

Schlussbericht / Ausführliche Version

Weiterentwicklung Langzeitpflege im Kt. Uri

Unter Einschluss der Vernehmlassungs-
ergebnisse

Kanton Uri und Urner Gemeindeverband

Altdorf

Baar, 11.04.2024



Impressum

Erstellt am:	04. März 2022
Version Nr. / vom:	1.05 vom 11.04.2024
Verfasser/in	Roland Wormser (RW) und Angela Escher-Greiter (ESCA)
Dateiname	100-01_0702_Bericht_Ausführliche Version V1.05_2024 04 11 ESCA RW.docx
Empfohlene Zitierweise	Escher-Greiter A. und Wormser R. (2024). Weiterentwicklung Langzeitpflege Kanton Uri. Schlussbericht / Ausführliche Version. Im Auftrag des Kantons Uri und des Urner Gemeindeverbands. HeCaCons GmbH, Baar, 11.04.2024

Revision

Version	Datum	Autor/en	Revision – Kapitel-Nr.
0.10	09.03.2022	RW / ESCA	Erstversion Vorentwurf
0.20	24.03.2022	RW / ESCA	Zweitversion Vorentwurf anlässlich Kick-off
0.21	19.04.2022	RW	ProjGr 19.4.2022
0.22	18.05.2022	RW / ESCA	Bearbeitung Kap. 3.2, 3.3.1, 3.3.2 und 3.7, Erstellen Kap. 2.4, 2.5, 3.6, 3.3.3, 3.3.4, 3.4, 3.5.2, 3.5.3, 3.5.4, 4.2, 4.3
0.23	31.05.2022	RW	Änderungen während Vorbespr. mit pla am 30.0.5.2022 und ProjGr-Sitzung am 31.05.2022
0.24	30.06.2022	RW / ESCA	Bearbeitung Kap. 2.2, 2.3, 3.4, 3.5, 3.6; Erstellen Kap. 5 und 6, Anhänge 9.4 und 9.5
0.30	06.07.2022	RW	Änderungen während ProjGr-Sitzung am 06.07.2022
0.31	08.07.2022	RW	Änderungen während TP Fin am 08.07.2022
0.32	21.07.2022	ESCA	Bearbeitung Kap. 3.3, 3.5, 6.2, 6.3, 8.1, Einfügen Abbildungs- und Tabellenverzeichnis;
0.33	08.08.2022	RW	Bearbeitung Kap. 2.3, 3.3 – 3.6 und 6 -9, Anhänge 9.1, 9.1, 9.4; Versand an TP Fin für Si 10.08.2022
0.34	09.08.2022	RW	Erstellen Kap. 1, 2.1, 2.6, 3.7 und 4.2; Bearbeitung Kap. 3.3.2, 3.3.3, 5.3 und 6.1; Versand an ProjGr für Sitzung 16.8.2022
0.35	10.08.2022	RW	Änderungen während TP Fin am 10.08.2022 und ProjGr am 16.8.3022
0.37	25.08.2022	RW / ESCA	Überarbeiten Kap. 1-5 und Anhänge, Versand an Steuergruppe
0.38	15.09.2022	ESCA	Änderungen während StGr 01.09.2022
0.39	17.09.2022	ESCA	Überarbeiten Kap. 2.3.1, 3.4.1 und 3.4.5 nach Präsentation in Steuergruppe
0.40	19.10.2022	ESCA	Änderungen während ProjGr-Sitzung am 19.10.2022
0.44	15.05.2023	ESCA / RW	Auszug Kap. 6 + 7
0.45	16.05.2023	RW	Anpassungen Bespr. mit rha+pla am 15.05.2023, Kap. 6 und 7
0.46	16.05.2023	ESCA / RW	Anpassungen anlässlich TP Fin am 16.05.2023: Kap. 6.7 und Anhang 12.15
0.47	23.05.2023	ESCA / RW	Änderungen anlässlich Sitzung ProjGr vom 23.5.2023
0.48	23.05.2023	ESCA / RW	Änderungen anlässlich Sitzung Fachgruppe vom 23.5.2023
0.49	26.05.2023	ESCA / RW	Überarbeitung Kap. 6 und 7, Ergänzung Anhang 12.13
0.50	05.06.2023	ESCA / RW	Änderungen anlässlich Sitzung StGr vom 05.6.2023
0.52	07.06.2023	ESCA / RW	Löschen Kap. 4 / Integr. in Kap. 3, Vollständige Überarbeitung Kap. 4, 5 + 6 und Anhänge; Auszug Kap. 5 + 6 inkl. Anhänge
0.55	27.07.2023	ESCA / RW	Überarbeitung Kap. 4.7 und 7.6, an TP Fin
0.56	14.08.2023	ESCA / RW	Erstellen Kap. 1, 8.1, 8.5 – 8.8 und 9, Überarbeitung Kap. 2, 3, 4.3.7, 4.6 – 4.8, 5.1, 5.4, 6.4, 7.4 – 7.7, 8.2 – 8.4 und 10
0.57	22.08.2023	ESCA / RW	Rückmeldungen vorgängig zur PT-Sitzung 23.8.2023



Version	Datum	Autor/en	Revision – Kapitel-Nr.
0.58	23.08.2023	ESCA / RW	Änderungen anlässlich Sitzung PGr und StGr vom 23.8.2023
0.59	24.08.2023	ESCA / RW	Änderungen im Nachgang zu den Sitzungen vom 23.8.2023
0.60	27.09.2023	ESCA	Änderungen im Nachgang zu den Sitzungen; Überarbeitung Kap. 2.1, 4.2 (neu), 4.4.2, 4.4.7, 4.8, 4.9, 7.5, 8
0.61	04.10.2023	ESCA	Version für Vernehmlassung bei PGr
0.62	04.10.2023	ESCA	Rückmeldungen PGr anlässlich Vernehmlassung
0.63	06.10.2023	ESCA	Anpassungen im Nachgang zur Vernehmlassung bei PGr
0.64	10.10.2023	ESCA / RW	Version für Vernehmlassung bei StGr
0.65	23.10.2023	RW	Änderungen anlässlich Sitzung StGr vom 23.10.2023
0.66	23.10.2023	ESCA / RW	Anpassungen in Kap. 1, 7.5.4 und 9
1.0	23.10.2023	RW	Änderungen in Kap. 8.2 und Anhang 10.6 / Schlusskontrolle
1.01	13.03.2024	ESCA / RW	Neues Kap. 10 Vernehmlassung, Ergänzungen Kap. 1 und 6.3
1.02	21.03.2024	ESCA	Änderungen anlässlich Sitzung PGr vom 21.3.2024
1.03	27.03.2024	ESCA / RW	Anpassungen im Nachgang zur PGr-Sitzung vom 21.3.2024
1.04	04.04.2024	ESCA	Änderungen anlässlich Sitzung StGr vom 04.04.2024
1.05	10.04.2024	ESCA / RW	Änderung im Nachgang zur StGr-Sitzung vom 04.04.2024

Abkürzungen

APH	Alters- und Pflegeheim	GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
AÜP	Akut- und Übergangspflege (mit Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV)	KLV	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung) SR 832.112.31
Bew	Bewohner:in	KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz) SR 832.10
BeWo	Betreutes Wohnen	LZP	Langzeitpflege
BAG	Bundesamt für Gesundheit	Obsan	Schweiz. Gesundheitsobservatorium
BfS	Bundesamt für Statistik	SBU	Stiftung Behindertenbetriebe Uri
Curaviva	Branchenverband der Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf, www.curaviva.ch bzw. www.artiset.ch	SOMED	Sozialmedizinische Statistik
EL	Ergänzungsleistungen zur AHV/IV	SRK	Schweizerisches Rote Kreuz

Glossar

Begriff	Erläuterung
Bewohner:in und Klient:in	Bei stationären Betrieben werden Kunden in der Regel «Bewohner:in» genannt. Der Begriff basiert auf «wohnen», wobei früher Kunden selten wieder «nach Hause» gingen. Heute vermischen sich stationäre und ambulante Leistungen, z.B. wenn ein Pflegeheim auch Tagesbetreuung und Nachtaufenthalte anbietet. Unter anderem deshalb spricht das BfS in der SOMED-Statistik auch für Pflegeheime von Klienten (ein Synonym für «Kunde»). In diesem Bericht verwenden wir auch für Pflegeheime den Begriff «Klienten».
Klient:in	Synonym für «Kunde»
Institutionalisierungsrate	Anteil der in Institutionen lebenden Bevölkerung an der Anzahl Einwohner 80 Jahre und älter. Diese pragmatische Kennzahl berücksichtigt den Umstand, dass die grosse Mehrheit der in Pflegeheimen lebenden Klienten über 80 Jahre alt sind und viele Statistiken die Anzahl Personen 80 Jahre und älter separat ausweisen.



Inhalt

Vorwort Gesundheitsdirektion Kanton Uri und Urner Gemeindeverband	8
1 Management Summary	9
2 Ausgangslage	13
2.1 Anlass zum Projekt.....	13
2.2 Vorarbeiten.....	13
3 Auftrag	14
3.1 Ziele	14
3.2 Projektorganisation.....	15
3.3 Projektablauf	15
4 Ist-Analyse Langzeitpflege im Kanton Uri	16
4.1 Demographische Entwicklung Kanton Uri.....	16
4.2 Sozioökonomische Situation - Ergänzungsleistungen	18
4.3 Zuständigkeiten.....	19
4.4 Organisation und Angebot.....	20
4.4.1 Übersicht Versorgungskette	20
4.4.2 Stationäre Langzeitpflege.....	20
4.4.3 Akut- und Übergangspflege (AÜP)	22
4.4.4 Ambulante Langzeitpflege und Hilfe zu Hause	22
4.4.5 Intermediäre Angebote	23
4.4.6 Weitere Angebote	23
4.4.7 Gesundheitsförderung.....	24
4.5 Kosten und Beiträge.....	25
4.5.1 Stationäre Langzeitpflege.....	25
4.5.2 Akut- und Übergangspflege (AÜP)	26
4.5.3 Ambulante Langzeitpflege und Hilfe zu Hause	26
4.5.4 Intermediäre Angebote	28
4.5.5 Weitere Angebote	28
4.5.6 Überblick Beiträge Gemeinde und Kanton.....	28
4.6 Finanzielle Fehlanreize / Systemmängel	29
4.7 Strukturelle Herausforderungen.....	30
4.8 Voraussichtliche Entwicklung «Nullszenario»	31
4.8.1 Generelles.....	31
4.8.2 Projektion Leistungsmengen	32
4.8.3 Projektion Beiträge Kanton und Gemeinden.....	33



