinigungsmitarbeitende flexibel für verschiedene Aufgaben eingesetzt werden.
- *Hauswirtschaftliche Leistungen in Spitex:* Auch bei der Spitex sind die – entsprechend geschulten – Mitarbeitenden des Bereichs Hauswirtschaft häufig Bezugspersonen für die KlientInnen und zudem für die Einsatzleitung wichtige Informationsträger zum jeweiligen Unterstützungsbedarf.

3 Mögliche Entwicklung der GVR Plessur

In diesem Kapitel werden auf der Grundlage der bis zu diesem Punkt gewonnenen Erkenntnisse sowie Informationen zum Umfeld die Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken (SWOT) der Pflegeheime, Spitexbetriebe und der GVR Plessur aufgezeigt. Hiervon werden anschliessend drei mögliche Stossrichtungen für die Ausrichtung und Entwicklung der GVR Plessur abgeleitet und (in den Abschnitten 3.2 bis 3.4) erläutert.

3.1 SWOT und Stossrichtungen

Die verschiedenen Dimensionen der SWOT sind im Anhang je separat für den Pflegeheim- und Spitexbereich ausgeführt. Die nachstehende Abbildung 1 zeigt die SWOT auf Ebene der GVR Plessur, in welcher die Gesamtperspektive über alle Betriebe und die regionale Versorgung, aber auch Überlegungen zum öffentlichen Finanzierungsbeitrag im Vordergrund stehen.

Mittels Kombination der SWOT-Dimensionen können folgende strategischen Stossrichtungen für die GVR Plessur abgeleitet werden:⁵

I Versorgung gemeinsam sichern und Pflegelandschaft differenzieren

Die Leistungsfähigkeit und -bereitschaft, die insgesamt hohe Finanzkraft sowie die bereits bestehenden Ansätze und Spezialitäten der Pflegeheime nutzen, um die Pflegelandschaft an den steigenden Bedarf an spezialisierten und temporär verfügbaren Pflege- und Betreuungsplätzen anzupassen und mögliche Überkapazitäten im Grundangebot zu vermeiden. Als Steuerungsinstrument insbesondere die Schaffung finanzieller Anreize prüfen, um den Wandel zu beschleunigen und gleichzeitig die finanzielle Basis und Handlungsfähigkeit der Pflegebetriebe (hinsichtlich z.B. Neu-/Ersatzinvestitionen in Pflegeplätze, Betreutes Wohnen, Digitalisierung) zu erhalten.

II Günstige Rahmenbedingungen für die Pflegebetriebe schaffen

Als GVR Plessur die Rolle der Leistungsbestellerin und Mitfinanziererin nutzen, um auf eine stärker integrierte Aufsicht (durch Kanton, Zertifizierungsstellen, Finanzrevisionsstellen) hinzuwirken und die administrative Belastung der Pflegebetriebe zu senken. Mit Blick auf die schwierige Gewinnung von Fachkräften auf übergeordneter Ebene gezielt auf bestimmte Themen und Aufgaben spezialisierte ExpertInnen engagieren, auf die interessierte Pflegebetriebe gegen Kostenbeteiligung zugreifen können.

III Menschen und Angehörige beraten und Leistungen koordinieren

Die von der Stadt Chur anvisierte Koordinationsstelle dahingehend entwickeln, dass die gesamte Bevölkerung der Region Plessur bei Fragestellungen zu Leben und Wohnen im Alter oder bei Pflegebedürftigkeit hochstehende und neutrale Beratung erhält. Zudem darauf hinwirken, dass Personen mit weitergehendem Unterstützungsbedarf (u.a. nach Spitalaufenthalt) frühzeitig erreicht werden und mittels Bedürfnisabklärung und koordinierten Versorgungsplänen die erforderlichen medizinisch-pflegerischen Leistungen in abgestimmter Form erhalten. Dadurch die individuelle Versorgung optimieren und die knappen Ressourcen aller Beteiligten schonen.

⁵ Verwendet wurden hierzu die vier Kombinationen, die gemäss betriebswirtschaftlicher Standardliteratur bei der SWOT-Analyse gemeinhin im Fokus stehen:

- 1) Stärken-Chancen: Welche Stärken können eingesetzt werden, um Chancen zu nutzen? (sog. «Ausbau»-Strategie)
- 2) Schwächen-Chancen: Welche Schwächen müssen minimiert werden, um Chancen zu nutzen? Oder auch: Welche Chancen sollen wahrgenommen werden, um Schwächen zu begegnen? («Aufholen»)
- 3) Stärken-Risiken: Welche Stärken können genutzt werden, um Risiken zu begrenzen? («Absichern»)
- 4) Schwächen-Risiken: Welche Schwächen müssen minimiert werden, um Risiken zu begrenzen? («Vermeiden»)

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> - Erfolgreiche, unternehmerisch handelnde Pflegebetriebe mit engagierten, erfahrenen und (abhängig von der Betriebsgrösse) stark professionalisierten Geschäftsleitungen. - Flächendeckende Grundversorgung im ambulanten und stationären Bereich in der ganzen GVR Plessur und in hoher Qualität. - Wahlmöglichkeit der Bevölkerung zwischen mehreren Anbietern und nach Betreuungs- und Pflegebedarf abgestuften Wohnformen (wenn auch nicht immer am bisherigen Wohnort). - Bereits vorhandene Ansätze und Erfahrungen in spezialisierten Angeboten, auf die sich ein Auf- und Ausbau derselben abstützen kann. - Finanzierbarkeit der Grundversorgung mit den definierten leistungsbezogenen Gemeindebeiträgen, keine Notwendigkeit für weitergehende Defizitbeiträge. (Ausnahme: Gesundheitszentrum Arosa; hier hat die Gemeinde jedoch explizit zusätzliche Beiträge beschlossen.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Beschränktes Angebot für Personen mit spezifischem und/oder temporärem Betreuungs- und Pflegebedarf. - Beschränktes, von finanziellen Möglichkeiten der Betroffenen abhängiges ambulantes und teilstationäres Unterstützungsangebot für pflegende Angehörige. - Der Fachkräftemangel setzt das Personal unter permanenten Leistungsdruck und engt den Handlungsspielraum der Betriebe ein. - Mit den gegebenen Tarifstrukturen verbundene finanzielle (Fehl-)Anreize, die den Aufbau spezifischer oder temporär nutzbarer Betreuungs- und Pflegeangebote behindern. - Unterschiedliche Herausforderungen und daraus folgender unterschiedlicher Handlungsdruck Zentrum vs. Peripherie mit Blick insbesondere auf Angebotsgestaltung, Personalpolitik, Finanzierung.
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> - Mit der Schaffung der GVR Plessur kann die Angebotsabstimmung und -steuerung aus einer regionalen Versorgungssicht vorgenommen werden. - Dank des wachsenden Bedarfs für zielgruppenspezifische, spezialisierte Angebote (Demenz, psychische Erkrankungen, Sucht, soziale Beeinträchtigung, geistige Behinderung, komplexe Behandlungspflege) wird die Umformung in der stationären Pflege ohne Platzabbau möglich. - Die Steuerung des Angebots kann (zusätzlich oder alternativ zur Steuerung über Leistungsvereinbarungen) effektiv mit gezielten kantonalen oder GVR-spezifischen finanziellen Anreizen erfolgen. - Die GVR Plessur kann einen Rahmen schaffen, der die Unternehmen in ihrer Tätigkeit unterstützt (mit Expertise) bzw. sie entlastet (im Bereich Aufsicht). - Die von der Stadt Chur anvisierte Koordinationsstelle kann den gezielten, zwischen den Akteuren und mit dem Umfeld abgestimmten Leistungsbezug fördern sowie dahingehend weiterentwickelt werden, dass Personen mit Unterstützungsbedarf frühzeitig erfasst werden. 	<ul style="list-style-type: none"> - Das bestehende Pflegeangebot und der effektive Bedarf driften zusehends auseinander. Personen mit spezifischem Bedarf finden keine adäquate Betreuungs- oder Pflegelösung. - Der Fachkräftemangel verschärft sich weiter und führt vorübergehend (z.B. bei Grippewellen) oder dauerhaft zu Versorgungslücken im ambulanten oder stationären Bereich. - Das Potenzial der pflegenden Angehörigen wird mangels geeigneter oder für die Betroffenen zu teuren Unterstützung nicht ausgeschöpft und es kommt zu vorzeitigen Heimeintritten. - Die finanzielle Belastung der öffentlichen Hand durch Beiträge an Heime und Spitex nimmt u.a. infolge des Rückzugs der Angehörigen und vorzeitiger Heimeintritte übermässig stark zu. - Die gute Finanzlage der Pflegebetriebe kippt durch Auseinanderdriften von Kosten und Tarifen, u.a. infolge eines (forcierten) Ausbaus von spezialisierten oder Kurzzeit-Angeboten.

Abbildung 1: SWOT aus Perspektive GVR Plessur

3.2 Stossrichtung I: Versorgung gemeinsam sichern, Pflegeangebot differenzieren

Die GVR Plessur fördert im stationären Bereich mittels gezielter finanzieller Anreize den Auf- und Ausbau spezialisierter Pflege- und Betreuungsangebote sowie kurzstationärer Brücken- und Entlastungsangebote, die heute oder mittelfristig nicht oder nur ungenügend vorhanden sind. Hierfür sollen in erster Linie bestehende Pflegeplätze umgewandelt werden, um mögliche Überkapazitäten, die sich durch die fortschreitende Ambulantisierung der Versorgung ergeben können, zu vermeiden. Als Zielgrösse ist – mit Blick auf die Rahmenplanung Pflegeheime 2020 des Kantons⁶ und den dort genannten Bedarf für die gesamte Region Rheintal inkl. Imboden und Landquart im Jahr 2030 – die Neuausrichtung von vorderhand 60 bis 90 Pflegeplätzen (= 10-15 Prozent der gesamten Platzkapazitäten) anzustreben. Werden spezialisierte Angebote für einen gesamt- oder überkantonalen Bedarf geschaffen, ist auch die Schaffung von zusätzlichen Pflegeplätzen denkbar. Neben der Differenzierung des stationären Pflegeangebots wird der Sicherstellung der Versorgung in der Peripherie besondere Beachtung geschenkt.

Für die Stossrichtung spricht:

- Angebotslücken: Ergänzung der bestehenden Pflegeversorgung durch Angebote, die aus fachlicher Sicht notwendig sind, um den Bedarf an Pflege und Betreuung auch künftig decken zu können.
- Proaktives Vorgehen: Das Risiko überzähliger Platzkapazitäten infolge der fortschreitenden und auf übergeordneter Ebene ggf. forcierten Verlagerung von stationär zu ambulant in der Pflegeversorgung reduzieren.
- Gute Ausgangslage: Die guten Voraussetzungen der hohen Auslastung der Pflegeheime, der räumlichen Nähe von spezialisierten Leistungserbringern (z.B. Konsiliardienste PDGR, Ambulatorium Neumühle für Suchtberatung und opiatgestützte Behandlungen) sowie der Anziehungskraft insbesondere der Stadt Chur auch für ältere Personen für die Neuausrichtung von Pflegeplätzen nutzen.
- Sichtbarkeit: Mit Spezialisierungen zusätzlich zur «normalen» Alterspflege die Sichtbarkeit der Pflegeheime insbesondere für Fachkräfte erhöhen und die Attraktivität der Langzeit- im Vergleich zu Akutpflege steigern.
- Ambivalentes Potenzial der Angehörigenunterstützung: Auf die Mithilfe der Angehörigen bauen und in deren Unterstützung investieren und gleichzeitig dem grundlegendem Trend der rückläufigen Anzahl pflegender Angehöriger⁷ durch spezifische Betreuungs- und Pflegeangebote Rechnung tragen.

3.2.1 Aufzubauende Pflegeangebote

Die Pflegeheime prüfen den Auf- oder Ausbau spezifischer Pflegeangebote, die das Grundangebot der normalen Alterspflege gezielt ergänzen. Dazu gehören:

- *Pflege- und Kompetenzzentrum Demenz*: Führende Institutionen für Menschen mit Demenz wie das Zentrum Sonnweid in Wetzikon ZH zeichnen sich dadurch aus, dass sie sich ausschliesslich oder zu einem wesentlichen Teil auf Demenzerkrankungen spezialisiert haben. Typischerweise bieten sie verschiedene Wohnformen an, mit denen der Lebensraum der

⁶ Abrufbar inkl. statistische Grundlagen unter: <https://www.gr.ch/DE/institutionen/verwaltung/djsg/ga/Institutionen-Gesundheitswesens/Heime/Seiten/default.aspx>.

⁷ Infolge ändernder Familienstrukturen und Wohnformen, wachsender Generationenabstände, steigender Erwerbsintegration der Frauen (u.a. BAG, 2020).