4.9	Fazit Langzeitpflege im Kanton Uri.....	33
5	Marktentwicklung.....	35
5.1	Trends.....	35
5.1.1	Polit-ökonomische Trends.....	35
5.1.2	Medizinisch-technologische Trends.....	35
5.1.3	Integrierte Versorgung.....	36
5.2	Entwicklung Demenz.....	39
5.3	Fachpersonalmangel.....	40
5.4	Fazit Marktentwicklung	40
6	Bedürfnisse und angebotsspezifische Zielgruppen.....	41
6.1	Lebensalter, Alternsphasen und Übergänge.....	41
6.2	Generelle Bedürfnisse ältere Bevölkerung.....	42
6.3	Zielgruppen und ihre Bedürfnisse	43
6.4	Fazit Bedürfnisse und Zielgruppen	44
7	Strategie Langzeitpflege Uri	44
7.1	Zugrundeliegendes Altersmodell	44
7.2	Vision	45
7.3	Strategische Stossrichtungen	45
7.4	Handlungsfelder und Massnahmen	46
7.5	Voraussichtliche Entwicklung «Sollszenario»	47
7.5.1	Generelles.....	47
7.5.2	Projektion Leistungsmengen	47
7.5.3	Projektion Beiträge Kanton und Gemeinden.....	49
7.5.4	Gegenüberstellung Beiträge «Null- und Sollszenario».....	50
7.6	Fazit Strategie	50
8	Künftige Zuständigkeiten Langzeitpflege im Kanton Uri.....	51
8.1	Begriffliches.....	51
8.1.1	Zuständigkeit.....	51
8.1.2	Trägerschaft.....	51
8.2	Typologien Zuständigkeit im Kantonsvergleich.....	51
8.3	Bewertung der Varianten für den Kanton Uri	52
8.4	Wahl der Zuständigkeitsvariante	55
8.5	Fragen aus dem Workshop mit Gemeinden vom 22. Juni 2023:.....	56
8.5.1	Geeignete Rechtsform für die neue Trägerschaft	56
8.5.2	Verteilschlüssel unter Gemeinden	57



8.5.3	Übernahme Liegenschaften durch die neue Trägerschaft	57
8.5.4	Auswirkungen, wenn Betriebe später integriert werden	57
8.6	Finanzierungsgefässe und Ausgleichsmechanismen Zuständigkeitsvarianten	58
8.7	Fazit Zuständigkeiten	59
8.7.1	Situation Langzeitpflege in Bezug auf das Bevölkerungsbedürfnis	59
8.7.2	Wahl der Zuständigkeitsvariante	60
9	Empfehlung	60
9.1	Empfehlung Variante Zuständigkeiten	60
9.2	Empfehlung Folgeprojekt	61
9.2.1	Inhalte Folgeprojekt(e)	61
9.2.2	Projektorganisation Folgeprojekt(e)	62
9.2.3	Zeitplanung Folgeprojekte	63
9.2.4	Geschätzte Projektkosten empfohlene Folgeprojekt(e)	64
10	Vernehmlassung	64
10.1	Dauer und Adressaten	64
10.2	Ergebnisse Vernehmlassung	64
10.3	Fazit	68
10.4	Anpassungen im Bericht aufgrund Vernehmlassung	69
11	Anhang	70
11.1	Literatur- und Quellenverzeichnis	70
11.2	Mitglieder Projektorganisation	72
11.3	Kategorien Betreutes Wohnen nach Curaviva	73
11.4	Angebot Alterswohnungen Kanton Uri	73
11.5	Angebot Betreutes Wohnen Kanton Uri	74
11.6	Details zu Handlungsfeldern mit Priorität 1	75
11.7	Massnahmen zu Handlungsfeldern Prio 1	77
11.7.1	Massnahmen mit neuem Zuständigkeitsmodell	77
11.7.2	Massnahmen Übergangsphase	79
11.8	Detaillierter Vergleich der Zuständigkeiten für alle Varianten	81
11.9	Stärken und Schwächen aller Zuständigkeitsvarianten	82
11.10	Eckwerte zu den priorisierten Zuständigkeitsvarianten	89
11.11	Bewertung Varianten Zuständigkeiten	92



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: EL-Bezieherquote Kt. Uri 65+ total, ambulant und stationär	18
Abbildung 2: Zuständigkeiten in der Langzeitpflege im Kanton Uri	19
Abbildung 3: Pflegeheimplätze pro 1'000 Einwohner:innen 80+ im interkantonalen Vergleich (Stand 2020)	21
Abbildung 4: Pflegeintensität (durchschnittliche Pflegestufe ohne Stufe 0) im interkantonalen Vergleich 2020	21
Abbildung 5: Entwicklung ambulante KLV-Leistungen Kanton Uri 2011 – 2021	22
Abbildung 6: Ambulante KLV-Stunden pro Einwohner:innen 80+ im interkant. Vergleich	22
Abbildung 7: Kundenpfad in der Gesundheitsversorgung (vereinfacht dargestellt)	36
Abbildung 8: Der Mensch im Zentrum der integrierten Versorgung	37
Abbildung 9: Lebensalter, Altersphasen und Übergänge	42
Abbildung 10: Ergebnisse Nutzwertanalyse	54

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Regionale Bevölkerungsentwicklung bis 2035 (in % und absolut)	17
Tabelle 2: Projektierter Bevölkerung und Altersquotient Kanton Uri 2018 - 2040	17
Tabelle 3: Stationäre Pflegeplätze Kanton Uri und durchschnittliche Auslastung	20
Tabelle 4: Kosten Leistungserbringer stationäre LZZP Kanton Uri 2011 – 2021 in TCHF	25
Tabelle 5: Finanzierung Pflegeheime	25
Tabelle 6: Kosten Leistungserbringer amb. KLV + Hilfe zu Hause 2011 – 2021 in TCHF	27
Tabelle 7: Finanzierung ambulante Langzeitpflege und Hilfe zu Hause	27
Tabelle 8: Beiträge Kanton und Gemeinden 2011 – 2022 in TCHF	29
Tabelle 9: Projektion Leistungsmengen «Nullszenario» 2030 - 2040	32
Tabelle 10: «Nullszenario» Beiträge Kanton und Gemeinden in TCHF 2030 – 2040	33
Tabelle 11: Bedürfnisse für angebotsspezifische Zielgruppen	43
Tabelle 12: Strategische Stossrichtungen bezüglich Klient:innenleistungen	45
Tabelle 13: Handlungsfelder nach strategischer Stossrichtung und Priorisierung	46
Tabelle 14: Projektion Leistungsmengen «Sollszenario» 2030 - 2040	48
Tabelle 15: «Sollszenario» voraussichtl. Beiträge Kanton/Gemeinden 2030–2040, TCF	49
Tabelle 16: Voraussichtliche Beiträge Kanton und Gemeinden im «Null- und Sollszenario» in TCHF im Vergleich	50
Tabelle 17: Definitionen zu den Varianten Zuständigkeit	53
Tabelle 18: Auswahl zu den genannten Begründungen zur Variantenwahl	55
Tabelle 19: Vergleich Beiträge Kanton und Gemeinden für Langzeitpflege im «Soll- und im Nullszenario»	59
Tabelle 20: Auswertung Vernehmlassung Frage 2	65
Tabelle 21: Auswertung Vernehmlassung Frage 4	66
Tabelle 22: Auswertung Vernehmlassung Frage 5	66
Tabelle 23: Auswertung Vernehmlassung Frage 7	68
Tabelle 24: Handlungsfelder mit Priorität 1	75
Tabelle 25: Stärken und Schwächen aller Zuständigkeitsvarianten	82
Tabelle 26: Eckwerte zu Zuständigkeitsvarianten V2b, V4b und V6 im Vergleich	89



Vorwort Gesundheitsdirektion Kanton Uri und Urner Gemeindeverband

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser des Schlussberichts «Weiterentwicklung Langzeitpflege Uri»

Es ist eine wichtige Aufgabe der öffentlichen Hand, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten, zu schützen, zu fördern und wiederherzustellen. Die Langzeitpflege bezeichnet die Pflege und Betreuung von Menschen mit Unterstützungsbedarf über einen längeren Zeitraum. Diese Menschen sind wegen ihres hohen Alters, einer Krankheit oder Behinderung nicht mehr in der Lage, alle alltäglichen Aufgaben allein zu bewältigen. Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Langzeitpflege für die Bevölkerung ist daher auch im Kanton Uri eine zentrale Aufgabe der Gemeinden und des Kantons.

In Uri stellen sich uns grosse Herausforderungen. So zum Beispiel die demografische Veränderung, die steigenden Ansprüche der Gesellschaft an die medizinische Versorgung und die damit einhergehende Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, aber auch der hohe Bedarf nach gut ausgebildeten Fachkräften, die Nachfrage nach neuen Wohnformen und die Veränderung der familiären Betreuungsstrukturen. Es braucht in unserem Kanton tiefgreifende Veränderungen im bisherigen System, um die genannten Herausforderungen bewältigen zu können. Damit wollen wir auch längerfristig eine bedürfnisgerechte und finanzierbare Versorgung in der Langzeitpflege sicherstellen.

Mit vereinten Kräften wollen Kanton und Gemeinden erreichen, dass wir auch in Zukunft unserer pflegebedürftigen Bevölkerung ein selbstbestimmtes und würdevolles Leben ermöglichen können.

Der Kanton und die Gemeinden haben beschlossen, die vielfältigen Herausforderungen der Langzeitpflege im Rahmen des Projekts «Weiterentwicklung Langzeitpflege Uri» gemeinsam anzugehen. Das Projekt wurde von verschiedenen Gremien bearbeitet und erreicht nun einen ersten wichtigen Meilenstein. Am vorliegenden Bericht haben zahlreiche Vertreter und Vertreterinnen aus Gemeinden, Kanton und Institutionen mitgearbeitet. Ihnen allen gebührt ein grosser Dank.

Wir sind überzeugt, dass wir mit dem Projekt «Weiterentwicklung Langzeitpflege Uri» auf dem richtigen Weg sind. Das visionäre Ziel «alles aus einer Hand» weist uns die strategische Richtung. Wir sind uns auch bewusst, dass die Umsetzung der Empfehlungen und Massnahmen für den Kanton Uri grosse Bedeutung und weitreichende Folgen hat. Im Verbund von Kanton und Gemeinden wollen wir diesen komplexen Bereich angehen und für die pflegebedürftige Bevölkerung gute Versorgungslösungen finden. Gemeinsam gestalten wir die Zukunft.

Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion
Christian Arnold, Regierungsrat

Urner Gemeindeverband
Bruno Gamma, Präsident



1 Management Summary

Ausgangslage und Auftrag

Im Kanton Uri sind die Zuständigkeiten für ambulante und stationäre Langzeitpflege zwischen Kanton und Gemeinden aufgeteilt. Diese Aufteilung erschwert jedoch die Umsetzung von integrierten Versorgungsmodellen. Ein gemeinsames Projekt von Kanton und Gemeinden soll daher die Neuorganisation der Langzeitpflege prüfen und Empfehlungen zur Umsetzung geben.

Ziel ist es, Varianten für die Neuorganisation der Langzeitpflege im Kanton Uri mit Empfehlungen zur Umsetzung zu entwickeln. Die Eckpunkte sollen integrierte und koordinierte Langzeitpflegeversorgung (stationär und ambulant) aus «einer Hand» und Grundsätze / Regeln der fiskalischen Äquivalenz und Subsidiarität berücksichtigen.