Betroffenen an den jeweiligen Stand der Erkrankung angepasst werden kann. So leben in der Sonnweid Personen mit leichter bis mittelschwerer Demenz in Wohngruppen mit gemeinsamer Alltagsgestaltung, bei mittelschwerer Demenz in geschützten Betreuungs- und Pflegeabteilungen und bei schwerer Demenz in Oasestationen, in denen Zimmergrenzen aufgehoben sind bzw. die Menschen gemeinsam in grossen Räumen leben, was ihrem Bedürfnis nach Gemeinschaft, Sicherheit und Geborgenheit entspricht. Für Personen mit besonders herausforderndem Verhalten steht zudem eine Semi-Akutstation zur Verfügung. Massgeblich für demenzspezialisierte Institutionen ist auch die enge Begleitung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt Psychiatrie sowie die hausintern fachübergreifende Zusammenarbeit zwischen den entsprechend geschulten Pflegefachpersonen und dem weiteren Personal, darunter Mitarbeitende des Hausdiensts oder der Küche.

In der GVR Plessur verfügen alle grossen Pflegeheime über geschützte Demenzabteilungen (Total: 76 Plätze). Das umfassendste Angebot mit 32 Plätzen hat das Seniorenzentrum Cadonau, das auch eine kleine Oaseabteilung, einen Snoezelenraum (Entspannungsraum mit Möglichkeiten zur Stimulierung der Sinne u.a. durch Licht- oder Klangeffekte) sowie Tages- und Nachtstrukturen für Demenzkranke anbietet.

Die von den Heimleitungen sowie vom Gesundheitsamt geäusserten Einschätzungen weisen darauf hin, dass in der GVR Plessur respektive im Kanton Graubünden (sowie in den angrenzenden Kantonen, vgl. GDK, 2017) Bedarf für ein grösseres, spezialisiertes Pflege- und Kompetenzzentrum Demenz besteht, das die bisherigen Kapazitäten erweitert. In Graubünden sind heute rund 3'900 Personen oder rund 2 Prozent der Bevölkerung an Demenz erkrankt, bis 2050 wird mit einer Verdoppelung der Anzahl Fälle gerechnet (Alzheimer Schweiz, 2022). Unter der Annahme, dass von den Demenzerkrankten 5-10 Prozent (in Schweizer Pflegeheimen beträgt der Anteil mindestens 10 Prozent, vgl. Alzheimer Schweiz, 2014) Verhaltensauffälligkeiten (unangemessenes Verhalten, Umherirren, Widerstand gegen Pflege, Aggressivität) und/oder nicht mehr vorhandene Kommunikations- und Verständnisfähigkeiten aufweisen und damit Betreuung und Pflege in einem spezialisierten stationären Setting benötigen, ergibt sich allein in *Graubünden ein Bedarf von rund 290 Plätzen aktuell* und bereits gegen *rund 400 Plätzen im Jahr 2030*. Selbst wenn man davon ausgeht, dass die heutige Anzahl der im Kanton verfügbaren geschützten Demenzplätze (ca. 260 gemäss Angabe Gesundheitsamt) den aktuellen Bedarf gerade noch deckt, weist die zu erwartende Dynamik der Demenzerkrankungen auf die Notwendigkeit – und Chance – eines zeitnahen Ausbaus von spezialisierten Demenzpflegeplätzen hin.

- *Betreuungs- und Pflegeangebote für Personen mit psychischen Erkrankungen*: Nationale Erhebungen im Alterspflegebereich weisen zusätzlich zu den Demenzerkrankungen auf eine hohe Verbreitung anderer *gerontopsychiatrischen Erkrankungen* hin. Dazu gehören Depressionen (10% bzw. 29% der PflegeheimbewohnerInnen mit diagnostischen Kriterien für depressive Episoden bzw. depressivem Syndrom), Angststörungen (11-38%), Verwirrtheitszustände (6-14%), Schizophrenien (3-7%) und bipolare Störungen (1-3%) (Clerc & von Gunten, 2015). Diese Krankheitsbilder stellen spezifische Anforderungen an die Kapazitäten und psychiatrische Expertise der Mitarbeitenden, aber auch an das Bewohnerumfeld und können in normalen Pflegestationen nur sehr bedingt aufgefangen werden. Unter der Annahme (gestützt auf die Erfahrungswerte einer in diesem Bereich in mehreren Kantonen tätigen Pflegeinstitution), dass 2 Prozent der BewohnerInnen in Pflegeheimen aufgrund psychischer Erkrankungen spezialisierte Pflege- und Betreuung benötigen, ergibt sich für die *GVR Plessur ein Bedarf von rund 12 Plätzen*, für die Region Rheintal einer von rund 20 Plätzen.

Neben gerontopsychiatrischen Plätzen ist von einem Bedarf an Pflegeplätzen für *chronisch psychisch beeinträchtigte Personen* (z.B. mit Persönlichkeitsstörungen oder Verhaltens-

auffälligkeiten) auszugehen, die rund um die Uhr einen strukturierten Wohnrahmen und psychiatrische Pflege und Betreuung sowie (im Hintergrund) die Begleitung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt Psychiatrie betreffend Medikation oder allfälliger weiterer Massnahmen benötigen. Während in Graubünden für jüngere, nicht pflegebedürftige Personen (mit IV-Rente) die Wohnheime der PDGR zur Verfügung stehen, fehlen für Personen im AHV-Alter oder mit früh einsetzendem, umfassenderen somatischen Pflegebedarf weitgehend die Anlaufstellen.

In der GVR Plessur sind im Bereich der psychischen Erkrankungen in Zusammenarbeit mit der PDGR insbesondere das Alterszentrum Bodmer und die Oase Churwalden tätig, wobei Letztere für eine Erweiterung des Angebots auf die regelmässige Anwesenheit (1- bis 2-mal monatlich) des ärztlichen Konsiliardiensts der PDGR angewiesen wäre.

- *Wohnintegration und Pflegeangebot für Personen mit suchtbewogenen Erkrankungen:* Spezifische Angebote benötigen auch Personen mit langjährigen substanzgebundenen Erkrankungen, die nicht in der Lage sind, Abstinenzgebote einzuhalten. Mit steigendem Alter und Gesundheitsbeeinträchtigungen dieser Personen stösst die ambulante Betreuung an Grenzen, so dass spezifische Betreuungsplätze nötig werden. Auf diesen Bedarf hat u.a. die Stadt Zürich reagiert und seit dem Jahr 2000 mittlerweile 80 Plätze in der stationären Wohnintegration insbesondere für Angehörige der früheren offenen Drogenszene sowie für Personen mit exzessiver Alkoholsucht aufgebaut. In diesen Institutionen werden an die BewohnerInnen, die in der Regel zwischen 50- und 60-jährig sind, nur minimale Anforderungen gestellt und bleibt insbesondere der Alkohol- und Drogenkonsum in den Zimmern erlaubt. Die Betreuung beschränkt sich im Einzelfall auf das Beobachten des psychischen und gesundheitlichen Zustands sowie Konsumverhaltens der BewohnerInnen in einer 24/7-Struktur. Es werden keine therapeutischen oder sozialpädagogischen Ziele verfolgt (Zwingli & Lütolf, 2021).

In der GVR Plessur werden pflegebedürftige Personen mit Alkoholsucht von den Pflegeheimen (verbunden mit kontrollierter Alkoholabgabe) im Einzelfall aufgenommen. Eine eigentliche Anlaufstelle für ältere oder gesundheitlich stark beeinträchtigte Personen mit anhaltenden Suchtproblemen und Drogenabhängigkeit ist indes nicht vorhanden. Wird das Angebot der Stadt Zürich in diesem Bereich auf die Bevölkerung der Region Plessur heruntergerechnet, ergibt sich ein *Bedarf von 5 bis 10 Plätzen*.

- *Brücken- und Entlastungsaufenthalte:* Mit der alternden Bevölkerung steigt der Bedarf an vorübergehender Pflege *im Anschluss an Spital- oder Rehabilitationsaufenthalte*. Während allgemein Konsens darüber besteht, dass das hierfür geschaffene Instrument der Akut- und Übergangspflege mit seiner Beschränkung auf zwei Wochen in den meisten Fällen ungeeignet ist, besteht ebenso Einigkeit dazu, dass durch längere, ggf. mehrmonatige Pflegeaufenthalte, die durch medizinische und therapeutische Leistungen gezielt ergänzt werden, die Erholungschancen auch für ältere Personen vielfach intakt sind. Eine Institution, die Brückenangebote zwischen zwei und zwölf Wochen anbietet, ist die Thurvita Care in Wil SG. Dort werden unter der Leitung einer Case-Managerin die Leistungen des Pflegezentrums mit jenen der (ambulant tätigen) ÄrztInnen, Ergo- und PhysiotherapeutInnen koordiniert und die Rückkehr nach Hause gemeinsam mit Spitex und Angehörigen organisiert. Nutzende der Brückenangebote kehren in rund 60 Prozent der Fälle nach Hause zurück.

Als zweites kurzstationäres Element sind *Ferien- und Entlastungsangebote* gefragt, die Personen zwischen einigen Tagen bis mehreren Wochen aufnehmen können, um vor allem pflegenden Angehörigen Auszeiten zu ermöglichen. Auch diese Angebote sind wesentlich, um definitive Heimeintritte hinauszuzögern.

In den Pflegeheimen der GVR Plessur haben Langzeitaufenthalte aufgrund der besseren Wirtschaftlichkeit Vorrang. Brückenangebote nach Spitalaufenthalten werden entsprechend von

keiner Institution offensiv angeboten und Feriengäste werden – abgesehen von den drei reservierten Plätzen im Cadonau – in der Regel nur aufgenommen, wenn keine Langzeitbelegung der Betten möglich ist.

Als grober Anhaltspunkt zum Bedarf an Entlastungsplätzen kann die geschätzte Zahl der in der GVR Plessur lebenden 3'300 Personen dienen, die Angehörige betreuen und pflegen (der Kanton Graubünden rechnet auf Basis nationaler Schätzungen mit gesamtkantonal rund 15'000 betreuenden und pflegenden Personen). Davon dürfte bei rund 18 Prozent oder 600 Personen der Betreuungsumfang einen Aufwand von 20 Stunden pro Woche überschreiten (Otto et. al, 2019). Geht man davon aus, dass sich die Hälfte dieser Personen jährlich während 14 Tagen vollständig entlasten möchte, hierfür keine andere Unterstützung aus dem Umfeld organisieren kann und deshalb einen Kurzzeitpflegeplatz für die betreute Person sucht, ergäbe sich für die GVR Plessur ein Bedarf von rund 4'200 Pflegetagen bzw. *16 Pflegeplätzen* (bei einem angenommenen Auslastungsgrad eines Kurzzeitplatzes von 70 Prozent).

3.2.2 Finanzielle Anreize durch gezielte Beiträge

Wie bereits an mehreren Stellen ausgeführt, steht der Realisierung spezialisierter oder kurzstationärer Angebote das geltende Tarifsystem im Weg. Um eine Differenzierung in der Pflegelandschaft zu erreichen, sind entsprechend gezielte Zusatzbeiträge zu prüfen. Diese sind primär auf übergeordneter – kantonaler Ebene – anzustreben, können aber in einer Übergangszeit, bis entsprechende kantonale Lösungen gefunden werden und greifen, auch auf Ebene der GVR Plessur sinnvoll sein, um den Wandel zu beschleunigen und Startvorteile zu erzielen. Von Bedeutung sind Zusatzbeiträge für ausserordentlichen Betreuungsaufwand, Entschädigungen für tiefere Auslastungsgrade bei Kurzzeitplätzen sowie Anschubfinanzierungen:

a) (Kantonale) Zusatzbeiträge für ausserordentlichen Betreuungsaufwand

Die aufgeführten Spezialangebote in den Bereichen Demenz, psychische und suchtbezogene Erkrankungen sind in der Regel mit einem ausserordentlichen Betreuungsaufwand verbunden, der durch die vom Kanton anerkannte Betreuungspauschale von derzeit CHF 40.-/Tag nicht gedeckt werden kann.⁸ Die effektiven Mehraufwendungen müssten zu gegebener Zeit von den jeweiligen Pflegeheimen im Detail geschätzt werden; im Bereich Demenz ist aber von einem mittleren Betreuungsaufwand von mindestens der doppelten Höhe auszugehen (so beträgt der Betreuungstarif in der Sonneweid CHF 90.-/Tag, dies bei gleichzeitig höheren Pflorgetarifen des Kantons ZH).