IST-Analyse

- *Stationäres Angebot (Kap.4.4.2):* Im Kanton Uri gibt es neun Pflegeheime mit 551¹ Plätzen für Langzeit- und Kurzeintaufenthalte. Die Auslastung war bei der Mehrheit der Heime in den letzten 10 Jahren über 97 %. Auch aktuell ist die Auslastung sehr hoch. Der Anteil der Personen ohne oder mit leichtem Pflegebedarf (KLV-Stufen 0 – 2) ist zwar in den letzten Jahren gesunken, ist aber im interkantonalen Vergleich mit gut 20 % immer noch hoch. Das Angebot an stationären Pflegeplätzen ist im interkantonalen Bereich sehr hoch.
- *Ambulantes Angebot (Kap.4.4.4):* Trotz starker Steigerung in den letzten 10 Jahren ist die Inanspruchnahme von Spitexleistungen im Kanton Uri im interkantonalen Vergleich sehr tief. Auch wenn dahinter möglicherweise auch kulturelle Gründe eine Rolle spielen, dürfte hier noch ein beträchtliches Potenzial bestehen. Der Marktanteil der Spitex Uri ist mit 88 % (Stand 2021) trotz mittlerweile mehrerer Mitbewerber hoch. Aufgrund von Versorgungsauftrag und Aufnahmepflicht für den ganzen Kanton sowie Grösse und Topographie des Kantons dürfte die Spitex Uri auch weiterhin eine starke Stellung innehaben.
- *Kosten und Beiträge (Kap.4.5):* Die direkten Kosten der Pflegeheime betrugen 2021 CHF 49.5 Mio. und für ambulante Pflege CHF 7.2 Mio., dazu kommen noch diverse ergänzende Angebote. Die kumulierten Beiträge der öffentlichen Hand für alle Leistungen betrugen 2021 CHF 17.8 Mio. (im Jahr 2022 CHF 18.9 Mio.).

Marktentwicklung

- *Demographischer Wandel (Kap.4.1):* Die Altersgruppe 65+ nimmt von 2018 bis 2040 um 41 % zu, die Altersgruppe 80+ um 82 %. Gemäss heutigem Kenntnisstand wird der Peak beim Anteil Hochaltriger ca. 2035 bis 2045 erreicht.
- *Politökonomische Trends (Kap. 5.1.1):* «Einheitliche Finanzierung Ambulant-Stationär» (E-FAS) sowie «Ergänzungsleistungen für Betreutes Wohnen» werden die Zusammenarbeit von ambulanter und stationärer Pflege beeinflussen. Integrierte Versorgung (Kap. 5.1.3)

¹ Zuzüglich 15 „Notbetten“



wird landesweit zunehmend realisiert. Dies auch vor dem Hintergrund des zentralen Bedürfnisses der Bevölkerung (plakativ formuliert das «Oberziel») «So lange wie möglich (zu Hause) selbstbestimmt leben und wohnen» (Kap. 6). Die Gestaltung von Beratungs-, Betreuungs-, Wohn- und Pflegeangeboten berücksichtigen die jeweiligen Bedürfnisse und Notwendigkeiten in der entsprechenden Altersphase durch zielgruppenspezifische (Wohn-)Angebote.

- *Integrierte Versorgung* (Kap. 5.1.3: Prozesse sollen so über die Versorgungsstufen optimiert werden. Am Anfang der Versorgungskette steht Beratung mit möglichst früher Erfassung und massgeschneiderten individuellen Lösungen. Bei Unternehmen der integrierten Versorgung erfolgt die Leistungserbringung über das ganze Unternehmen durchgängig koordiniert, das Weisungsrecht innerhalb der Unternehmung vereinfacht dies.
- *Fachkräftebedarf*: Eine der wichtigsten Herausforderungen, die sich auch aus der demografischen Entwicklung ergibt: Markante Erhöhung der Lebenserwartung seit den 1960er Jahren in allen europäischen Ländern, verbunden mit einem starken Rückgang der Geburtenrate.

Strategie Langzeitpflege Uri

Die Vision, dass die ältere Bevölkerung im Kanton Uri möglichst lange ein selbständiges und selbstbestimmtes Wohnen und Leben führen kann, basiert auf deren Bedürfnissen und dem WHO-Modell des «Gesunden Alterns» (Kap. 7.1). Sechs strategische Stossrichtungen, unter anderem «Stationär halten und differenzieren», «Intermediär ausbauen» oder «Beratung / Koordination schaffen» (Kap. 7.3) sollen helfen, die diesbezügliche Zielerreichung zu strukturieren. Zu diesen Stossrichtungen wurden Handlungsfelder und Massnahmen abgeleitet und priorisiert (Kap. 7.4).

Projektion Leistungsmengen und Beiträge

Die Projektion der Leistungsmengen und der Beiträge Kanton und Gemeinden wurde für ein «Nullszenario» (Kap. 4.8) und ein «Sollszenario» (Kap. 7.5) gerechnet. Der Bedarf im «Sollszenario» geht per 2040 von rund 615 stationären Plätzen (davon 14 für Kurzaufenthalte) sowie rund 189 Plätzen im Betreuten Wohnen aus. Die Beiträge für Kanton und Gemeinden werden durch die demographische Entwicklung aber auch durch die nichtdemographischen Kostentreiber bis 2040 massiv ansteigen. Die konsequente Umsetzung der strategischen Stossrichtungen im Rahmen einer integrierten Versorgung soll helfen, diesen Kostenanstieg zu bremsen (Beiträge Kanton und Gemeinden im «Nullszenario» 2040: CHF 52.9 Mio. gegenüber «Sollszenario» 2040: CHF 41.7 Mio.).

Varianten Zuständigkeiten Langzeitpflege

- *Varianten und ihre Bewertung* (Kap. 8.3):
 - Um die Versorgungskette in der Langzeitpflege (siehe Kap. 4.4.1) optimal zu gestalten, spielt es weniger eine Rolle, ob Kanton oder Gemeinden diese Verantwort-



tung tragen, sondern dass die Vergabe und die Finanzierung von Leistungsaufträgen für ambulante, intermediäre und stationäre Dienstleistungen entsprechend koordiniert sind (bis hin zu «alles aus einer Hand») und Interessenskonflikte und Koordinationsaufwand aufgrund von unterschiedlichen Zuständigkeiten möglichst minimiert werden. Zudem sollen die Kosten- und Entscheidungsträger deckungsgleich sein, sodass fiskalische Äquivalenz («Wer zahlt, befiehlt – wer befiehlt, zahlt») und damit Kongruenz in Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung (AKV) erreicht wird.

- Im Rahmen des Projekts wurden acht Varianten der Zuständigkeit erarbeitet (siehe Tabelle 17, Seite 53). Alle Varianten wurden in einer Nutzwertanalyse vergleichend bewertet, Ergebnis siehe Abbildung 10 (Seite 54). Dabei schnitten die folgenden drei Varianten mit Abstand am besten ab, wobei alle drei die Kombination von Zuständigkeit und Trägerschaft vorsehen:
 - V2b Zuständigkeit und Trägerschaft **beim Kanton**
 - V4b Zuständigkeit und Trägerschaft **bei einem Verbund der Gemeinden**
 - V6 Zuständigkeit und Trägerschaft **bei einem paritätischen Verbund von Kanton und Gemeinden**
- Nur diese drei Varianten erlauben das Erreichen einer sorgfältig abgestimmten und damit integrierten Versorgung aus einer Hand.
- Die Eckwerte zu den drei Varianten V2b, V4b und V6 wie z.B. Organisation, Integration einzelner Betriebe, Abläufe, Koordination / Steuerung oder demokratisch legitimierte Aufsicht sind im Anhang 11.10 beschrieben.
- Die Variantenpräferenzen wurden am Workshop vom 22.06.2023 mittels Fragebogen abgefragt (Auswertung siehe Kap. 8.4). Mehrheitlich wird «V6 Verbund Kanton und Gemeinden» präferiert, bei Gemeindevertreter:innen noch akzentuierter.
- *Finanzierungsgefässe und Ausgleichsmechanismen (Kap. 8.6):* Ein Ausgleich zwischen Kanton und Gemeinden über den «Finanz- und Lastenausgleich (FiLa)» wird wegen der zu erwartenden Grössenordnung als nicht praktikabel erachtet. Deshalb müsste ein allfälliger Ausgleich zwischen Kanton und Gemeinden über eine veränderte Steueraufteilung erfolgen. Bei der Zuständigkeitsvariante «V6 Verbund Kanton und Gemeinden» mit paritätischer Aufteilung, ist ein Ausgleichsmechanismus aufgrund des derzeitigen Verhältnisses der Kosten zwischen Kanton und Gemeinden (Stand 2022: je 50 %-Anteil) nicht relevant.

Empfehlungen der Steuergruppe

- *Variante Zuständigkeiten:* Die aktuelle Situation im Langzeitbereich im Kanton Uri ist für die Unterstützung des «Oberziels» der Bevölkerung zumindest nicht förderlich: Unterschiedliche Zuständigkeiten ambulant – stationär, starke Betonung des stationären Sektors, Lücken beim Angebot oder kaum strukturierte sektorübergreifende Zusammenarbeit. Allerdings ist die Umsetzung der genannten Unterstützung äusserst komplex. Der Schlüssel liegt in einer einheitlichen Kombination von Zuständigkeit und Trägerschaft. Sie erlaubt den Aufbau eines Unternehmens der integrierten Versorgung im Langzeitbereich. Für die



Umsetzung empfiehlt die Steuergruppe die Variante 6 «Gemeinsamer Verbund Gemeinden / Kanton mit Zuständigkeit und Trägerschaft»

- *Weiteres Vorgehen:* In einem Folgeprojekt (siehe Kap.9.2) ab Dezember 2024 sollen einerseits das Detailkonzept für die neue Trägerschaft und andererseits jene Massnahmen weiterentwickelt werden, die rasch umgesetzt werden müssen. Der Gesetzgebungsprozess soll dabei parallel erfolgen. Die Projektorganisation soll dabei analog jener zum vorliegenden Projekt strukturiert werden. Der Zeitplan sieht eine Urnenabstimmung ca. auf Anfang 2028 vor.
- *Projektkosten:* Die Kosten des Projekts werden auf rund CHF 300'000 inkl. MWST geschätzt (externe Projektleitung sowie Kosten für Veranstaltungen und Kommunikation). Diese Kosten sollen – wie beim vorliegenden Projekt – paritätisch vom Kanton und den Urner Gemeinden übernommen werden.

Ergebnisse der Vernehmlassung

Die Vernehmlassung lief von November 2023 bis Februar 2024. Von total 52 Adressaten haben 33 eine Stellungnahme eingereicht (15 Gemeinden, 6 politische Parteien und 12 Institutionen bzw. Interessengemeinschaften und Organisationen). Ergebnisse (Kap. 9.2.4):

- *Allgemeines:* Nahezu alle Vernehmlassungsteilnehmer:innen äusserten sich grundsätzlich positiv zu den Vorschlägen betreffend Weiterentwicklung der Langzeitpflege im Kanton Uri.
- *Vereinheitlichung Zuständigkeiten:* Die Vereinheitlichung der Zuständigkeiten in der Langzeitpflege mit Schaffung einer integrierten Langzeitpflegeversorgung über das ganze Kantonsgebiet («alles aus einer Hand»), wird 31-mal bejaht. Dabei wird die von der Steuergruppe empfohlene Zuständigkeitsvariante V6 von 22 Vernehmlassungsteilnehmer:innen befürwortet. Von den Gemeinden folgen alle bis auf eine der Empfehlung der Steuergruppe.
- *Finanzierungsschlüssel:* Mit 25 Stellungnahmen ebenfalls breit befürwortet wird der vorgeschlagene paritätische Finanzierungsschlüssel. Einzelne liessen die Frage offen oder halten die Thematisierung für verfrüht.
- *Massnahmen Übergangsphase:* Ebenso positiv fielen die Rückmeldungen auf die Frage nach den «Massnahmen in der Übergangsphase» aus (30 Stimmen «ja», 3 keine Angabe).
- *Folgeprojekt:* Alle Vernehmlassungsteilnehmer:innen, die sich dazu geäussert haben (30), befürworten die Absicht, dass Kanton und Gemeinden ab Sommer 2024 das Folgeprojekt gemeinsam starten und finanzieren.

Die eingereichten Stellungnahmen vermitteln insgesamt eine sehr breite Zustimmung. Sie zeigen auf, worauf im Folgeprojekt besonders zu achten sein wird: Den Risiken einer Monopolstellung ist angemessen zu begegnen und die Integration der bereits bestehenden Ressourcen und Angebote hat umsichtig zu erfolgen.

Trotz kritischer Voten ist kein eigentlicher Widerstand gegen die Stossrichtung des Projekts erkennbar. Die diversen Vorschläge und Anregungen zu prüfen, wird Gegenstand des Folgeprojekts sein. Eine gute Kommunikation und die angemessene Zusammensetzung der Projektgruppe für das Folgeprojekt sind dabei wichtige Erfolgsfaktoren.



2 Ausgangslage

2.1 Anlass zum Projekt

Gemäss kantonaler Rechtsgrundlage sind im Kanton Uri die staatlichen Zuständigkeiten für ambulante Langzeitpflege beim Kanton und für stationäre Langzeitpflege und Wohnen im Alter bei den Gemeinden. Dabei ist die Sicherstellung der Langzeitversorgung mit mannigfaltigen Herausforderungen konfrontiert. Die gegenwärtige Aufgabenteilung zwischen ambulanter und stationärer Langzeitpflege erschwert die Realisierung von zukunftsgerichteten integrierten Versorgungsmodellen und hemmt die notwendige institutionen-übergreifende Planung, Steuerung, Koordination und Kooperation.

Im Rahmen des Projekts «Anpassung und Überarbeitung des kantonalen Finanz- und Lastenausgleichs in Zusammenarbeit mit den Urner Gemeinden» wurde erkannt, dass der Bereich «Langzeitpflege» sehr komplex und vielschichtig ist. Es gibt zahlreiche direkte und indirekte Zusammenhänge zwischen ambulanter und stationärer Langzeitpflege mit entsprechenden finanziellen Konsequenzen. Eine Prüfung der künftigen Aufgabenteilung im Bereich Langzeitpflege soll daher als separates und gemeinsames Projekt (vorliegender Bericht) von Kanton und Gemeinden durchgeführt werden. Es sollen Varianten für die Neuorganisation der Langzeitpflege im Kanton Uri und Empfehlungen zur Variantenwahl und zur Umsetzung dargestellt werden. Bei den Varianten soll aufgezeigt werden, welche Aufgaben und Kompetenzen die verschiedenen Akteure (Kanton, Gemeinden, Leistungserbringer) haben werden und welche Konsequenzen sich daraus ergeben.

Am 24. September 2014 reichte Landrätin Marlies Rieder ein Postulat ²zur aktuellen Situation der Pflegebetten im Kanton Uri und zur Zukunft der Alterspflege im Kanton Uri ein. Der Regierungsrat wird mit dem parlamentarischen Vorstoss ersucht, einen Bericht über die aktuelle sowie zukünftige Situation der Langzeitpflegeplätze im Kanton Uri zu erstellen. Mit dem vorliegenden Bericht soll dem Anliegen des Postulats Rieder Rechnung getragen werden. Zudem reichte am 28. September 2022 Landrätin Nora Sommer, Altdorf, eine Interpellation ³zu Palliative Care im Kanton Uri ein. Im vorliegenden Bericht werden einzelne Massnahmen aufgeführt und zur Umsetzung empfohlen, die auch in der Interpellationsbeantwortung enthalten sind.

2.2 Vorarbeiten

Zum Thema «Alter» wurde in Uri in den letzten rund 15 Jahren schon sehr viel gemacht. Neben der laufenden Bearbeitung des Finanz- und Lastenausgleichs sind Erkenntnisse aus folgenden Berichten wichtig:

- Altersleitbild Uri (März 2005)
- Bericht «Gesundheitsförderung im Alter» (Lüönd E., 2017)
- Projekt Zukunft Alter Uri (Hochschule Luzern, 2017)
- Aktionsplan Demenz Kanton Uri 2017 bis 2023 (Freivogel Kayser M., 2017)

² <https://www.ur.ch/politbusiness/21527>

³ <https://www.ur.ch/politbusiness/95282>



- Aktionsplan Palliative Care Uri (Jenny A., 2020)
- «Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2020–2040“ (Obsan, Dezember 2020)

3 Auftrag

3.1 Ziele

Entwicklung und Bewertung von Modellen oder Varianten für die Neuorganisation der Langzeitpflege im Kanton Uri, mit Empfehlungen zur Variantenwahl und zur Umsetzung. Bei den Modellen / Varianten soll aufgezeigt werden, welche Aufgaben und Kompetenzen die verschiedenen Akteure (Kanton, Gemeinden, Leistungserbringer) haben werden und welche Konsequenzen sich daraus ergeben.

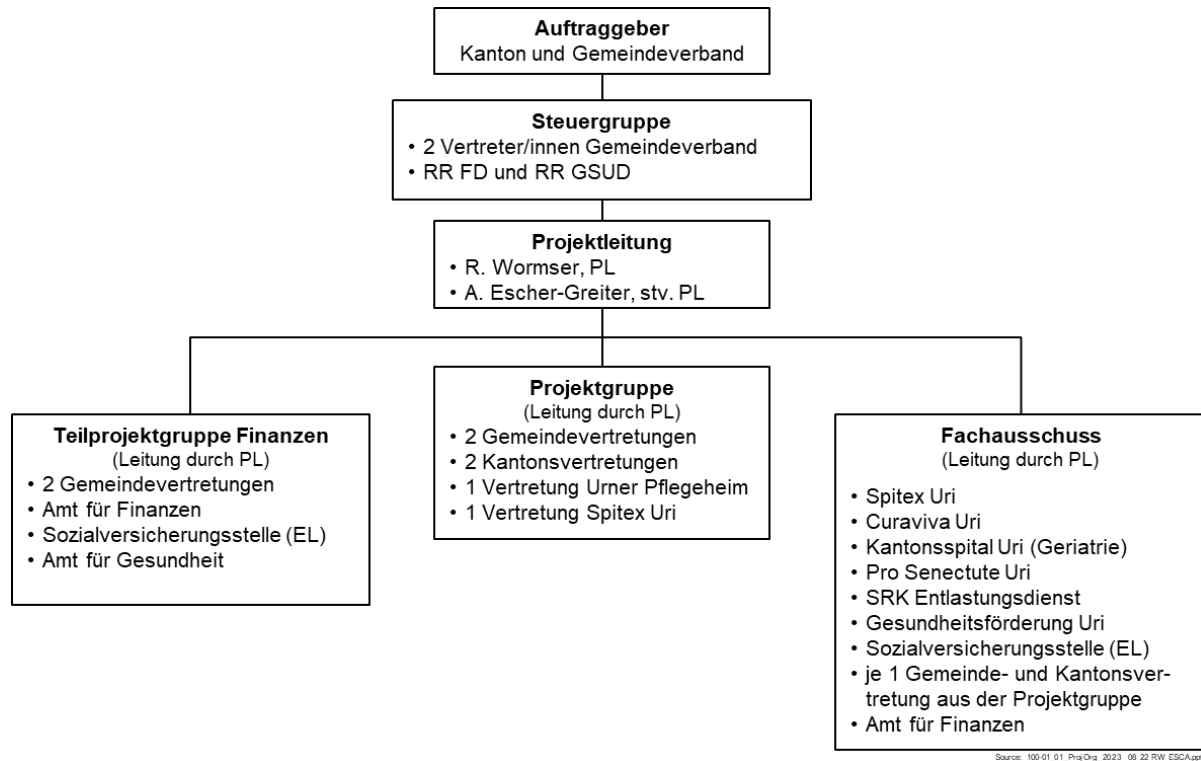
Die Modelle / Varianten sollen namentlich folgende Eckpunkte berücksichtigen:

- integrierte und koordinierte Langzeitpflegeversorgung (stationär und ambulant) aus «einer Hand»
 - o Planung und Steuerung
 - o Institutionsübergreifend
 - o spezialisierte Pflegeleistungen
 - o inkl. Entlastungsangebote für pflegende Angehörige (Entlastungsdienst SRK, Tagesheim, Mahlzeitendienst etc.)
 - o Einbezug von Wohnen im Alter in geeigneter Form
- Grundsätze/Regeln der fiskalischen Äquivalenz und Subsidiarität



3.2 Projektorganisation

Die Projektorganisation war wie folgt:



Details zu den Mitgliedern der Projektorganisation sind im Anhang 11.2 ersichtlich.

Die Steuergruppe prüft die Ergebnisse der Meilensteine und trifft allfällig notwendige Zwischenentscheide. Die Projektgruppe bringt fachliches Know-how ein, erarbeitet auf Vorschlag der Projektleitung Konzeptentwürfe, entscheidet gemeinsam mit der Projektleitung über einzelne Arbeitspakete von Teilprojektgruppen (TPGr) und integriert deren Ergebnisse. Die TPGr Finanzen bearbeitet die finanziell relevanten Themen und erarbeitete die Projektion zu den voraussichtlichen finanziellen Auswirkungen. Die Aufgaben der TPGr Bedürfnisse / Markt wurde direkt in der Projektgruppe bearbeitet. Der Fachausschuss gibt aus Kundensicht und aus Sicht der Leistungserbringenden zuhanden der Projektleitung und der Projektgruppe Rückmeldungen zu (Zwischen-) Ergebnissen im Projekt.

3.3 Projektablauf

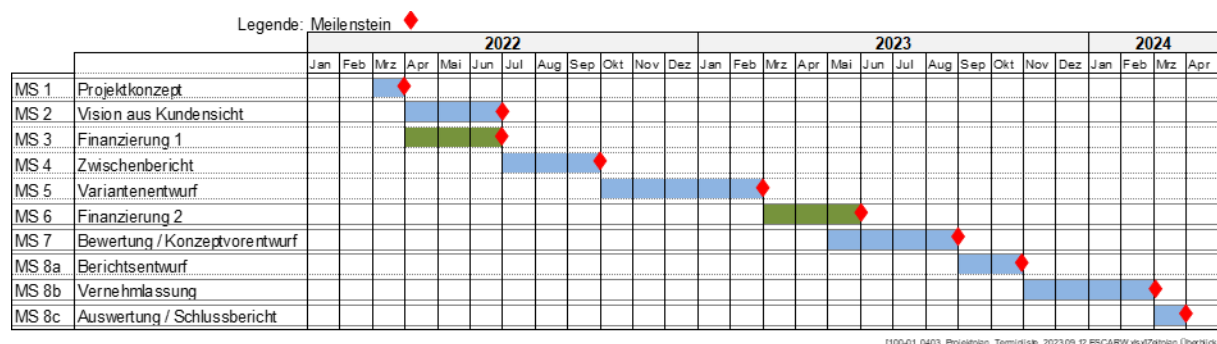
Projektschritte und Meilensteine (MS) :

- MS 1 Projektkonzept: Projektscope, -planung und -organisation festgelegt und IST-Analyse erstellt.
- MS 2 Vision: Vision aus Kundensicht organisationsneutral skizziert (Zielgruppen und ihre Bedürfnisse, voraussichtliche Marktentwicklung, Vision, SWOT und Handlungsfelder / Ideenspeicher).