Gemäss Art. 33 KPG können Pflegeheime bereits heute ausserordentlichen Pflege- oder Betreuungsaufwand vom Gesundheitsamt anerkennen lassen. Auf dieser Grundlage werden pro BewohnerIn zusätzliche Kosten von bis zu CHF 76.20/Stunde bzw. CHF 571.50/Tag entschädigt.⁹ Die Anerkennung des ausserordentlichen Aufwands durch das Gesundheitsamt stützt sich dabei auf die individuellen Leistungsdaten der jeweiligen Fälle. Die Heimleitungen bezeichnen den diesbezüglichen, einzelfallweisen Prozess als sehr aufwändig. Entsprechend müsste für einen Ausbau spezialisierter Angebote auf eine *standardisierte Lösung zur Anerkennung* insbesondere von Betreuungsmehraufwendungen hingewirkt werden. Hierbei sind folgende Varianten denkbar:

- Fallbezogene Anerkennung auf Basis des individuellen Betreuungsbedarfs (IBB), der mittels eines standardisierten Einstufungssystems festgestellt wird. Dieses Vorgehen kommt in den Behinderteneinrichtungen zur Anwendung.

⁸ Betreuungspauschale gem. Anhang 1 VOzKPG.

⁹ Gem. Art.16 Abs. 4ff. VOzKPG.

- Standardisierte Anerkennung für bestimmte Patienten- bzw. Diagnosegruppen auf Basis von durchschnittlichen Kostendaten eines oder mehrerer Pflegeheime.

Aktuell werden Zusatzbeiträge für ausserordentlichen Pflege- oder Betreuungsaufwand gleich wie die ordentlichen Pflegerestkosten zu 75 Prozent von den Gemeinden und 25 Prozent vom Kanton getragen.¹⁰ Wenn es sich – wie bei den oben vorgeschlagenen Spezialangeboten der Fall – beim Mehraufwand allerdings um *Betreuungsmehraufwand* (und nicht um *Pflegemehraufwand*) handelt, stellt sich die Frage, ob anstelle der Zusatzbeiträge nicht die anerkannte Betreuungspauschale und die dazugehörige *maximale Kostenbeteiligung der BewohnerInnen* angehoben werden müssten. Damit könnten, analog zu den ordentlichen Betreuungskosten, auch für die ausserordentlichen Betreuungskosten *Ergänzungsleistungen* geltend gemacht werden (EL-Berechtigung der Nutzenden vorausgesetzt) – mit einem entsprechend höheren Finanzierungsanteil des Kantons und einer Entlastung für die Gemeinden.

Für die GVR Plessur kann vor diesem Hintergrund ein mehrstufiges Vorgehen in Frage kommen:

- Erstens kann sie jene Institutionen, die spezialisierte Angebote auf- oder ausbauen wollen und hierfür den ausserordentlichen Pflege- oder Betreuungsaufwand gemäss heutiger Praxis geltend machen müssen, für den administrativen Aufwand entschädigen (= kurzfristig umsetzbare Massnahme).
- Zweitens kann sie Projekte leiten oder finanzieren, die eine standardisierte Anerkennung von ausserordentlichem Betreuungs- oder Pflegeaufwand durch das Gesundheitsamt zum Ziel haben (mittelfristig umsetzbar).
- Drittens kann sie auf die kantonale Politik Einfluss nehmen, um auf eine Anhebung der anerkannten Betreuungskosten und maximalen Kostenbeteiligungen der BewohnerInnen im Fall von ausserordentlichem Betreuungsaufwand hinzuwirken (längerfristig umsetzbar).

b) Beiträge für Kurzzeitplätze

Neben administrativem Mehraufwand entstehen Pflegeheimen durch Kurzzeitplätze vor allem Ertragseinbussen aufgrund der damit einhergehenden tieferen Auslastungsgrade. Eine erste grobe Schätzung dieser Ertragseinbussen kann auf Basis der Zahlen des Seniorenzentrums Cadonau vorgenommen werden: Dort liegt der mittlere Ertrag pro Pflergetag bei CHF 293 (Tabelle 7) und betragen die Auslastungsgrade mindestens 95 Prozent (Langzeitbetten) bzw. rund 60 Prozent (Kurzzeitbetten, vgl. Abschnitt 2.2). Die Ertragseinbusse, die durch die Umwandlung eines Langzeit- in einen Kurzzeitpflegeplatz entstehen, belaufen sich entsprechend auf rund CHF 37'000 pro Jahr.

Um einen Anreiz für Kurzzeitangebote zu schaffen, müssen für die Ertragseinbussen Abgeltungslösungen gefunden werden – beim administrativen Mehraufwand dürfte eine Abwälzung auf die Nutzenden in vielen Fällen möglich und vertretbar sein und wird über entsprechende Aufnahmetaxen teils auch schon praktiziert. Während seitens Kanton mit Blick auf eine nächste Teilrevision des KPG finanzielle Abgeltungen für die Bereitstellung von Kurzzeitpflegeplätzen in Aussicht gestellt werden¹¹, ist auf Ebene der GVR Plessur zu überlegen, ob mindestens in einer Übergangszeit ebenfalls Abgeltungen geleistet werden sollen. Diese könnten z.B. entlang folgender Eckpunkte ausgerichtet werden:

- Subventionsgegenstand: Beiträge werden nur für Pflegeplätze ausgerichtet, die für einen bestimmten Zeitraum (z.B. 3 Jahre) ausschliesslich für Kurzeitaufenthalte (z.B. bis zu 12

¹⁰ Gem. Art. 33 in Verbindung mit Art. 34 KPG.

¹¹ Vgl. Antwort der Regierung vom 8. April 2022 zum Auftrag Degiacomi betreffend Anreize in der ambulanten und stationären Pflegefinanzierung.

Wochen) zur Verfügung stehen. Werden Kurzzeitplätze vorzeitig aufgehoben, kommt es zu einer Rückerstattung der Beiträge.

- Pauschalbeiträge: Pro Platz wird eine einheitliche kalkulatorische Ertragseinbusse basierend auf mittleren Tageserträgen und Zielauslastungsgraden (Langzeit sowie Kurzzeit) ausgerichtet. Die Beiträge werden fix ausgerichtet, unabhängig von der erreichten Auslastung der Kurzzeitplätze. Die damit verbundene Sicherheit macht Kurzzeitplätze gegenüber Langzeitplätzen, die über keine solche Basisfinanzierung verfügen, attraktiver.
- Zeitliche Abstufung: Die Zielauslastungsgrade für die Kurzzeitplätze könnten im Zeitverlauf angehoben und der Pauschalbeitrag pro Platz entsprechend abgesenkt werden. Im Sinne einer Anschubfinanzierung könnte der Pauschalbeitrag im ersten Jahr relativ hoch ausfallen (Kurzzeit-Zielauslastungsgrad von z.B. 50%) und anschliessend jährlich bis zu einem bleibenden Grundbeitrag (mit Zielauslastungsgrad von z.B. 80%) reduziert werden.
- Mengengerüst und Zuteilung: Die Anzahl der subventionierten Plätze kann auf Basis einer Bedarfsschätzung (Anhaltspunkte vgl. S. 32) oder einer anvisierten Zielgrösse (z.B. 2% des stationären Pflegeangebots) beschränkt werden. Die Institutionen können sich dann in einem Wettbewerbsverfahren um die Beiträge bewerben.

c) Investitionsanreize oder Anschubfinanzierungen

Ein dritter Bereich für finanzielle Anreize, die den Wandel beschleunigen können, sind zeitlich begrenzte Anschubfinanzierungen oder einmalige Investitionsbeiträge für Bereiche, die bis zum wirtschaftlichen Betrieb eine gewisse Anlaufzeit benötigen oder hohe Anfangsinvestitionen bedingen. In diesen Bereich können fallen:

- Anschubfinanzierung für die Konzeption und den Aufbau von Brückenangeboten nach Spitalaufenthalt (Pflegeheime zusammen mit medizinischen und therapeutischen Leistungserbringern). Ggf. kann in diesem Zusammenhang auch auf kantonale Beiträge gemäss Art. 35 KPG (Innovationsbeiträge) zurückgegriffen werden.
- Investitionsbeiträge für bauliche Massnahmen, die im Zusammenhang mit der Umwandlung von normalen zu spezialisierten Pflegeplätzen notwendig werden.
- Unterstützung bei der Rückzahlungspflicht von früheren Subventionsbeiträgen bei einer vorzeitigen Umnutzung von Pflegebetten (Beseitigung von negativen Investitionsanreizen).

3.2.3 Sicherung der Versorgung in der Peripherie

Für eine sichere Pflegeversorgung in der GVR Plessur ist neben der Differenzierung der Pflegeangebote insbesondere den Pflegebetrieben ausserhalb der Stadt Chur Beachtung zu schenken. Dort stellen sich u.a. aufgrund des beschränkten Nachfragepotenzials, des weitläufigen Versorgungsgebiets (Spitex) und der schwierigeren Erreichbarkeit für Fachkräfte besondere unternehmerische Herausforderungen. Deren Lösung muss in erster Linie vor Ort erfolgen, wie dies auch bereits heute der Fall ist. So hat im Gesundheitszentrum Arosa, das vorrangig seine Wirtschaftlichkeit erhöhen muss, die bessere Auslastung des Alterszentrums höchste Priorität. Potenzial hierzu besteht vor allem im Bereich der Kurzzeitbetten, das in Verbindung mit Arosa Tourismus und Spitexorganisationen aus dem Unterland (Entlastungsaufenthalte, Pflegeferien) sowie dem KSGR (Brückenangebote) weiter ausgeschöpft werden kann. Die im vorangehenden Abschnitt erwähnten Beiträge für Kurzzeitplätze können diese Entwicklung vorantreiben. Daneben prüft das Unternehmen laufend weitere Optimierungen, darunter die Integration des medizinischen Zentrums ins Alterszentrum zwecks Abbau der Platzkapazitäten, Stärkung des medizinischen Zentrums durch zusätzliche (Spezial-) Ärztinnen und Ärzte (was u.a. zusätzliche Möglichkeiten für Brückenangebote eröffnet) oder ein grösseres Einsatzgebiet für den Ambulanzstützpunkt.

Der Fortbestand der ausserhalb der Stadt Chur tätigen Gesundheits- und Pflegebetriebe ist auch für die Stadt Chur und insbesondere die Spitex Chur von Interesse. Diese ist dank der Spitex Arosa-Schanfigg (Teil der Gesundheit Arosa) und Spitex Albula/Churwalden von Pflichteinsätzen ausserhalb des Stadtgebiets entlastet.

Für die GVR Plessur stellt sich vor diesem Hintergrund die Frage, wie die Tätigkeit der Betriebe in der Peripherie zusätzlich unterstützt werden kann. In Erwägung gezogen werden können:

- Reservation eines Teils der Beiträge für Kurzzeitplätze für das Alterszentrum Arosa.
- Leistungsvereinbarung mit der PDGR betreffend Einsätze in der Peripherie: Regelmässige Besuche (1- bis 2-mal pro Monat) der KonsiliarpsychiaterInnen in der Oase Churwalden, so dass diese die Spezialisierung im Bereich psychiatrische Pflege weiterentwickeln kann. Unterstützung der Spitex Albula/Churwalden und (neu) der Spitex Arosa durch den Ambulanten Psychiatrischen Pflegedienst.
- Ausrichtung von Beiträgen an Pflegeorganisationen, die gemeinsame «Tandem»-Arbeits- oder Ausbildungsstellen anbieten, in denen Mitarbeitende je einen (wesentlichen) Teil ihres Pensums in und ausserhalb der Stadt Chur arbeiten (vgl. Hinweise auf S. 25). Die Beiträge können z.B. als Einmalprämie je besetzte Stelle ausgestaltet werden.

3.3 Stossrichtung II: Günstige Rahmenbedingungen für die Betriebe schaffen

Die GVR Plessur ist bestrebt, die administrative Belastung der Pflegebetriebe zu senken und wirkt dafür auf eine grösstmögliche Integration der verschiedenen Aufsichts- und Überprüfungstätigkeiten hin. Darüber hinaus engagiert sie mit Blick auf den Fachkräftemangel und abgestimmt auf den Bedarf der Pflegeinstitutionen gezielt auf bestimmte Themen und Aufgaben spezialisierte ExpertInnen und stellt diese den interessierten Betrieben gegen eine Kostenbeteiligung zur Verfügung.

Für die Stossrichtung spricht:

- Hoher administrativer Aufwand: Pflegebetriebe müssen für die Erfüllung der Vorgaben der Aufsichtsstellen zunehmend Ressourcen bereitstellen.
- Fachkräftemangel: Die Gewinnung von hochspezialisierten Fachkräften stösst aufgrund der knappen Fachkräfte an Grenzen. Auch können Einzelbetriebe auf bestimmte Fragestellungen spezialisierte ExpertInnen nicht immer genügend auslasten.
- Gemeinsame Standards: Die Bearbeitung einzelner Themen und Aufgabenbereiche durch eine gemeinsame Stelle kann im Einzelnen gewünschte Vereinheitlichungen oder Grössenvorteile hervorrufen (z.B. im Bereich der Digitalisierung).