- MS 3 Finanzierung 1: Konzept Darstellung Finanzierung erstellt und „Nullszenario“ (d.h. voraussichtliche Entwicklung ohne Massnahmen) geschätzt.
- MS 4 Zwischenbericht
- MS 5 Variantenentwurf Neuorganisation Langzeitpflege
- MS 6 Finanzierung 2: Soweit möglich Auswirkungen Neuorganisation skizziert.
- MS 7 Bewertung / Konzeptentwurf: Varianten qualitativ bewertet.
- MS 8 Schlussbericht: Dieser MS wurde – um die Vernehmlassung einzuschliessen – in drei Teile aufgeteilt:
 - o MS 8a Berichtsentwurf in zwei Versionen, d.h. Hauptbericht und interne ausführliche Version
 - o MS 8b Vernehmlassung
 - o MS 8c Schlussbericht

Die Projektabwicklung erfolgte in diesem Zeitplan (Stand: 05.06.2023):



4 Ist-Analyse Langzeitpflege im Kanton Uri

4.1 Demographische Entwicklung Kanton Uri

Für den Kanton Uri ergeben sich bis 2050 je nach gewähltem Szenario für die Bevölkerungsentwicklung ein moderates weiteres Wachstum («Hohes» Szenario), eine Stagnation (Referenzszenario) oder ein Rückgang («Tiefes» Szenario) der Bevölkerung. Die regionalisierte Bevölkerungsprognose (Amt für Raumentwicklung Uri, 2020) basiert auf dem «tiefen» Szenario und rechnet bis 2035 mit einem Bevölkerungswachstum von rund 7 % (stärkster Zuwachs prozentual im Urserental, stärkster Zuwachs absolut im Unteren Reusstal Nord).



Tabelle 1: Regionale Bevölkerungsentwicklung bis 2035 (in % und absolut)

	2018	2025	2030	2035	2018-2035	
					(absolut)	(in %)
Urserntal	1'729	1'962	2'110	2'186	457	26.4
Oberes Reusstal	1'386	1'423	1'452	1'461	75	5.4
Schächental	1'546	1'477	1'436	1'387	-159	-10.3
Unteres Reusstal Süd	5'737	5'783	5'842	5'847	110	1.9
Unteres Reusstal Nord	24'357	25'368	25'993	26'288	1'931	7.9
Seegemeinden	1'678	1'741	1'779	1'778	100	6.0
Total Uri	36'433	37'754	38'611	38'947	2'514	6.9

Quelle: Kanton Uri, Justizdirektion, Amt für Raumentwicklung, Bevölkerungsprognose Kanton Uri (2020), S. 15

Die Anzahl Personen 65+ nimmt aufgrund der steigenden Lebenserwartung bis 2040 gegenüber 2018 um 41 % zu, bei der Altersgruppe 80+ beträgt die Zunahme +82 % (Obsan, 2020). Ab 2030 wird aufgrund des sinkenden Geburtenniveaus ab 1965 («Pillenknicke») mit einem abgeschwächten Wachstum bzw. Rückgang der Anzahl Personen 65+ gerechnet.

Der Altersquotient (Verhältnis Personen im Rentenalter zu Personen im erwerbsfähigen Alter) steigt von 34 % im Jahr 2018 (CH: 30 %) auf 51 % (CH: 43.6%) im Jahr 2040. In der Region Uri Nord ist der Anstieg ausgeprägter als in der Region Süd.

Tabelle 2: Projektierter Bevölkerung und Altersquotient Kanton Uri 2018 - 2040

		2018		2020		2025		2030		2035		2040	
		Bevölkerung	Index	Prognose	Index	Prognose	Index	Prognose	Index	Prognose	Index	Prognose	Index
Uri_sued*	20-64	5197	100	5257	101	5336	103	5313	102	5255	101	5128	99
	65-79	1450	100	1503	104	1572	108	1722	119	1771	122	1702	117
	80+	638	100	614	97	663	105	707	112	800	127	864	137
	65+	2088	100	2117	102	2235	107	2429	117	2570	123	2566	123
	Altersquotient	40%		40%		42%		46%		49%		50%	
Uri_nord**	20-64	16454	100	16469	100	16192	98	15951	97	15725	96	15504	94
	65-79	3982	100	4184	105	4754	119	5186	130	5333	134	5144	129
	80+	1372	100	1413	103	1715	125	2075	152	2401	175	2787	204
	65+	5354	100	5597	105	6469	121	7261	136	7735	145	7931	148
	Altersquotient	33%		34%		40%		46%		49%		51%	
Uri Total	20-64	21651	100	21726	100	21528	99	21264	98	20980	97	20632	95
	65-79	5432	100	5687	105	6326	116	6908	127	7104	131	6846	126
	80+	2010	100	2027	101	2378	119	2782	139	3201	160	3651	182
	65+	7442	100	7714	104	8704	117	9690	130	10305	139	10497	141
	Altersquotient	34%		36%		40%		46%		49%		51%	

[100-01_06_PHP_UR_Tabellen_neu_2022 02 28 ESCA-KS]tab2

Quelle: BFS: STATPOP 2018, Kanton Uri 2020

Uri_sued*: Pflegeheimregionen Urserntal, Oberes Reusstal, Silenen, Erstfeld

Uri_nord*: Pflegeheimregionen Schächental, Schattdorf, Attinghausen, Bürglen, Altdorf, Seedorf, Flüelen, Seegemeinden



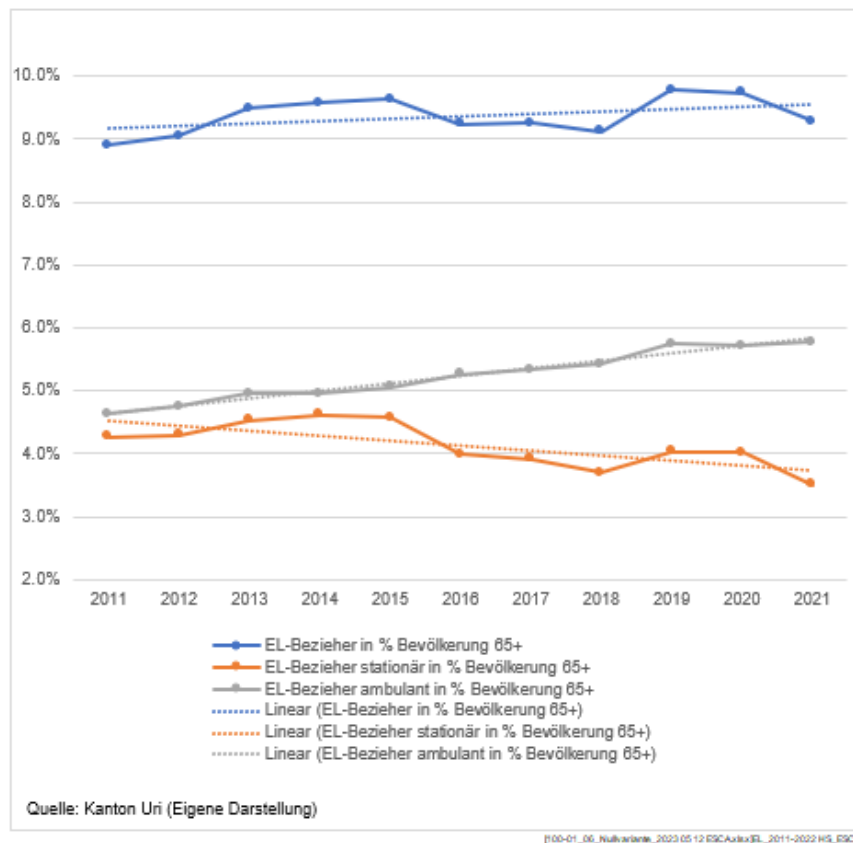
4.2 Sozioökonomische Situation – Ergänzungsleistungen

Im Kanton Uri nehmen 9 % der Personen, die AHV beziehen, zusätzlich Ergänzungsleistungen in Anspruch («EL-Bezieherquote»). Im Kanton AI sind dies lediglich 7 %, im Kanton BS 20 % (BSV, 2021). Zwischen diesen beiden Extremen liegen die Werte der anderen Kantone: Kantone TI, Westschweiz: > 15 %, Kantone NW, GR, VS, ZG < 9 %).

Die EL werden aus allgemeinen Steuermitteln finanziert. Der Bund beteiligt sich zu 32,6 Prozent an den EL-Ausgaben, die Kantone übernehmen den Rest. Bei Personen im Heim wird der Anteil der Existenzsicherung in einer sogenannten Ausscheidungsrechnung ermittelt: Dabei wird berechnet, wie hoch die EL wäre, wenn die Person zu Hause statt im Heim leben würde. An der Existenzsicherung beteiligt sich der Bund zu fünf Achtel. Die über die Existenzsicherung im Heim hinausgehenden Kosten – die sogenannten heimbedingten Mehrkosten – finanzieren die Kantone. Im Kanton Uri leisten die Gemeinden keine Beiträge an die heimbedingten Mehrkosten der EL.

Die EL spielen eine wichtige Rolle bei der Finanzierung eines Heimaufenthalts. Zusammen mit den Leistungen der Krankenversicherung und teilweise der öffentlichen Hand decken sie die Kosten, die das Budget von Rentenbeziehenden übersteigen (siehe Kap. 4.5.1). Im Kanton Uri beziehen rund 55 % der Heimbewohner:innen Ergänzungsleistungen. Durch die Erhöhung des Eintrittsalters in ein APH stieg zwar die Anzahl EL-Bezüger:innen stationär absolut an, nahm aber im Verhältnis zur Bevölkerung 65 + ab.

Abbildung 1: EL-Bezieherquote Kt. Uri 65+ total, ambulant und stationär





4.3 Zuständigkeiten

Im Kanton Uri ist der Kanton für die ambulanten⁴ Langzeitpflege (LZP) zuständig und die Gemeinden für die stationären⁵ LZP.

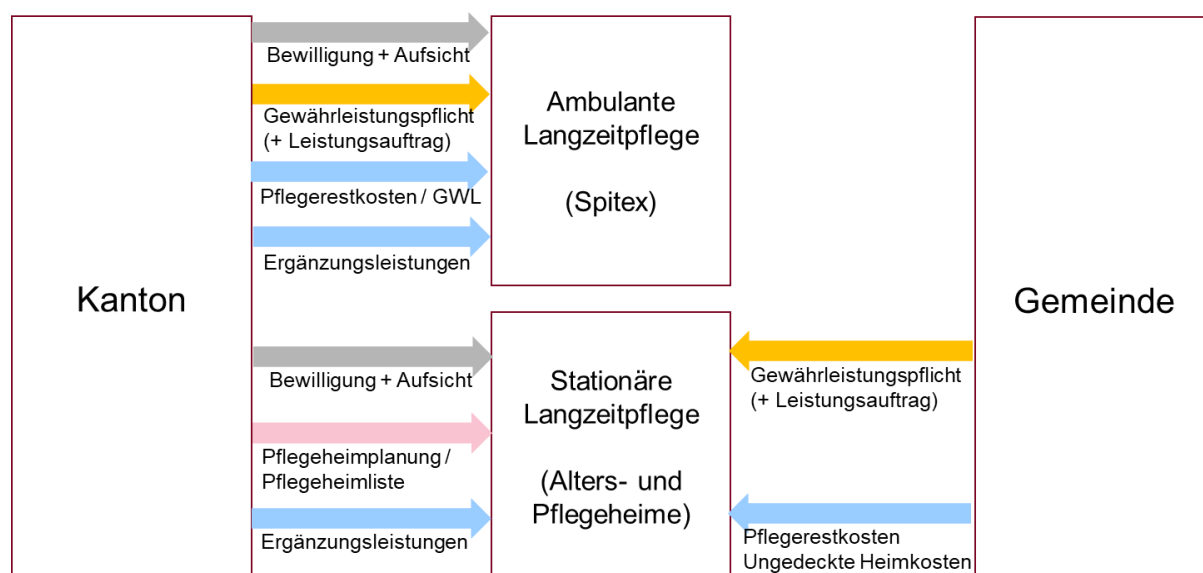
Der Verein "Spitex Uri" ist die einzige Organisation, die die ambulante LZP durch eine Leistungsvereinbarung vom Kanton übertragen bekommt. Private Spitexorganisationen und selbstständige Pflegefachpersonen können ihre Leistungen nach KLV abrechnen, haben jedoch keine Leistungsvereinbarungen.