3.3.1 Integriertes Aufsichtsmodell

Die Aufsicht und Überprüfung der Tätigkeit der Pflegeinstitutionen wird heute von verschiedenen Akteuren wahrgenommen. Das kantonale Gesundheitsamt überprüft die Bewilligungsvoraussetzungen (darunter insb. vierteljährlich die Einhaltung der personellen Vorgaben in qualitativer und quantitativer Hinsicht) und die Kosten- und Leistungsdaten zur Bemessung der Beiträge. Externe Zertifizierungsstellen überprüfen das Qualitätsmanagement und das allgemeine Managementsystem nach vorgegebenen Standards (insb. ISO 9001 und SanaCERT). Revisionsstellen überprüfen die Rechnungsführung auf Übereinstimmung mit den geltenden Rechnungslegungsstandards (Swiss GAAP FER) und gesetzlichen Grundlagen. Die Pflegeinstitutionen haben die verschiedenen Aufsichts- und Überprüfungshandlungen durch die Bereitstellung von Daten und Unterlagen sowie Erteilung von Auskünften zu unterstützen. Hinzu kommen diverse

Verpflichtungen zur Datenlieferung an Krankenversicherer (u.a. zur Überprüfung der Bedarfseinstufungen), staatliche Stellen und Fachverbände (u.a. für statistische Zwecke). Aus Sicht der Geschäftsleitungen sind diese verschiedenen Zulieferdienste oft redundant und zunehmend (sehr) ressourcen- und kostenintensiv.

In Anbetracht dieser Ausgangslage ist zu prüfen, inwiefern die GVR Plessur ihre Rolle als Bestellerin und wesentliche Finanziererin der Pflegeleistungen nutzen kann, um verstärkt Einfluss zu nehmen auf die Organisation und Durchführung der Aufsichts- und Überprüfungshandlungen, sowie ggf. die Aufsichtsfunktion – anstelle des Kantons – längerfristig auch verstärkt selbst wahrnehmen will. Erstrebenswert scheint in jedem Fall ein integriertes Aufsichts- und Überprüfungsmodell, das die notwendigen Kontrollansprüche der verschiedenen Beteiligten aufeinander abstimmt und deren Erfüllung ohne Doppelspurigkeiten ermöglicht. Wenn die GVR Plessur zum Schluss kommt, dass diese Stossrichtung weiterverfolgt werden soll, dürfte es mit Blick auf die Interessenlage und ein zügiges Vorwärtkommen notwendig sein, den Lead zur Ausarbeitung des Modells zusammen mit den Geschäftsleitungen der Pflegebetriebe sowie den VertreterInnen der heutigen Aufsichts-, Zertifizierungs- und Revisionsinstanzen selbst zu übernehmen.

3.3.2 Bereitstellung von Expertise

Wie alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen sind auch Pflegeinstitutionen stark gefordert, ihre Tätigkeiten laufend an das komplexe und dynamische Umfeld anzupassen. Neben der laufenden Qualifizierung und Weiterentwicklung des Personals sind hierfür zusehends hochqualifizierte ExpertInnen nötig, um massgebliche Trends und Anforderungen zu erfassen und operativ umzusetzen. Darüber hinaus erfordern verschiedene übergeordnete Aufgabenbereiche wie Ausbildungsverantwortung oder Qualitätsmanagement Fachpersonen mit entsprechenden Weiterbildungen und einschlägiger Berufserfahrung. Die Rekrutierung dieser ExpertInnen und Fachpersonen ist auf Ebene der Einzelbetriebe nicht immer möglich respektive, mit Blick auf deren bestmögliche Nutzung, nicht immer sinnvoll.

Vor diesem Hintergrund stellt sich für die GVR Plessur die Frage, ob sie – in Absprache mit den Pflegeinstitutionen und mit Kostenbeteiligung derselben – auf übergeordneter Ebene ExpertInnen zu bestimmten Themen- und Tätigkeitsgebieten verpflichten will. Mögliche, in den Interviews genannte Bereiche sind:

- *SpezialistIn für Palliative Care und Advanced Care Planning*: Die Fachperson berät, begleitet und schult die Pflegeinstitutionen in der Implementierung von vorausschauenden Palliative und Advanced Care Konzepten (hierzu u.a. Karzig-Roduner et al., 2019). Ziel ist, dass möglichst alle KlientInnen bzw. BewohnerInnen der Pflegebetriebe frühzeitig (idealerweise mit Start des Bezugs von umfassenden Spitexleistungen bzw. beim Heimeintritt) und strukturiert darin unterstützt werden, sich mit der verbleibenden Lebenszeit und den sich daraus ergebenden körperlichen, psychologischen oder sozialen Bedürfnissen auseinanderzusetzen. Ebenso werden mögliche Notfälle und Situationen, in denen Betroffene nicht mehr selbst entscheiden können, thematisiert und geplant. Eine solche vorausschauende Palliativversorgung bezieht – über die Vermittlung entsprechender Grundkenntnisse und gezielte Information – alle Mitarbeitenden einer Pflegeinstitution mit ein, also auch nicht auf (akute) Palliativsituationen spezialisierte Pflegefachpersonen und Nichtpflegepersonal. Desgleichen sind die Angehörigen und fallweise externe Leistungserbringer einbezogen. Der Vorteil liegt in der Entlastung aller Beteiligten, da geklärt wird, wie in verschiedenen Situationen reagiert werden muss. Je nach Ausgestaltung der Stossrichtung III (vgl. unten 3.4), könnte die Palliative-Care-Expertise auch durch die Koordinationsstelle bereitgestellt werden.

- *Ausbildungsverantwortliche:* Verschiedene Betriebe zeigten sich in den Gesprächen offen, zusätzliche Ausbildungsplätze zu schaffen. Als Hinderungsgründe wurden vorab die mit der Ausbildungstätigkeit verbundenen Kosten und personellen Herausforderungen insbesondere auf Stufe der Ausbildungsverantwortlichen genannt. Die bestehenden Ausbildungsverantwortlichen sind in der Regel ausgelastet und können keine weiteren Lernenden betreuen. Gefragt wären aus Einzelbetriebssicht deswegen kleinere Zusatzpensen, die es erlauben, einzelne zusätzliche Ausbildungsplätze zu schaffen. Auch hier könnte die GVR Plessur mit der Bereitstellung einer ausbildungsverantwortlichen Person, die dann von verschiedenen Betrieben engagiert werden kann, Hand bieten.
- *Fachperson Digitalisierung:* Verschiedene Heimleitungen regen an, in den Bereichen Digitalisierung und eHealth, z.B. hinsichtlich der anstehenden Arbeiten zur Einführung des elektronischen Patientendossiers, gemeinsam vorzugehen. Entsprechend kann die gemeinsame Beauftragung einer Fachperson bzw. eines spezialisierten Unternehmens für die Bearbeitung solcher Fragestellungen zweckmässig sein.

3.4 Stossrichtung III: Menschen und Angehörige beraten, Leistungen koordinieren

Die GVR Plessur schafft für die Bevölkerung eine Informations-, Beratungs- und Koordinationsstelle (IBK) als Anlaufstelle bei Fragestellungen zu Leben und Wohnen im Alter oder bei Pflegebedürftigkeit. Die IBK bietet einerseits qualitativ hochstehende und neutrale Informationen, Beratung und Vermittlung zu den bestehenden Unterstützungsangeboten und Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialbereich, so dass hilfeschuchende Personen rasch zum geeigneten Angebot finden. Andererseits übernimmt die IBK für Personen mit weitergehendem Pflege- und Betreuungsbedarf – abgestuft, je nach Situation – die Bedürfnisabklärung und Ausarbeitung von Lösungsvorschlägen (koordinierte Versorgungspläne) sowie deren Umsetzung durch Koordination der Leistungen, Case Management bis hin zur Übernahme der Fallverantwortung. Die IBK wirkt darauf hin, Personen mit weitergehendem Unterstützungsbedarf (u.a. nach Spitalaufenthalt) frühzeitig zu erfassen. Die Stelle hat keine Zuweisungskompetenz zu Leistungserbringern, arbeitet mit diesen aber eng zusammen.

Für die Stossrichtung spricht:

- Unterstützung der Menschen im Bestreben, möglichst lange selbstständig zu Hause wohnen zu können. Hinauszögern von Heimeintritten.
- Niederschwelliger Zugang zu ganzheitlichen und aktuellen Informationen über alle öffentlichen und privaten Dienstleistungen und Leistungserbringer, die in den Bereichen Gesundheit und Soziales im Alter und/oder bei Pflegebedürftigkeit tätig sind. Dies trägt dazu bei, dass Betroffene und Angehörige das gesamte Dienstleistungsangebot verstärkt und adäquat nutzen können und eine frühzeitige Problemlösung gefördert wird.
- Ergänzung der verschiedenen bestehenden Sozialberatungsangebote (insb. für ältere Menschen, Menschen mit einer Beeinträchtigung, Menschen in einer Krise) durch eine Fachberatung mit medizinisch-pflegerischer Ausrichtung.
- Unterstützung und Entlastung der Betroffenen, Angehörigen und Leistungserbringer in Situationen mit zeitintensivem Beratungsbedarf, in komplexen Betreuungs- und Pflegesituationen mit grossem Abklärungsbedarf sowie bei Veränderungsprozessen.
- Unterstützung und Entlastung bei Situationen mit vielen involvierten Personen und hohem institutionsübergreifenden Koordinationsbedarf.
- Koordination der verschiedenen Leistungserbringer, um eine optimale Betreuung erreichen und Doppelspurigkeiten vermeiden zu können.

3.4.1 Grobkonzeption der Informations-, Beratungs- und Koordinationsstelle

In verschiedenen Kantonen sind in den letzten Jahren Koordinationsstellen entstanden bzw. befinden sich solche im Aufbau, an denen sich die GVR Plessur orientieren kann. Von Interesse sind insbesondere folgende Ansätze (vgl. Literaturhinweise im Anhang):

- Stadt Rapperswil-Jona (RaJoVita-Stiftung): Beratungs-/Koordinationsstelle «Drehscheibe»;
- Kanton Glarus: Fachstelle Koordination Gesundheitä,
- Pro Senectute Kanton Zürich: CareNet+ Koordinationszentrum für Gesundheit und Soziales;
- Kanton Basel- Landschaft: Projekt Inspire.

Auf Basis dieser Ansätze kann folgende Grobkonzeption der IBK Plessur skizziert werden:

a) Zielgruppe

Alle Personen in der GVR Plessur, bei denen ein Risiko für Funktionsverlust, Hospitalisierung oder Institutionalisierung besteht. Zusätzlich adressiert werden Angehörige und Fachpersonen.

b) Leistungsspektrum

Die Aufgaben der IBK umfassen zum einen Informations- und darauf aufbauende Beratungsleistungen für relativ *einfache, isolierte sowie tendenziell frühzeitige Anliegen*. Die Betroffenen sollen rasch einen Überblick über die relevanten, in der GVR Plessur verfügbaren Unterstützungs- und Dienstleistungsangebote sowie Lösungsansätze erhalten, so dass sie die Problemlösung anschliessend selbstständig vornehmen können.

Zu diesem ersten Aufgabengebiet können – je nach Angebotsumfang bestehender Anbieter – weitere Leistungen hinzukommen wie z.B. die Vermittlung, Betreuung und Weiterbildung von Freiwilligen oder die Wahl und Instruktion von therapieunterstützenden Geräten für den Gebrauch zu Hause.

Das zweite Aufgabengebiet richtet sich an *Personen mit dringenderem Betreuungs- und Pflegebedarf* und umfasst aufeinander aufbauende Leistungsmodulare (die auch in zeitlicher Hinsicht schrittweise aufgebaut werden können):

- 1) Identifikation der Risikopersonen: Die Identifikation erfolgt per Definition (z.B. alle älteren Personen, die nach einer ungeplanten Hospitalisation aus dem Spital entlassen werden) oder durch ein Screening der gesamten älteren Bevölkerung mit einem kurzen, einfach anzuwendenden Screening-Tool, das erste Anhaltspunkte gibt, ob und welche medizinisch-pflegerischen und ggf. weiteren nichtmedizinischen Unterstützungsleistungen notwendig sind. Eine weitergehende Möglichkeit wären präventive Hausbesuche durch geschultes Pflegepersonal wie sie in Norwegen oder Dänemark angeboten werden (für Personen ab 75 Jahren, halbjährlich), um sich einen Überblick über die jeweilige Lebenssituation zu verschaffen.
- 2) Assessment von Personen mit erhöhtem Risiko: Personen, die als gefährdet gelten, werden in der IBK (oder in deren Auftrag) freiwillig einem umfassenden geriatrischen Assessment zur Abklärung der medizinischen, psychologischen und funktionellen Fähigkeiten durch eine entsprechend qualifizierte Pflegefachperson sowie ggf. weiteren nichtmedizinischen Abklärungen durch weitere Fachpersonen unterzogen.
- 3) Koordinierter Versorgungsplan: Ausgehend vom Assessment wird von der Pflegefachperson ein individualisierter Pflege- und Betreuungsplan erstellt, der mit den KlientInnen, den Angehörigen, den involvierten Leistungserbringern, der Krankenversicherung sowie allfälligen weiteren Akteuren abgestimmt wird.