Die Gemeinden übertragen die stationäre LZP durch eine Leistungsvereinbarung an lokale, gemeinnützige Pflegeheime im Kanton. Es gibt keine privaten (gewinnorientierten) Pflegeheime im Kanton. Der Kanton ist für die Betriebsbewilligung und Aufsicht zuständig und plant das Angebot in der stationären LZP über die Pflegeheimliste.

Die Einwohnergemeinden haben mit dem Kantonsspital Uri (KSUR) einen separaten Leistungsauftrag abgeschlossen für Patienten, bei denen die Spitalbedürftigkeit nicht mehr gegeben ist: Einerseits für schwerpflegebedürftige Personen, die in keinem APH in Uri gepflegt werden können, andererseits für sogenannte «Wartepatient:innen», bei denen die Verlegung in ein APH mangels verfügbarem Bettenangebot nicht möglich ist.

Die Finanzierung der Langzeitpflege erfolgt durch Beiträge der pflegebedürftigen Personen bzw. ihrer Krankenversicherer sowie durch Beiträge der öffentlichen Hand in Form von EL, ambulanten Pflegerestkosten (Kanton) und gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Kanton) sowie der Übernahme der stationären Pflegerestkosten bzw. ungedeckten Heimkosten (Gemeinden).

Abbildung 2: Zuständigkeiten in der Langzeitpflege im Kanton Uri



100-01_0602_Graphiken Bericht_2023 08.08.2023

⁴ Art. 4 Gesetz über die Langzeitpflege

⁵ Art. 5 Gesetz über die Langzeitpflege



Die Akut- und Übergangspflege (AÜP) im Kanton Uri ist gemäss den Vorgaben der Spitalfinanzierung (Art. 25a Abs. 2 KVG) geregelt⁶. Klient:innen im Pflegeheim müssen selbst für die Kosten für Betreuung und Hotellerie aufkommen. AÜP wird im Kanton Uri kaum verordnet und daher nicht angeboten.

Der Kanton stellt die Behindertenhilfe sicher⁷ und delegiert diese über eine Leistungsvereinbarung an die Institutionen «Stiftung Behindertenbetriebe Uri» und «Stiftung Phönix» (spezialisiert auf Menschen mit psychischer Behinderung).

4.4 Organisation und Angebot

4.4.1 Übersicht Versorgungskette

Ältere Menschen möchten so lange wie möglich in ihrer Wohnung bleiben. Körperliche und geistige Fähigkeiten bestimmen, was ältere Menschen noch tun können. Selbsthilfeangebote fördern Eigenverantwortung und Gesundheitsbewusstsein. Betreuung und Pflege wird oft von Angehörigen geleistet, daher sind Informationen und Entlastungsangebote wichtig. Mit steigendem Betreuungs- und Pflegebedarf werden ambulante und stationäre Angebote wichtiger. Die Betreuungs- und Pflegeangebote sowie die entsprechenden Wohnformen bewegen sich zwischen den Parametern Sicherheit und Autonomie bzw. Fremdbestimmung.

4.4.2 Stationäre Langzeitpflege

Im Kanton Uri gab es per Stand Oktober 2023 neun Pflegeheime mit insgesamt 551 Plätzen zuzüglich 15 «Notbetten», sowie einen Platz im Hospiz Zentralschweiz (Luzern) für Palliative Care. Die Geriatrie im KSU mit zuletzt 36 Plätzen wurde 2020 geschlossen. Die Auslastung ist in der Regel hoch.

Tabelle 3: Stationäre Pflegeplätze Kanton Uri und durchschnittliche Auslastung

Institution	Sitz	Rechtsform	2021		2022		2023		
			Plätze	Auslastung	Plätze	Auslastung	Plätze	"Notbetten"	Max. Kapazität
Alters- und Pflegeheim Rosenberg	Altdorf	öffentlich-rechtlich Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit	130	85.2	120	94.8	120	10	130
Pflegewohngruppe Höfli	Altdorf	Stiftung	25	100.0	25	99.8	33	0	33
Senioren- und Gesundheitszentrum Ursern	Andermatt	Stiftung	33	96.5	34	98.9	36	0	36
Regionales Alters- und Pflegeheim Gosmergärtä	Bürglen	öffentlich-rechtlich Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit	68	98.3	68	99.6	68	2	70
Spannort Wohnen, Begleiten, Pflegen	Erstfeld	öffentlich-rechtlich Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit	80	97.1	78	97.3	78	0	78
Stiftung Pflegezentrum Urnersee	Flüelen	Stiftung	58	99.5	58	98.9	59	0	59
Seerose begleitet sein im Alter	Flüelen	öffentlich-rechtlich Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit	33	98.2	33	99.3	33	0	33
Alters- und Pflegeheim Rüttigarten	Schattdorf	öffentlich-rechtlich Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit	84	100.0	84	100.0	84	1	85
Seniorenzentrum Oberes Reusstal	Wassen	Stiftung	40	97.0	40	94.3	40	2	42
Total			551	95.3	540	97.7	551	15	566

Quelle: SOMED für Daten 2021 und 2022, GSUD für Daten 2023, Stand Oktober (eigene Darstellung)

[100-01_06_Liste APH 2020_2023 10 04 ESCA RW.xlsx]APH Plätze_2021_2022_2023

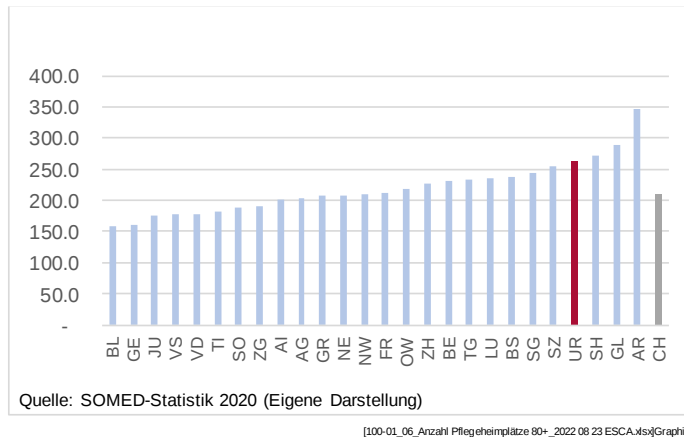
⁶ Verordnung über die Akut- und Übergangspflege

⁷ Art. 40 Gesetz über die öffentliche Sozialhilfe und Art. 4 bis 7 Verordnung über die Institutionen der Behindertenhilfe



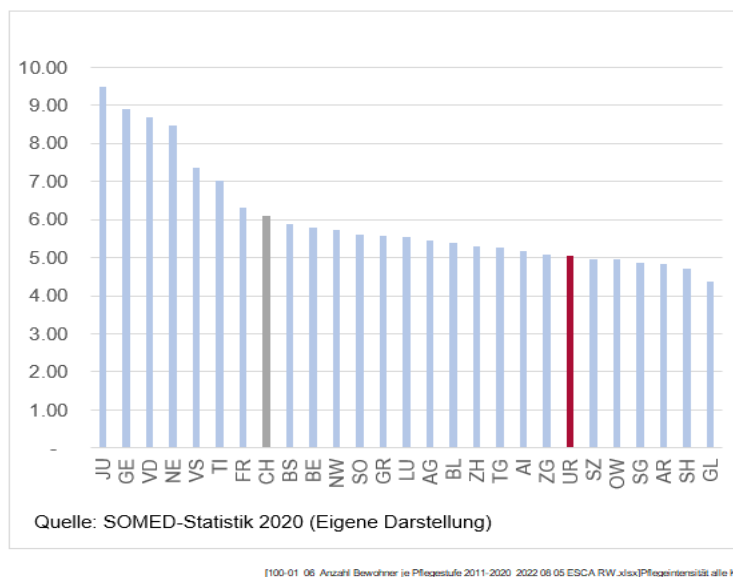
Im interkantonalen Vergleich verfügt Uri (Stand 2020) über ein stark ausgebautes Angebot der stationären Langzeitpflege. Lediglich die Kantone SH, GL und AI verfügen über mehr Pflegeheimplätze.

Abbildung 3: Pflegeheimplätze pro 1'000 Einwohner:innen 80+ im interkantonalen Vergleich (Stand 2020)



Die durchschnittliche Pflegestufe der Bewohner:innen im APH im Kanton Uri ist im Vergleich tief. Der Anteil an nicht oder leicht pflegebedürftigen Personen ist – trotz eines Rückgangs seit 2011 – noch immer vergleichsweise hoch. Wie auch in anderen Kantonen, lässt sich im Kanton Uri eine Verlagerung von stationär zu ambulant über alle Pflegestufen feststellen.

Abbildung 4: Pflegeintensität (durchschnittliche Pflegestufe ohne Stufe 0) im interkantonalen Vergleich 2020





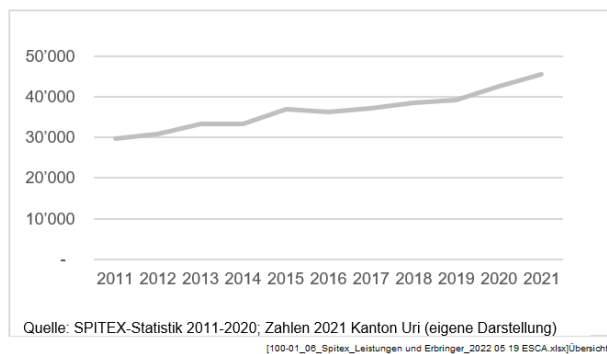
4.4.3 Akut- und Übergangspflege (AÜP)

Im Kanton Uri besteht – seitdem das Kantonsspital Uri keine Akut- und Übergangspflege mehr anbietet – diesbezüglich kein Angebot mehr.