- 4) Fallkoordination: Die Pflegefachperson initiiert die Umsetzung des Versorgungsplans, indem sie die umfassende Koordination der individuell erforderlichen Leistungen und der verschiedenen Akteure erstmalig vornimmt, die Zuständigkeiten und Finanzierung der Leistungen abklärt und bei Bedarf Kostengutsprachen einholt.
- 5) Case Management und Fallverantwortung: Die Pflegefachperson übernimmt fortlaufend die Umsetzung des Versorgungsplans und die Verantwortung für die koordinierte Leistungserbringung.

Abgestimmt auf die Bedürfnisse der Spitexorganisationen und in Zusammenarbeit mit den Spitälern kann die IBK als dritte Aufgabe für bestimmte Personengruppen, die in Spital- oder Reha-behandlung sind, die Austritts- und anschliessende Versorgungsplanung vornehmen. Sie kann dadurch kurzfristigen Zuweisungen von SpitalpatientInnen zur Spitex entgegenwirken und die Spitex in der Einsatzplanung unterstützen.

c) Personelle Ressourcen

Um das beschriebene Aufgabenspektrum wahrzunehmen, ist die IBK auf ausgewiesene Kompetenzen im medizinischen-pflegerischen Bereich angewiesen. Für die komplexen Aufgaben im Bereich geriatrisches Assessment, Erstellung von Versorgungsplänen, Case Management und Fallverantwortung ist eine höhere Fachausbildung (mindestens HF, idealerweise Advanced Practice Nurse APN) und eine Zusatzausbildung im Case Management erforderlich.

Schätzungen der Stadt Chur, basierend auf den Erfahrungswerten des Kantons Glarus, gehen von einem Personalbedarf von 1.3 Vollzeitstellen und Kosten (inkl. Infrastruktur) von rund CHF 154'000 aus. Darin nicht enthalten sind indes die vorgängig beschriebenen Aufgabenbereiche 1) «Identifikation der Risikopersonen» und 2) «Assessment von Personen mit erhöhtem Risiko». Der Umfang der hierfür benötigten Personalressourcen müsste bei einer Weiterverfolgung dieser Variante ermittelt werden, wobei auf die laufenden Arbeiten des Projekts Inspire im Kanton BL zurückgegriffen werden könnte.

3.4.2 Weitere Fragen mit Blick auf eine Umsetzung

- Klärung des Aufgabenspektrums und der daraus folgenden Schnittstellen zusammen mit den bereits bestehenden Fach- und Beratungsstellen sowie massgeblichen Leistungserbringern: Die IBK soll das bestehende Leistungsspektrum ergänzen. Es ist zu vermeiden, dass Leistungen aufgebaut werden, die von anderen Dienstleistern bereits erbracht werden oder mit relativ geringem Zusatzaufwand angeboten werden könnten.
- Interne vs. externe Leistungserbringung: Klärung, ob die IBK als Teil der GVR-Geschäftsstelle aufgebaut werden soll oder (ggf. für einzelne Aufgabenbereiche) eine externe Organisation wie z.B. Pro Senectute Graubünden oder ein medizinischer Leistungserbringer (z.B. für die geriatrischen Assessments) beauftragt werden soll.
- Rollendefinition der Mitarbeitenden der IBK basierend auf dem Aufgabenspektrum.
- Klärung der Finanzierung und des Umfangs der Kostenbeteiligung der Nutzenden: Die Frage stellt sich, ob bzw. welche Leistungen kostenlos bereitgestellt werden sollen.¹²

¹² Die Koordinationsstellen Glarus und Rapperswil-Jona stellen ihre Leistungen kostenlos zur Verfügung. Das CareNet+ Angebot in Zürich ist hingegen kostenpflichtig (Auftragsklärung und Assessment CHF 1'600, Fallkoordination CHF 6'300).

4 Umsetzung

Das Abschlusskapitel skizziert ein denkbares organisatorisches und zeitliches Vorgehen, das bei einer möglichen Umsetzung einer oder mehrerer Stossrichtungen zur Anwendung kommen kann. Zusätzlich wird eine Chancen-Risiko-Einschätzung für den in diesem Bericht vorgeschlagenen, bottom-up-orientierten Ansatz vs. einen alternativen Top-down-Ansatz vorgenommen.

4.1 Organisationsmodell

Das dynamische Umfeld des Gesundheitswesens an sich, die Vielschichtigkeit der möglichen Stossrichtungen und die Vielzahl der beteiligten Akteure machen den Aufbau und die Entwicklung der GVR Plessur zu einem komplexen Vorhaben, dem das künftige Management und die Organisation der GVR Plessur Rechnung tragen muss. Innerhalb des übergeordneten gesetzlichen Rahmens sind die Gemeinden die Entscheidungsträger für die Ausrichtung und Struktur der Pflegeversorgung in der GVR Plessur. Entsprechend ist die *Präsidentenkonferenz* der Region Plessur als oberstes Entscheidungsgremium der GVR vorzusehen. Um zu tragfähigen Lösungen zu gelangen, ist es indes sinnvoll, die Leistungserbringer mit ihrem Wissen in den Entscheidungsprozess einzubinden. Für die nun anstehenden wie auch späteren Entscheide hinsichtlich Strategie und Umsetzung empfiehlt sich entsprechend die Formierung einer (erweiterten) ständigen *GVR-Steuergruppe* unter der Führung der Region Plessur mit VertreterInnen der beteiligten Gemeinden, der Geschäftsleitung der GVR Plessur, den Geschäftsleitungen der stationären und ambulanten Pflegebetriebe (oder einer Delegation hiervon) und ggf. VertreterInnen weiterer Anspruchsgruppen. Die Steuergruppe nimmt folgende Aufgaben wahr:

- Formulierung der Strategie der GVR Plessur mit anschliessender Antragsstellung an die Präsidentenkonferenz;
- Bezeichnung der Umsetzungsschwerpunkte sowie der strategischen Projekte mit anschliessender Antragsstellung an die Präsidentenkonferenz;
- strategisches Controlling der Umsetzung.

Für die Formulierung der Strategie gilt es zunächst, sich auf eine oder mehrere Stossrichtungen oder Teile hiervon festzulegen, indem entlang von möglichst klaren Kriterien die Vor- und Nachteile einer Stossrichtung diskutiert und bewertet werden. Im strategischen Management haben sich folgende Bewertungsdimensionen bewährt (Pichel & Lüthi, 2015): Inwiefern ist die Stossrichtung

- *geeignet*, um die in der Analyse identifizierten Schwierigkeiten zu lösen, respektive um für die sich abzeichnenden Entwicklungen eine zweckmässige Handhabung zu bieten?
- *akzeptabel*, damit sie für die wichtigsten Anspruchsgruppen die erwarteten Ergebnisse (finanzieller und nichtfinanzieller Natur) erbringen kann unter Berücksichtigung der eingegangenen Risiken?
- *machbar* für die GVR Plessur als Organisation: Können die notwendigen Ressourcen und Fähigkeiten bereitgestellt werden, um die Stossrichtung erfolgreich umzusetzen?

Im zweiten Schritt gilt es die Strategie (einen Plan) zu formulieren und die Umsetzungsschwerpunkte bzw. Prioritäten zu definieren. Hierbei sind für die definierten Stossrichtungen strategische Projekte – ggf. gebündelt in strategische Initiativen – zu bezeichnen, mit Ressourcen auszustatten und geeigneten operativen Stellen (z.B. GVR-Geschäftsstelle, Arbeitsgruppen, einzelne Pflegebetriebe) für die Bearbeitung und Umsetzung in bestimmten Zeiträumen zu übergeben.

Die *Geschäftsleitung der GVR Plessur*, der die operative Führung der Geschäftsstelle der GVR Plessur obliegt, bildet auch das Bindeglied zwischen der strategischen Ebene der GVR Plessur und der operativen Ebene der Leistungserbringer. Ihre diesbezüglichen Aufgaben sind:

- Koordinative Gesamtverantwortung der strategischen Projekte;
- Leitung einzelner strategischer Projekte;
- Sicherstellung des Ergebnis- und Wissenstransfers zwischen den strategischen Projekten und zwischen der operativen und strategischen Ebene;
- Projektcontrolling zuhanden der Steuergruppe;
- Ausarbeitung der Leistungsvereinbarungen mit den Leistungserbringern zur Beschlussfassung in der Präsidentenkonferenz.

In ihrer Rolle gestaltet die Geschäftsleitung der GVR den Umsetzungsprozess und nimmt die Gesamtprojektplanung vor. Sie konkretisiert basierend auf den übergeordneten Entscheiden die vorzunehmenden Umsetzungsarbeiten gemeinsam mit den bezeichneten operativen Stellen. Die Eckpunkte der Umsetzungsarbeiten (Aufgaben, Kompetenzen, Grobterminplan, Finanzierung) werden in den Leistungsvereinbarungen (oder anderweitigen Verträgen) mit den Leistungserbringern festgehalten.

Angesichts der komplexen Wirkungszusammenhänge und der begrenzten Ressourcen ist einerseits eine möglichst gemeinsame Haltung und konsequente Ausrichtung aller Beteiligten auf die definierte Strategie anzustreben. Dabei geht es weniger darum, zu einem vollständigen Konsens zu kommen, als im Rahmen einer «konstruktiven Konfrontation» Problemstellungen und denkbare Vorgehensweisen offen und produktiv zu erörtern (Schmid, Müller-Stewens & Lechner, 2009). Basierend auf einer kontinuierlichen Überprüfung des Umsetzungsfortschritts ist andererseits die Möglichkeit für Adjustierungen der Strategie und deren Umsetzung offenzulassen. Hierzu ist es sinnvoll, die strategischen Projekte ihrerseits in kürzere Arbeitsphasen zu unterteilen und wann immer möglich Pilot- oder Versuchsphasen einzuplanen. Dies ermöglicht rasche und stetige Erkenntnisgewinne, die auf der operativen und strategischen Ebene zur Reflexion der Strategie und für Verbesserungen und notwendige Kurskorrekturen verwendet werden können (Pichel et al., 2022). Nachfolgende Abbildung illustriert das skizzierte Organisationsmodell und die iterative Strategieentwicklung mit Einbezug der strategischen und operativen Ebene:

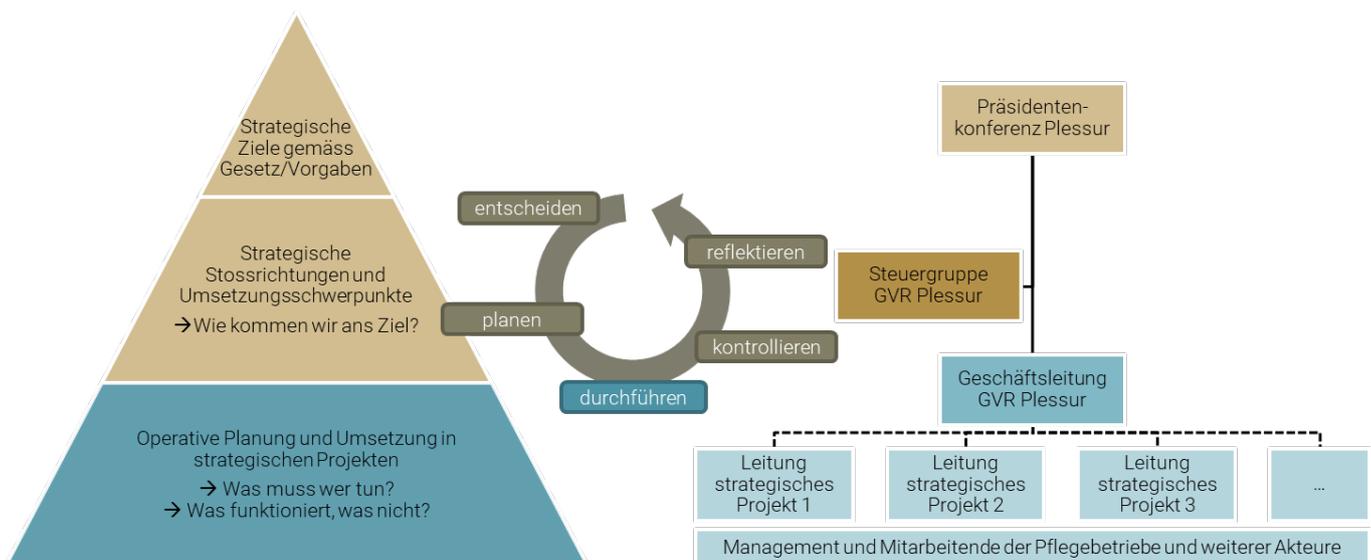


Abbildung 2: Iterative Strategieentwicklung mit Einbezug der strategischen und operativen Ebene

4.2 Umsetzungsplan

Die weitere Umsetzungsplanung hängt von den gewählten strategischen Stossrichtungen und Umsetzungsschwerpunkten ab. Nachfolgende Abbildungen zeigen grob eine mögliche Strukturierung (in strategische Projekte bzw. Initiativen) und Etappierung der vorgeschlagenen Stossrichtungen. Je nach Priorisierung und einsetzbaren Ressourcen können Elemente nach hinten verschoben, weggelassen oder ergänzt werden.