4.4.4 Ambulante Langzeitpflege und Hilfe zu Hause

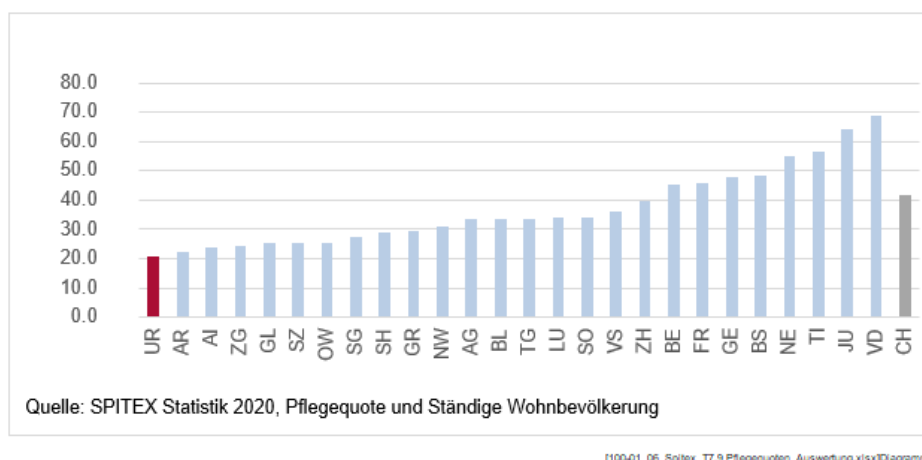
Im Kanton Uri gibt es den «Verein Spitex Uri» als gemeinnütziges Unternehmen, zwei erwerbswirtschaftliche Spitexbetriebe sowie drei selbständige Pflegefachpersonen. Mit der Spitex Uri hat der Kanton eine Programmvereinbarung abgeschlossen. Die Spitex Uri erbringt den Grossteil der KLV-Leistungen im Kanton Uri (Marktanteil im 2021 88 %). Die KLV-Leistungen im Kanton Uri stiegen von 2011 auf 2021 um 53 %.

Abbildung 5: Entwicklung ambulante KLV-Leistungen Kanton Uri 2011 – 2021



Trotz der Steigerung gegenüber 2011 ist die Inanspruchnahme der Spitexleistungen im Kanton Uri im Vergleich zu den anderen Schweizer Kantonen sehr tief (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Ambulante KLV-Stunden pro Einwohner:innen 80+ im interkant. Vergleich



Hauswirtschaftliche Leistungen werden durch die Spitex Uri, Senevita Casa und die Urner Bäuerinnen GmbH erbracht. Der Kanton subventioniert die hauswirtschaftlichen Leistungen,



die von der Spitex Uri erbracht werden im Rahmen des Versorgungsauftrags (siehe Kap. 4.5.3). Der Marktanteil der Spitex Uri ist seit 2019 rückläufig und betrug 2021 noch 66 %.

4.4.5 Intermediäre Angebote

Alterswohnungen

Es gibt mehrere Angebote für altersgerechte Wohnungen im Kanton Uri (siehe Anhang 11.4). Der Bezug von Serviceleistungen muss durch die Bewohner:innen selbstständig organisiert werden. Spezifische Aufnahmekriterien für Mieter:innen sind nicht formuliert.

Betreutes Wohnen nach Curaviva

Ein Angebot mit 24 Stunden Präsenz bzw. Verfügbarkeit von Pflege und Betreuung (entspricht Curaviva Kategorie B oder sogar Kat. A) besteht im Kanton Uri nicht. Das im Anhang 11.5 aufgeführte Angebot im Kanton Uri entspricht Curaviva Kategorien C und D⁸. Das ist insofern von Bedeutung, als eine Substitution von Pflegeplätzen für Bewohnende in niedrigen Pflegestufen bis etwa Stufe 4 primär ab Kategorie B möglich ist.

Tages- und Nachtaufenthalte

Das Tagesheim der Spitex Uri bietet von Montag bis Freitag Tages- oder Halbtagesbetreuung für ältere und demente Menschen – mit oder ohne Pflegebedarf – sowie Unterstützung und Entlastung für die betreuenden Angehörigen an. Andere Strukturen für Tages- und Nachtaufenthalte (z.B. durch Pflegeheime) gibt es im Kanton Uri nur vereinzelt (z.B. bietet das Senioren- und Gesundheitszentrum Ursern in Andermatt zwei Tagesbetreuungsplätze an).

Kurzaufenthalte

Alle Pflegeheime bieten Kurzaufenthalte an. Meist ist das Angebot jedoch abhängig von freien Plätzen für unbefristete Aufenthalte. Speziell für Kurzzeitaufenthalte reservierte Betten gibt es im Kanton Uri nicht.

4.4.6 Weitere Angebote

Beratungsstellen

- Die Pro Senectute Uri leitet die Fachstelle für Altersfragen und bietet Sozialberatung für ältere Menschen und deren Angehörige sowie einen Treuhanddienst an.
- Die Alzheimervereinigung Kanton Uri leitet die Demenzfachstelle Uri im Auftrag des Kantons Uri und der 17 Urner Gemeinden, die der Leistungsvereinbarung beigetreten sind.
- Die Gesundheitsförderung Uri bietet mit dem Aktionsprogramm «Gesund ins Alter» spezifische Massnahmen, Projekte und Dienstleistungen für Gemeinden, Fachpersonen, ältere Personen und deren Angehörige an.

⁸ Definitionen siehe Anhang 11.2



- Als Folge des in den Jahren 2015 und 2016 durchgeführten Projekts «Zukunft Alter Uri» war eine kantonale Koordinations- und Informationsstelle inklusive Datenbank und Angebote geplant. Diese Empfehlungen wurden mit Ausnahme der Datenbank www.alter-uri.ch nicht umgesetzt.

Mahlzeitendienst

Von der Pro Senectute aus werden Mikrowellenmahlzeiten wöchentlich zugestellt. Im Jahr 2018 hat die Spitex Uri einen zusätzlichen «Frischmahlzeitendienst» aufgebaut. Die Mahlzeiten werden im KSU frisch zubereitet und in Warmhaltebehältern den Klient:innen täglich geliefert. Mittlerweile werden rund 19'500 Mahlzeiten (Stand 2022) ausgeliefert.

Entlastungsdienst für Angehörige

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK), Kantonalverband Uri bietet Entlastung und Unterstützung für pflegende und betreuende Angehörige sowie für Angehörige von Menschen mit Demenz.

Weitere Angebote

Kirchliche und andere Institutionen bieten zahlreiche Angebote im Bereich Betreuung, Freizeit, Beratung und Hilfe an.

4.4.7 Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsförderung Uri hat eine umfassende Situationsanalyse erarbeitet (Lüönd E., 2017). Basis waren Workshops mit einer Altersgruppe 55+, Interviews mit Schlüsselpersonen aus Gemeinden, Interviews mit Akteuren der Altersarbeit und Angaben über Urner Vereine zu spezifischen Angeboten für ältere Erwachsene. Aus der Analyse ergeben sich wichtige Erkenntnisse zu Haltungen, Einstellungen und Erreichbarkeit älterer Menschen. Insbesondere von Bedeutung ist die adressatengerechte Kommunikation, zeigte doch die Analyse, dass sich bisher viele Menschen in den anvisierten Zielgruppen nicht betroffen fühlten.

Im Kanton Uri wird seit 2018 das Aktionsprogramm «Gesund ins Alter – vital bleiben, vital werden» umgesetzt (erste Programmdauer 2018 bis 2021, zweite Programmdauer 2022 bis 2025).

Die Wirksamkeit von einfachen verhaltensorientierten Massnahmen für die Sturzprävention, die Bewegungsförderung, die Förderung der psychischen Gesundheit und sozialen Teilhabe sowie für die Förderung einer ausgewogenen Ernährung ist wissenschaftlich gut belegt (Gesundheitsförderung Schweiz, 2016). Angesichts des enormen Einflusses nur schon dieser vier Faktoren auf die Gesundheit von älteren Menschen ist künftig der Prävention im System der Langzeitpflege mehr Bedeutung beizumessen.



4.5 Kosten und Beiträge

4.5.1 Stationäre Langzeitpflege

Die Gesamtkosten der APH betrugen 2021 CHF 49.5 Mio. Gegenüber dem Vorjahr betrug die Kostensteigerung 4.2 %, gegenüber 2011 4.7 %.

Tabelle 4: Kosten Leistungserbringer stationäre LZP Kanton Uri 2011 – 2021 in TCHF

Kategorie	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Gesamtkosten APH in TCHF	47'278	47'740	48'312	49'444	49'470	51'460	50'542	49'701	50'173	47'495	49'512
Veränderung zu Vorjahr		1.0%	1.2%	2.3%	0.1%	4.0%	-1.8%	-1.7%	0.9%	-5.3%	4.2%
Veränderung zu 2011		1.0%	2.2%	4.6%	4.6%	8.8%	6.9%	5.1%	6.1%	0.5%	4.7%
Anzahl Pflegeplätze (1.1.)	587	585	587	588	575	572	571	566	567	552	551
Veränderung zu Vorjahr		-0.3%	0.3%	0.2%	-2.2%	-0.5%	-0.2%	-0.9%	0.2%	-2.6%	-0.2%
Veränderung zu 2011		-0.3%	0.0%	0.2%	-2.0%	-2.6%	-2.7%	-3.6%	-3.4%	-6.0%	-6.1%
Bewohner am 31.12.	572	564	572	562	553	530	520	522	546	514	524
Veränderung zu Vorjahr		-1.4%	1.4%	-1.7%	-1.6%	-4.2%	-1.9%	0.4%	4.6%	-5.9%	1.9%
Veränderung zu 2011		-1.4%	0.0%	-1.7%	-3.3%	-7.3%	-9.1%	-8.7%	-4.5%	-10.1%	-8.4%
Kosten pro Bewohner in TCHF	83	85	84	88	89	97	97	95	92	92	94

Quelle: Kanton Uri (Eigene Darstellung)

[100-01_06_Nulvariate_2023 05 12 ESCA_Aus@kosten_stat_LZP

Die nachstehende Tabelle zeigt, wer für die Kosten des Pflegeheimaufenthalts aufkommt.

Tabelle 5: Finanzierung Pflegeheime

Leistungsbereich	Klient:in	Krankenversicherer	Gemeinden	Kanton
Pflege	Selbstbehalt (aktuell max. CHF 23 / Tag)	X ⁹	X	(X) ¹⁰
Betreuung / Hauswirtschaft	X	-	(X) ¹¹	(X) ¹²
Hotellerie / Mahlzeiten	X	-	(X) ¹¹	(X) ¹²

Quelle: Eigene Darstellung

- **Pflegekosten:** Der Beitrag der Klient:innen wie auch der Krankenversicherer an die KVG-pflichtige Pflege ist von Bundesgesetz wegen begrenzt. Bei entsprechendem Anspruch auf EL trägt der Kanton den Selbstbehalt Pflege. Die Pflegerestkosten werden seit 2021 –

⁹ Pro 20 Minuten Pflegeleistung/Tag CHF 9.60, Maximalbetrag CHF 115.20/Tag (240 Min. Pflege)

¹⁰ Bei EL-Bezüglern trägt der Kanton die Kosten des Selbstbezalts der Pflege

¹¹ Gewisse Gemeinden haben unter Umständen in der Betreuung bzw. Hotellerie ungedeckte Heimkosten zu tragen aufgrund ihrer Defizitgarantie für die Heime

¹² Bei EL-Bezüglern Übernahme von Betreuung, Hauswirtschaft, Hotellerie und Mahlzeiten im Heim bis zur anrechenbaren Höchsttaxe im Heim gemäss EL



ganz im Sinne der fiskalischen Äquivalenz – von den zuständigen Gemeinden übernommen¹³. Die Übersicht über die geleisteten Pflegerestkosten ist in der Tabelle 8, Seite 29 ersichtlich.