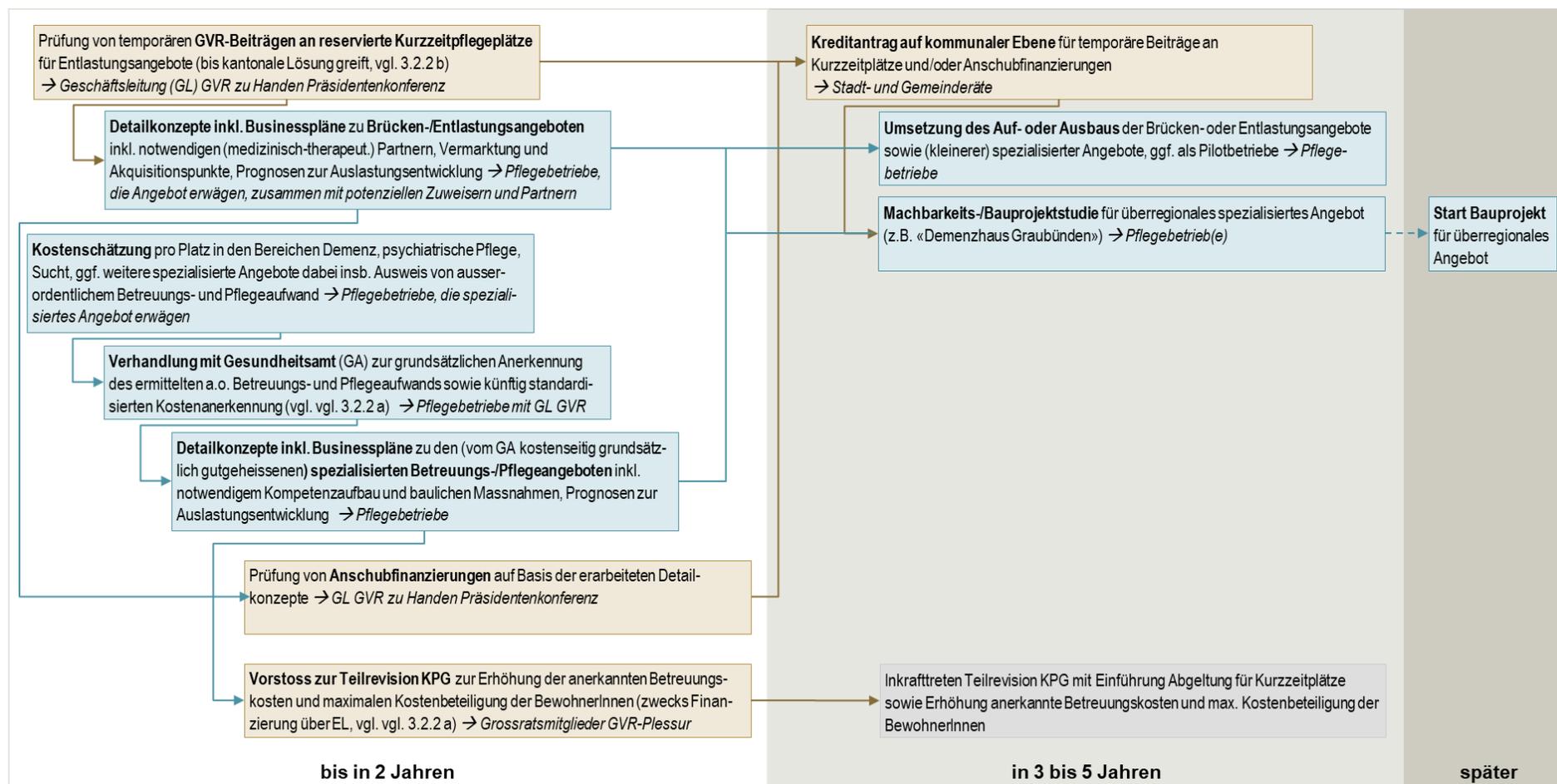


Abbildung 3: Mögliche Strukturierung und Etappierung der Stossrichtung 1. Mit Kursivschrift sind die zuständigen Stellen bezeichnet. Die Pfeile illustrieren die zeitliche Abfolge der verschiedenen Schritte unter der Annahme, dass die Ergebnisse und Entscheide der einzelnen Schritte in dem Sinn positiv sind, dass der jeweils nächste Schritt erfolgen kann.

4.3 Chancen-Risiken-Einschätzung

a) Bottom-up- vs. Top-down-Ansatz

Grundsätzlich hat die GVR Plessur als staatliche Ebene vier Möglichkeiten, auf eine stärker koordinierte Pflegeversorgung hinzuwirken (in Anlehnung an fmc, 2018):

- *Direkte Steuerung durch Regulierung (Rolle Staat: Regulator):* Die GVR Plessur legt in den Leistungsvereinbarungen mit den einzelnen Pflegeinstitutionen fest, welche konkreten Leistungen in welchem Umfang zu erbringen sind und macht ggf. weitere Vorgaben zur überbetrieblichen Zusammenarbeit.
- *Indirekte Steuerung durch finanzielle Anreize (Investor):* Die GVR Plessur fördert den Umbau der Pflegelandschaft durch eine gezielte Mit-, Aufbau- oder Überbrückungsfinanzierung von spezifischen Angeboten. Sie kann gleichzeitig auf kantonaler Ebene an der Weiterentwicklung der Vergütungsmodelle mitwirken.
- *Indirekte Steuerung durch sachdienliche Strukturen (Unterstützer):* Die GVR Plessur unterstützt die Tätigkeit der Leistungserbringer z.B. durch prozessuale Erleichterungen und/oder die übergeordnete Bereitstellung von personellen Ressourcen.
- *Indirekte Steuerung durch Kommunikation und Beratung der Nachfrageseite (Moderator):* Die GVR Plessur nimmt mittels Information, Beratung und Koordination Einfluss auf die Fähigkeit der (potenziellen) KundInnen der Pflegebetriebe, eigene Ressourcen möglichst lange zu nutzen und im Bedarfsfall Leistungsangebote gezielt zu wählen.

Die in diesem Bericht vorgeschlagenen Stossrichtungen bedienen sich primär der indirekten Steuerungsansätze und verfolgen schwergewichtig einen *Bottom-up-Ansatz*, in welchem sich die Pflegeinstitutionen innerhalb der – optimierten – Rahmenbedingungen, durch finanzielle Anreize sowie infolge des veränderten Kundenverhaltens aus eigenem Antrieb an die sich ändernden Gegebenheiten anpassen. Die Stossrichtungen setzen dabei auf den Wissensvorsprung der einzelnen Pflegebetriebe, aber auch auf deren – durch die diversen bereits bestehenden Zusammenarbeitsformen ausgewiesene – Bereitschaft, Leistungen zu koordinieren und Kooperationen einzugehen. Der Bottom-up-Ansatz spiegelt sich im skizzierten Organisationsmodell wider, das dem Einbezug der Leistungserbringer für eine Diskussion auf Augenhöhe auch auf der strategischen Ebene eine hohe Bedeutung zumisst.

Im Gegensatz dazu ist ein *Top-down-Ansatz* mit vornehmlich direkter Steuerung durch die Entscheidungsträger der GVR Plessur denkbar. In der ausgeprägtesten Form würde die Zusammenlegung der stationären und ambulanten Pflegebetriebe zu einer Organisation und entsprechend unter einer strategischen und operativen Führung angestrebt. Innerhalb dieser Organisation wäre die Angebotsplanung für die einzelnen Organisationseinheiten und Betriebsstandorte vorzunehmen, die Supportprozesse würden zentral definiert und bereitgestellt. Die Zuweisung zu den verschiedenen Leistungsangeboten würde zentral über die Informations-, Beratungs- und Koordinationsstelle (IBK) erfolgen.

In einer weniger einschneidenden Form würde an den unterschiedlichen Trägerschaften der einzelnen Pflegebetriebe festgehalten. Das zu erbringende (ambulante und stationäre Grund- und spezialisierte, Langzeit- und Kurzzeit-)Angebot bzw. der vorzunehmende Leistungsumbau würde in den Leistungsvereinbarungen der einzelnen Betriebe durch die GVR Plessur definiert. Ergänzend könnten weitere Vorgaben zur überbetrieblichen Zusammenarbeit festgeschrieben werden wie z.B. die verpflichtende Teilnahme an einem regionalen Pflegepersonal-Pool, der Bezug von gewissen Supportleistungen von einer zentralen Stelle (z.B. ICT-Servicecenter), die Einführung von gemeinsamen Systemen wie gleiche Software-Lösungen oder vereinheitlichte

Anstellungsbedingungen (z.B. gemeinsames Personalreglement oder Gesamtarbeitsvertrag). Die IBK hätte die Kompetenz, Zuweisungen in die stationäre Pflege zentral und verpflichtend vorzunehmen.

b) Chancen-Risiko-Einschätzung

Nachfolgend wird der Bottom-up-Ansatz mit dem Top-down-Ansatz (in der weniger weitreichenden Form mit weiterhin selbständigen Pflegebetrieben) anhand der im Abschnitt 4.1 aufgeführten drei Bewertungsdimensionen verglichen («+» bzw. «-» bezeichnen Chancen bzw. Risiken):

1) Ist der Ansatz geeignet , um die Zielsetzung der GVR Plessur zu erreichen und die analysierten Herausforderungen zu bewältigen?	
Bottom-up	Top-down
<ul style="list-style-type: none"> + Die GVR erhält eine übergeordnete strategische Führung durch die Präsidentenkonferenz, in der die Leistungserbringer im Rahmen der GVR-Steuergruppe direkt und in institutionalisierter Form eingebunden sind. Die künftige Ausrichtung der GVR kombiniert versorgungstechnische, pflege- und betriebsbezogene sowie politische Aspekte. + Die Ausrichtung der Pflegebetriebe auf die übergeordnete Strategie und die gegenseitige Abstimmung der Leistungen auf den Bedarf gelangt über die GVR-Steuergruppe auf die operative Ebene und wird mittels finanziellen Anreizen gefördert. Leistungsvereinbarungen werden auf Basis der auf der strategischen Ebene geführten Diskussionen und Entscheide abgeschlossen. + Der Fachkräfteknappheit wird über die Suche nach administrativen Entlastungen der Pflegebetriebe, die Möglichkeit gemeinsam nutzbarer Ressourcen sowie die Förderung von Tandem-Arbeitsstellen zwischen peripher und zentral gelegenen Betrieben begegnet. Zudem steigern vermehrt spezialisierte Angebote die Attraktivität der Langzeitpflege. + Die Angehörigen werden durch die Unterstützung der IBK sowie zusätzliche kurzstationäre Pflegeplätze entlastet. 	<ul style="list-style-type: none"> + Die GVR erhält eine übergeordnete strategische Führung durch die Präsidentenkonferenz, die als kleines Gremium rasch Entscheide fällen kann. Für eine fachliche Sicht werden die GL GVR und ggf. externe ExpertInnen beratend beigezogen. Die künftige Ausrichtung der GVR basiert auf einer versorgungstechnischen und politischen Sicht. + Die Ausrichtung der Pflegebetriebe auf die übergeordnete Strategie und die gegenseitige Abstimmung der Leistungen auf den Bedarf wird seitens GVR über die Leistungsvereinbarungen fix vorgegeben. + Der Fachkräfteknappheit wird durch die verpflichtende Nutzung zentraler Dienste und gemeinsamer Systeme sowie die Schaffung eines betriebsübergreifenden, ambulanten und stationären Pflegepersonalpools begegnet. Zudem steigern vermehrt spezialisierte Angebote die Attraktivität der Langzeitpflege. + <i>Analog Bottom-up</i>: Die Angehörigen werden durch die Unterstützung der IBK sowie kurzstationäre Pflegeplätze entlastet.
<ul style="list-style-type: none"> - Der Umbau der Pflegeversorgung dauert aufgrund des Diskussions- und Abstimmungsbedarfs zu lange. 	<ul style="list-style-type: none"> - Den pflege- und betriebsbezogenen Belangen der selbstständigen Pflegebetriebe wird zu wenig Rechnung getragen – der Top-down-Ansatz verliert sein Effizienzpotenzial durch dysfunktionales Verhalten auf operativer Ebene.

2) Erbringt der Ansatz für die wichtigsten Anspruchsgruppen ein **akzeptables** Ergebnis?

Bottom-up	Top-down
<ul style="list-style-type: none"> + Die Bevölkerung verfügt weiterhin über eine Pflegeversorgung, die dem Bedarf entspricht. Die IBK verbessert die gezielte Inanspruchnahme der ambulanten und stationären Leistungen und verlängert das Wohnen zu Hause. + Durch die Einbindung der Leistungserbringer in den Entscheidungsprozess und dessen iterative Ausgestaltung kann ein gemeinsames Verständnis und eine gemeinsame Haltung der Pflegebetriebe zur Ausrichtung der GVR erreicht werden. + Der Einsatz der GVR für eine verbesserte Finanzierung notwendiger Angebote sowie bessere Rahmenbedingungen werden von den Leistungserbringern und den Mitarbeitenden als Mehrwert der GVR geschätzt. + Der Kanton sieht die Zielsetzung des KPG dahingehend erfüllt, als die Präsidentenkonferenz die strategische Führung als letzte Entscheidungsinstanz übernimmt und die Zusammenarbeit zwischen den operativen Leitungen der Pflegebetriebe über die GVR-Steuergruppe gestärkt wird. 	<ul style="list-style-type: none"> + <i>Analog Bottom-up:</i> Die Bevölkerung verfügt weiterhin über eine Pflegeversorgung, die dem Bedarf entspricht. Die IBK verbessert die gezielte Inanspruchnahme der ambulanten und stationären Leistungen und verlängert das Wohnen zu Hause. + Der Kanton sieht die Zielsetzung des KPG dahingehend erfüllt, als die Präsidentenkonferenz die strategische Führung übernimmt.
<ul style="list-style-type: none"> - Die Gemeinden müssen den Mitteleinsatz für die Pflegeversorgung vor allem in einer Anfangsphase (bis Anpassungen auf kantonaler Ebene erfolgen) weiter erhöhen, um über finanzielle Anreize steuern zu können. Kosteneinsparungen durch hinausgezögerte oder vermiedene stationäre Aufenthalte fallen erst mit der Zeit an und werden zudem durch den demografisch bedingten Kostenanstieg überdeckt. - Beim Kanton stossen die Bestrebungen zur Erhöhung der anerkannten Betreuungskosten und die damit einhergehenden zusätzlichen Ergänzungsleistungsansprüche auf Widerstand. 	<ul style="list-style-type: none"> - Die vorgegebene Strategie und deren Umsetzung in den Leistungsvereinbarungen stossen auf Unverständnis und erheblichen Widerstand bei den Leistungserbringern. Die Zusammenarbeit zwischen der GVR und den Leistungserbringern wird stark erschwert. - Die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals wird durch zusätzlich verlangte (aber nicht ausreichend abgegoltene) Leistungen sowie Vorgaben zu Personalpool-Lösungen weiter erhöht, was zur Abwanderung in andere Gesundheitsbetriebe, Regionen oder aus dem Beruf führt.

3) Ist der Ansatz mit den Ressourcen und Fähigkeiten der Hauptbeteiligten **machbar**?

Bottom-up	Top-down
<ul style="list-style-type: none"> + Die GVR Plessur nutzt das in der Region vorhandene Praxis- und Fachwissen. Strategie und Umsetzung können auf die Expertise und die betrieblichen Kapazitäten der Leistungserbringer abgestimmt werden. + Kostendeckende Entschädigungen schaffen die Grundvoraussetzung, dass Leistungserbringer bestehende Pflegeangebote neu auszurichten bereit sind und den unternehmerischen Handlungsspielraum (u.a. hinsichtlich künftiger Investitionen) wahren können. + Das finanzielle Engagement der Gemeinden kann durch eine gestaffelte Umsetzung der Stossrichtungen an die jeweiligen Möglichkeiten angepasst werden. Durch die stärkere Kostenbeteiligung des Kantons bei betreuungsintensiven sowie Kurzzeitpflegeangeboten werden die Gemeinden längerfristig entlastet. 	<ul style="list-style-type: none"> + Die GVR wickelt die Führung innerhalb der bestehenden Gefässe der Präsidentenkonferenz und GL GVR ab. Der Beizug externen Expertise erfolgt situativ. + Verschiedene Leistungserbringer können dank der guten Ausgangslage (finanziell, auslastungsbezogen) die durch die Vorgaben hervorgerufenen Mindereinnahmen und Mehraufwendungen – bis zu einem gewissen Grad – mit Effizienzsteigerungen oder Einnahmen aus anderen Geschäftsbereichen auffangen. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Der strategischen Führung fehlt – auch wenn die GL GVR und externe Expertise beigezogen werden – eine breit abgestützte fachliche Basis und die direkte Verbindung zur operativen Ebene. Dies birgt das Risiko von Fehlentscheiden und nicht realisierbarer oder suboptimaler Vorgaben. - Werden von Pflegebetrieben vermehrt Leistungen gefordert, für die keine kosten-deckende Entschädigung besteht, müssen diese die Mehraufwendungen anderweitig kompensieren (neben Effizienzsteigerungen z.B. durch Einsparungen beim bestehenden Angebot, Qualitätsabbau, Aufschub von Ersatzinvestitionen). Je nach Situation müssen die Gemeinden zu einem späteren Zeitpunkt (Investitions- oder auch Sanierungs-)Beiträge leisten.

Die Gegenüberstellung der beiden Ansätze lässt sich dahingehend zusammenfassen, dass mit dem Top-down-Ansatz dank schlanker Organisation und einseitig bestimmter Vorgaben kurzfristig stärker auf die Pflegeversorgung Einfluss genommen werden kann. Auch wird die Finanzierung von Kostenunterdeckungen den Betrieben überlassen, was die Gemeinden entlastet.

Während ein solches Vorgehen von Beginn weg auf erheblichen Widerstand seitens der Leistungserbringer und ihrer Trägerschaften stossen wird, gilt es zusätzlich zu bedenken, dass das Entwicklungstempo aufgrund ungelöster Finanzierungsprobleme und Umsetzungsschwierigkeiten mittel- bis längerfristig (deutlich) abnehmen dürfte. Der Bottom-up-Ansatz legt demgegenüber ein starkes Gewicht auf einen breit abgestützten Diskurs und ein zwischen Gemeinden und Leistungserbringern abgestimmtes Vorgehen. Die Entwicklung in die gewünschte Richtung wird nicht einseitig erzwungen, sondern mittels gezielter finanzieller Anreize und verbesserter Rahmenbedingungen gefördert. Der Entwicklungsprozess dürfte dadurch anfänglich langsamer verlaufen, dafür aber längerfristig mit grösserer Konstanz vonstattengehen.

Anhang: SWOT

	Pflegeheime	Spitex	GVR insgesamt
STÄRKEN	<ul style="list-style-type: none"> - Gut bzw. sehr gut funktionierende Betriebe mit unterschiedlichen Ausprägungen insb. hinsichtlich Standort, Infrastruktur/nicht pflegebezogenem Angebotsspektrum und Grösse sowie, bis zu einem gewissen Grad, Pflegeangebot. - Tätigkeit unter dem Dach von grösseren Unternehmen (insb. Stiftungen) oder innerhalb Pflegeheim-Gruppen: Erlaubt zusätzliche Angebote in der stationären Pflege oder in angrenzenden Bereichen, da zusätzliche Ressourcen (finanziell, infrastrukturell, personell) erschlossen werden können. - Anbindung verschiedener Pflegeheime an Betreutes Wohnen. Trägt zu einem steten Zustrom von BewohnerInnen mit höherem Pflegebedarf bei. - Arosa: Alterszentrum, Spitex, Ärztezentrum und Ambulanz in einer Unternehmung. Ermöglicht eine weitergehende integrierte Versorgung und (mittelfristig) höheren Selbstfinanzierungsgrad. Gesicherte Finanzausgaben der Gemeinde für die medizinische Grund- und Notfallversorgung. - Angebote treffen auf eine hohe Nachfrage und sind praktisch vollständig ausgelastet (Ausnahme: Alterszentrum Arosa). - Umsichtige Aufnahmeentscheide: Medizinisch dringliche Fälle haben Vorrang, gleichzeitig Berücksichtigung der weiteren Lebensumstände (soziale Indikationen) der EintrittskandidatInnen, sowie auch der Mitarbeiterkapazitäten und Bewohnerstruktur. - Regelmässiger, offener Informations- und Wissensaustausch zwischen Pflegeheimen und Spitexdiensten sowie Offenheit für Zusammenarbeit; verschiedene Kooperationen sind – bottom-up initiiert – bereits umgesetzt. - Insgesamt gute finanzielle Ausgangslage dank hoher Auslastung und (wo vorhanden) Einnahmen aus Immobilienbewirtschaftung oder Nebenbetrieben (Ausnahme: Arosa). 	<ul style="list-style-type: none"> - Gut bzw. sehr gut funktionierende Spitexdienste, welche die Spitex-Grundversorgung in ihrem jeweiligen Tätigkeitsgebiet sicherstellen. - Spezialisierte Pflegeleistungen und Zusatzdienstleistungen in Chur durch die Spitex Chur, ausserhalb Chur teils in Zusammenarbeit mit spezialisierten Diensten (PDGR). - Ergänzende Angebote von privaten Spitexdiensten (sowie freischaffend tätigen Pflegefachpersonen) insb. für umfassendere Betreuungssituationen und Bezugspflege mit fixem Betreuungspersonal. - Funktionierende und effiziente Arbeitsteilung zwischen der Spitex Chur und der Spitex Alterswohnungen Chur. - Angebote treffen auf eine hohe Nachfrage; dank sehr flexiblen Mitarbeitenden kann die kurzfristige Übernahme von KlientInnen (innert 2 Tagen und weniger) bisher bewerkstelligt werden. - Laufender Austausch mit zuweisenden Leistungserbringern (KSGR, PDGR, Hausärzte) und nachgelagerten Institutionen, insb. Pflegeheimen. Grosse Offenheit für Zusammenarbeit und Kooperation. - Ausgeglichene Finanzen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Erfolgreiche, unternehmerisch handelnde Pflegebetriebe mit engagierten, erfahrenen und (abhängig von der Betriebsgrösse) stark professionalisierten Geschäftsleitungen. - Flächendeckende Grundversorgung im ambulanten und stationären Bereich in der ganzen GVR Plessur und in hoher Qualität. - Wahlmöglichkeit der Bevölkerung zwischen mehreren Anbietern und nach Betreuungs- und Pflegebedarf abgestuften Wohnformen (wenn auch nicht immer am bisherigen Wohnort). - Bereits vorhandene Ansätze und Erfahrungen in spezialisierten Angeboten, auf die sich ein Auf- und Ausbau derselben abstützen kann. - Finanzierbarkeit der Grundversorgung mit den definierten leistungsbezogenen Gemeindebeiträgen, keine Notwendigkeit für weitergehende Defizitbeiträge. (Ausnahme: Gesundheitszentrum Arosa; hier hat die Gemeinde jedoch explizit zusätzliche Beiträge beschlossen.)

Pflegeheime	Spitex	GVR insgesamt
<ul style="list-style-type: none"> - Wenig Segmentierung im Pflegeangebot und wenig differenzierte Ansprache spezifischer Zielgruppen: Spezialisierte Angebote u.a. für psychische Erkrankungen werden von den Pflegeheimen nur in relativ geringem Umfang angeboten und decken (heutigen oder absehbaren) Bedarf nicht ab. - Angebote an Pflegeplätzen für Kurzeintaufenthalte (u.a. im Anschluss an Spitalaufenthalte) decken Bedarf nicht ab. - Teilstationäre Entlastungsangebote (Tages-/Nachtstrukturen) stossen auf geringe Nachfrage. - Ungenügende Kostendeckung bei (spezialisierten) Angeboten mit hohem Betreuungsaufwand sowie Kurzzeit-Pflegeplätzen. - Arosa: Überdimensionierte Infrastruktur (zu viele Pflegeplätze) und daraus folgend tiefe Auslastung, Imageprobleme auf dem Platz Chur und strukturelles Defizit. - Tätigkeit unter dem Dach von grösseren Unternehmen oder in Pflegeheim-Gruppen: Pflegeheime haben übergeordnete Überlegungen und Bestimmungen sowie Abhängigkeiten zu beachten. - Steter Fachkräftemangel bindet interne Ressourcen, erhöht Leistungs- und Lohndruck und verhindert Tätigkeiten (weil mangels Fachkräften Leistungen nicht erbracht werden können). - Geringe Bereitschaft des Pflegepersonals zwischen stationärem und ambulantem Bereich oder zwischen Betrieben zu wechseln. 	<ul style="list-style-type: none"> - Leistungspflicht der öffentlichen Spitex auch bei sehr kurzfristigen oder schlecht geplanten Kundenanmeldungen: Führt zu erheblichem Koordinationsaufwand und hohen Belastungsspitzen für das Personal. - Leistungspflicht zusammen mit knappen Personalressourcen zwingt zur Leistungsreduktion bei medizinisch-pflegerisch nicht prioritären Leistungen (z.B. weniger häufiges Duschen). - Knappe Personalressourcen führen zu kürzeren Einsatzzeiten. Eine Notrufabdeckung bzw. Pikett über Nacht kann nur in Chur angeboten werden. - Nicht verrechenbarer Aufwand insb. für Koordinationsleistungen und Wegzeiten führen bei damit verbundenen Leistungen (z.B. Kurzeinsätze an abgelegenen Orten) zu Kostenunterdeckungen. - Fehlende Finanzierung für umfassendere Betreuungsleistungen (>20 Std./Woche während mehr als 60 Tagen). Entsprechende (private) Angebote stehen nur Selbstzahlen offen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Beschränktes Angebot für Personen mit spezifischem und/oder temporärem Betreuungs- und Pflegebedarf. - Beschränktes, von finanziellen Möglichkeiten der Betroffenen abhängiges ambulantes und teilstationäres Unterstützungsangebot für pflegende Angehörige. - Der Fachkräftemangel setzt das Personal unter permanenten Leistungsdruck und engt den Handlungsspielraum der Betriebe ein. - Mit den gegebenen Tarifstrukturen verbundene finanzielle (Fehl-)Anreize, die den Aufbau spezifischer oder temporär nutzbarer Betreuungs- und Pflegeangebote behindern. - Unterschiedliche Herausforderungen und daraus folgender unterschiedlicher Handlungsdruck Zentrum vs. Peripherie mit Blick insbesondere auf Angebotsgestaltung, Personalpolitik, Finanzierung.

Pflegeheime	Spitex	GVR insgesamt
<ul style="list-style-type: none"> - «Megatrend» von temporärer, intensiver Pflege und Betreuung im Anschluss an Spitalaufenthalte. Grundsätzlich wie heutige Akut- und Übergangspflege AÜP, aber deutlich länger, bis zu 3-4 Monate, so dass auch betagte PatientInnen gute Erholungschancen haben und zurück in die Selbstständigkeit gelangen können. - Wachsender Bedarf an Ferienbetten und Kurzaufhalten als Entlastung für pflegende Angehörige. Chance, dass Angehörige künftig ihre eigenen Ferien <i>und</i> ein Entlastungsangebot für die gepflegte Person gleichzeitig buchen. - Standort Chur und Nähe zu KSGR, PDGR und weiteren medizinischen Leistungserbringern erlauben spezialisierte Angebote nicht nur für die GVR Plessur, sondern für den Gesamtkanton und angrenzende ausserkantonale Regionen. - Arosa: Vorzüge, Image und Know-How als Tourismusdestination können für spezifische Angebote («Pflegeferien») wie auch die Kundenakquisition (Zweitwohnungsbesitzende bzw. «Zweitheimische») genutzt werden. - Durch Sozialraumorientierung und «Caring Community»-Ansätze können sowohl für Menschen in Alters- und Pflegezentren als auch Menschen in der Nachbarschaft gegenseitig neue Ressourcen erschlossen werden. - Mit Spezialisierung bzw. spezialisiertem Standbein zusätzlich zur «normalen» Alterspflege die Sichtbarkeit insb. für Fachkräfte erhöhen und Attraktivität der Langzeitpflege steigern. - Mit konstant hohem Engagement in der Aus- und Weiterbildung von Pflegefachkräften dem Fachkräftemangel begegnen. - Fachfremde Personen, Quer- und Wiedereinsteigerinnen, Personen mit Migrationshintergrund via Pflegehelferkurs niederschwellig zum Pflegeberuf bringen (und anschliessend weiterentwickeln). - Fragestellungen der Digitalisierung (Umsetzung EPD) gemeinsam angehen, um grösstmöglichen Nutzen zu realisieren. 	<ul style="list-style-type: none"> - Die wachsende Verbreitung von seniorenfreundlichen Wohnformen begleiten, um die Spitexbetreuung mittelfristig zu vereinfachen. - Digitale Lösungen im Bereich Sicherheit zu Hause und Notsituationen propagieren und nutzen, um Mitarbeitende und Angehörige zu entlasten. - Mit neuen Versorgungsmodellen wie Hospital-at-Home Behandlungs- und Pflegeprozesse von Spitälern und Spitex stärker aufeinander abstimmen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mit der Schaffung der GVR Plessur kann die Angebotsabstimmung und -steuerung aus einer regionalen Versorgungssicht vorgenommen werden. - Dank des wachsenden Bedarfs für zielgruppenspezifische, spezialisierte Angebote (Demenz, psychische Erkrankungen, Sucht, soziale Beeinträchtigung, geistige Behinderung, komplexe Behandlungspflege) wird die Umformung in der stationären Pflege ohne Platzabbau möglich. - Die Steuerung des Angebots kann (zusätzlich oder alternativ zur Steuerung über Leistungsvereinbarungen) effektiv mit gezielten kantonalen oder GVR-spezifischen finanziellen Anreizen erfolgen. - Die GVR Plessur kann einen Rahmen schaffen, der die Unternehmen in ihrer Tätigkeit unterstützt (mit Expertise) bzw. sie entlastet (im Bereich Aufsicht). - Die von der Stadt Chur anvisierte Koordinationsstelle kann den gezielten, zwischen den Akteuren und mit dem Umfeld abgestimmten Leistungsbezug fördern sowie dahingehend weiterentwickelt werden, dass Personen mit Unterstützungsbedarf frühzeitig erfasst werden.

	Pflegeheime	Spitex	GVR insgesamt
RISIKEN	<ul style="list-style-type: none"> - Die fortschreitende, politisch ggf. forcierte Verschiebung von stationär zu ambulant führt zu überschüssigen Platzkapazitäten und sinkenden Auslastungsgraden. - Steigende Personalkosten (Lohnspirale) und die allgemeine Teuerung führen zu einer Eintrübung der Finanzlage. - Weitere Covidwellen und Pandemien führen zu höheren Auslastungsschwankungen auch in der Zukunft. - Personalmangel zwingt zu Bettenschliessungen. - Administrative Vorgaben und verschiedene Prüfungshandlungen (kantonale Aufsicht und Überprüfungsaudits, (Re)Zertifizierungen von externen Standards, Finanzrevisionen, etc.) binden übermässig viele Ressourcen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Weiter sinkende Spitalaufenthaltsdauern erhöhen Leistungsdruck weiter und erhöhen Notwendigkeit von längeren Einsatzzeiten bis 7x24h. - Zusehends divergierende Erwartungen an die Einsatzpläne – Mitarbeitende wollen grösstmögliche Flexibilität, KlientInnen grösstmögliche Kontinuität (gleiche Person, zu gleichen Zeiten, pünktlich) – beeinträchtigen das Arbeitsklima. 	<ul style="list-style-type: none"> - Das bestehende Pflegeangebot und der effektive Bedarf driften zusehends auseinander. Personen mit spezifischem Bedarf finden keine adäquate Betreuungs- oder Pflegelösung. - Der Fachkräftemangel verschärft sich weiter und führt vorübergehend (z.B. bei Grippewellen) oder dauerhaft zu Versorgungslücken im ambulanten oder stationären Bereich. - Das Potenzial der pflegenden Angehörigen wird mangels geeigneter oder für die Betroffenen zu teuren Unterstützung nicht ausgeschöpft und es kommt zu vorzeitigen Heimeintritten. - Die finanzielle Belastung der öffentlichen Hand durch Beiträge an Heime und Spitex nimmt u.a. infolge des Rückzugs der Angehörigen und vorzeitiger Heimeintritte übermässig stark zu. - Die gute Finanzlage der Pflegebetriebe kippt durch Auseinanderdriften von Kosten und Tarifen, u.a. infolge eines (forcierten) Ausbaus von spezialisierten oder Kurzzeit-Angeboten.
	<ul style="list-style-type: none"> - Vermehrtes Ausweichen des Pflegepersonals auf Temporär-/Vermittlungsbüros und daraus folgende höhere Personalkosten und administrativer Mehraufwand für Heime und Spitex. - Verschärfung des Fachkräftemangels infolge der weiter zunehmenden Abwanderung des bestehenden Personals aus dem Pflegeberuf und/oder des fehlenden Erfolgs bei der Gewinnung und Aus-/Weiterbildung des Nachwuchses. - Steigender Bedarf an (hoch-)spezialisiertem Fachwissen im Kern- und Supportbereich, was insbesondere kleinere, selbstständig agierende Institutionen vor Schwierigkeiten stellen kann, entsprechende Fachpersonen gewinnen und auslasten zu können. 		

Literaturhinweise

Alzheimer Schweiz (2014). Menschen mit Demenz in Schweizer Pflegeheimen: Vielfältige Herausforderungen.

Alzheimer Schweiz (2022). Demenz in der Schweiz 2022. Zahlen und Fakten.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2020). Synthesebericht Förderprogramm «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020».

Bannenberg, N., Førlund, O., Iversen, T., Karlsson, M., & Øien, H. (2021). Preventive home visits. *American Journal of Health Economics*, 7(4), 457-496.

Clerc, M.-T. & von Gunten, A. (2015). Alterspsychiatrie. In: Curaviva (2017), Themendossier: Medizinische und therapeutische Versorgung in Alters- und Pflegeinstitutionen.

Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK (2017). Bestandsaufnahme der Demenzversorgung in den Kantonen.

Karzig-Roduner, I., Bosisio, F., Jox, R., Drewniak, D., & Krones, T. (2019). Die Bedürfnisse von Angehörigen beim Advance Care Planning. Kurzfassung zum Satellitenprojekt S01.07.1 des Förderprogramms Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017-2020.

Otto, U., Leu, A., Bischofberger, I., Gerlich, R., Riguzzi, M., Jans, C., & Golder, L. (2019). Bedürfnisse und Bedarf von betreuenden Angehörigen nach Unterstützung und Entlastung – eine Bevölkerungsbefragung. Kurzfassung zum Forschungsprojekt G01a des Förderprogramms Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017-2020.

Pellegrini, S., Dutoit, L., Pahud, O., & Dorn, M. (2022). Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz: Prognosen bis 2040. *Obsan Bericht* 03/2022.

Pichel, K. & Lüthi, E. (2015). *Strategie und Diversität* (2. Aufl.). Bern: Haupt.

Pichel, K., Haas, T. & Kruschitz, B. (2022). *Strategilität*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Schmid, T., Müller-Stewens, G., & Lechner, C. (2009). Strategische Initiativen als Instrument des Corporate Managements. *Zeitschrift Führung+ Organisation*, 78(2), 80-87.

Schweizer Forum für Integrierte Versorgung fmc (2018). Bund, Kantone und Gemeinden in der Integrierten Versorgung: Rollenszenarien 2026. fmc Denkstoff Nr. 4.

Zwingli, M. & Lütolf, S. (2021). *therapeutische noch sozialpädagogische Ziele, Obdachlosenhilfe und Wohnintegration der Stadt Zürich – Geschichte, Angebote, Grundlagen*. Hrsg. Stadt Zürich.

Zu den Koordinationsstellen:

CareNet+ der Pro Senectute Kanton Zürich:

Informationen unter: www.carenetplus.ch

Koordinationsstelle Glarus:

Informationen unter: <https://www.gl.ch/verwaltung/finanzen-und-gesundheit/gesundheit/koordination-gesundheit.html/4125>

Kanton Glarus (2021). *KOGE-2020: Jahresbericht der Fachstelle Koordination Gesundheit*, Glarus.

Schwitzer, R. et al. (2017). *Konzept «Drehscheibe Gesundheit», Empfehlungen der Arbeitsgruppe*, Glarus.

INSPIRE – Koordiniertes Versorgungsmodell für ältere Personen im Kanton Basel-Landschaft:

Informationen inkl. Berichte zur Begleitforschung der Universität Basel unter:
www.inspire-bl.unibas.ch.

Rajovita

Informationen unter: www.rajovita.ch/de/wir-fuer-sie/beratung.