- *Pensions- und Betreuungskosten*: Diese machen einen grossen Teil der Kosten der stationären Langzeitpflege aus und werden von den Klient:innen selbst bezahlt. Bezieht ein/e Klient:in EL, so trägt der Kanton die Pensions- und Betreuungskosten mittels EL, wobei der Kanton lediglich die sogenannten heimbedingten Mehrkosten trägt¹⁴. Diese vom Kanton getragenen heimbedingten Mehrkosten der EL haben von 2011 bis 2022 um rund 40 % zugenommen und stiegen überproportional zu den Gesamtkosten der Pflegeheime. Die Übersicht über diese Kosten ist in der Tabelle 8, Seite 29 ersichtlich.
- *Pflegerestkosten bei Institutionen für Menschen mit Behinderung*: Die Abrechnung der gesamten Leistungen erfolgt über den Kanton, d.h. auch bei Pflegebedürftigen über 65 Jahren. Es erfolgt weder eine Verrechnung von Pflegeleistungen an die Krankenversicherer (nach KLV Art. 7a) noch an die Gemeinden (Pflegerestkosten). Behandlungspflege wird heute in den Institutionen für Menschen mit Behinderung primär von der Spitex Uri erbracht. Insgesamt ist die heutige Finanzierungslösung bei Institutionen für Menschen mit Behinderung nicht konsequent.

4.5.2 Akut- und Übergangspflege (AÜP)

Der Kantonsbeitrag für Akut- und Übergangspflege wird zurzeit ausschliesslich für ausserkantonale Angebote gezahlt. Die Kantonsbeiträge für diese ausserkantonale AÜP bewegen sich durchgehend auf einem tiefen Niveau zwischen TCHF 20 und 50 pro Jahr.

4.5.3 Ambulante Langzeitpflege und Hilfe zu Hause

Die nachstehende Tabelle zeigt die Entwicklung der Kosten aller Leistungserbringer für ambulante KLV- und hauswirtschaftlichen Leistungen. Seit 2011 haben die Kosten um 37 % zugenommen.

¹³ Bis 2020 erstattete der Kanton den Gemeinden 30 % der Pflegerestkosten direkt, was der fiskalischen Äquivalenz widersprach. Im Rahmen der Überarbeitung der gesamten Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden wurde diese Abgeltung aufgehoben. Die gesamten Be- und Entlassungen zwischen Kanton und Gemeinden werden ab dem 1.1.2021 mittels eines Globalbilanzausgleichs abgegolten.

¹⁴ Bei Personen im Heim wird der Anteil der Existenzsicherung in einer sogenannten Ausscheidungsrechnung ermittelt: Dabei wird berechnet, wie hoch die EL wäre, wenn die Person zu Hause statt im Heim leben würde. An der Existenzsicherung beteiligt sich der Bund zu fünf Achtel. Die über die Existenzsicherung im Heim hinausgehenden Kosten – die sogenannten heimbedingten Mehrkosten – finanzieren die Kantone.



Tabelle 6: Kosten Leistungserbringer amb. KLV + Hilfe zu Hause 2011 – 2021 in TCHF

Kategorie	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Personalkosten	4'481	4'911	4'822	4'725	5'223	5'541	5'467	5'301	5'334	5'590	5'872
Betriebskosten	746	783	758	813	859	913	871	880	955	1'163	1'304
Gesamtkosten	5'227	5'694	5'580	5'538	6'082	6'454	6'338	6'181	6'289	6'753	7'176
Veränderung zu Vorjahr		9%	-2%	-1%	10%	6%	-2%	-2%	2%	7%	6%
Veränderung zu 2011		9%	7%	6%	16%	23%	21%	18%	20%	29%	37%

Quelle: SPITEX-Statistik 2011 - 2020, Kanton Uri (Eigene Darstellung)

[100-01_06_Fin Auswirk NullVar + SollVar_2023 09 30 ESCA RW.xlsx]Kosten amb. LZF

Die nachstehende Tabelle zeigt, wer für die Kosten der ambulanten Langzeitpflege aufkommt.

Tabelle 7: Finanzierung ambulante Langzeitpflege und Hilfe zu Hause

Leistungsbereich	Klient:in	Krankenversicherer	Gemeinden	Kanton
Pflege ambulant	Selbstbehalt max. CHF 15.35 / Tag	X ¹⁵ (gemäss Art. 7a KLV)	-	X ¹⁶
Hauswirtschaftliche Leistungen	X	(X ¹⁷)	-	(X ¹⁸)

Quelle: Eigene Darstellung

- **Pflegerestkosten:** Der Beitrag der Klient:innen wie auch der Krankenversicherer ist von Bundesgesetz wegen begrenzt. Die Pflegerestkosten für Klient:innen mit Steuerwohnsitz im Kanton Uri übernimmt gänzlich der Kanton. Bei entsprechendem Anspruch auf EL trägt der Kanton zudem den Selbstbehalt Pflege. Die Pflegerestkosten nahmen absolut aber auch pro KLV-Stunde in den letzten Jahren zu und steigen stärker als die KLV-Stunden, was auf die zunehmende Komplexität der Pflegesituationen im ambulanten Bereich zurückzuführen ist. Die Zahlungen schwanken stark und sind nur begrenzt kausal erfassbar. Die Übersicht über diese Kosten ist in der Tabelle 8, Seite 29 ersichtlich.
- **Versorgungsauftrag und hauswirtschaftliche Leistungen:** Der Kanton finanziert die Spitex Uri im Rahmen der Programmvereinbarung mit einem im Rahmen des Budgets festgelegten Betrags. Mit diesem werden unter anderem die hauswirtschaftlichen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen für den Versorgungsauftrag unterstützt, die die Spitex Uri erbringt. Die Übersicht über diese Kosten ist in der Tabelle 8, Seite 29 ersichtlich.

¹⁵ OKP-Anteil pro Stunde: KLVa CHF 76.90, KLVb CHF 63.00, KLVc CHF 52.60

¹⁶ Der Kanton Uri übernimmt allenfalls via EL ambulante Pflegeleistungen und den Selbstbehalt.

¹⁷ Allenfalls Deckung durch vorhandene Zusatzversicherungen

¹⁸ Der Kanton Uri subventioniert die durch die Spitex Uri erbrachten hauswirtschaftlichen Leistungen



4.5.4 Intermediäre Angebote

Tagesheim

Der Kanton unterstützt das Angebot des Tagesheims bislang mit CHF 86 pro Pflage-tag (Kantonsbeitrag 2022 total TCHF 107). Die Übersicht über diese Kosten ist in der Tabelle 8, Seite 29 ersichtlich. Seit dem 1.1.2023 übernimmt der Kanton die ungedeckten Kosten des Tagesheims.

Betreutes Wohnen / Alterswohnungen

Die Gemeinden leisten keine spezifischen Beiträge an Bewohner:innen von Alterswohnungen bzw. Betreutes Wohnen. Davon ausgenommen sind Investitionen in gemeindeeigene Wohnangebote im Bereich Alterswohnen (z.B. Gemeinden Erstfeld und Spiringen).

4.5.5 Weitere Angebote

- *Mahlzeitendienst*: Der Kanton finanziert CHF 3 pro Mahlzeit (Kantonsbeitrag 2022 total: TCHF 62).
- *Entlastungsdienst für Angehörige*: Der Kanton finanziert CHF 20 pro beitragsberechtigte Stunde (Kantonsbeitrag 2022 total: TCHF 28).
- *Beratungsstellen*: Die Fachstelle für Altersfragen und die Demenzfachstelle Uri wurden im Jahr 2022 von Kanton und Gemeinden mit insgesamt TCHF 158 finanziert.
- *Aktionsprogramm «Gesund ins Alter»*: Der Kanton finanziert seit 2017 mit total rund TCHF 350 (Kantonsbeitrag 2022 total: TCHF 82).
- *Übrige Angebote im Alter*: Der Kanton finanziert die Umsetzung der Aktionspläne Demenz und Palliative Care bislang mit rund TCHF 17 pro Jahr (Kantonsbeitrag 2022 total: TCHF 22). Die Gemeinden finanzieren zudem Alterskommissionen, Seniorenausflüge und andere Aktivierungsprogramme.

4.5.6 Überblick Beiträge Gemeinde und Kanton

In der nachstehenden Tabelle sind die Beiträge der Gemeinden und des Kantons zusammenfassend dargestellt. Von CHF 14.8 Mio. im Jahr 2011 sind die Beiträge auf CHF 18.9 Mio. im Jahr 2022 angestiegen. Die Aufteilung der Beiträge im 2022 entspricht nahezu dem Verhältnis 50:50.



Tabelle 8: Beiträge Kanton und Gemeinden 2011 – 2022 in TCHF

Kategorie	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
STATIONÄRE LANGZEITPFLEGE	12'133	11'749	12'361	13'726	13'108	12'550	12'625	12'943	13'616	13'729	14'178	14'997
Gemeinden: Beitrag an Pflegerestkosten	5'870	5'676	5'578	5'946	5'583	5'691	5'597	5'645	5'771	5'527	9'073	9'502
Kanton: Beitrag an Pflegerestkosten*	2'352	2'399	2'419	2'604	2'565	2'598	2'546	2'589	2'667	2'620	0	0
Kanton: Kompensation Pflegerestkosten Kanton über Globalbilanzausgleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2'580	2'580
Kanton: heimbedingte Mehrkosten EL	3'911	3'673	4'364	5'177	4'961	4'262	4'482	4'709	5'178	5'583	5'105	5'495
davon Gemeinden in % Total	48%	48%	45%	43%	43%	45%	44%	44%	42%	40%	64%	63%
davon Kanton in % Total	52%	52%	55%	57%	57%	55%	56%	56%	58%	60%	36%	37%
AMBULANTE LANGZEITPFLEGE UND HILFE ZU HAUSE	2'353	2'581	2'389	2'449	2'741	3'139	3'033	2'919	2'924	3'073	3'112	3'469
Kanton: Beitrag KLV- und HW-Leistungen	2'353	2'581	2'242	2'292	2'550	2'898	2'703	2'643	2'638	2'782	2'844	3'191
Kanton: EL Krankheitskosten zu Hause			147	157	191	240	330	277	285	291	268	277
INTERMEDIÄRE ANGEBOTE	146	156	116	112	131	140	137	139	122	122	129	108
Kanton: Beitrag Tagesheim	146	156	116	112	131	140	137	139	122	122	129	108
WEITERE ANGEBOTE	165	180	172	155	151	188	283	273	274	312	338	352
Gemeinde: Beiträge weitere Angebote	0	0	0	0	0	0	0	0	17	17	17	17
Kanton: Beiträge weitere Angebote	165	180	172	155	151	188	283	273	257	295	321	335
TOTAL	14'797	14'666	15'037	16'442	16'130	16'017	16'078	16'275	16'935	17'236	17'757	18'925
davon Gemeinden	5'870	5'676	5'578	5'946	5'583	5'691	5'597	5'645	5'787	5'544	9'090	9'518
davon Kanton	8'927	8'989	9'460	10'496	10'548	10'327	10'480	10'630	11'148	11'693	8'667	9'407
davon Gemeinden in % Total	40%	39%	37%	36%	35%	36%	35%	35%	34%	32%	51%	50%
davon Kanton in % Total	60%	61%	63%	64%	65%	64%	65%	65%	66%	68%	49%	50%

Quelle: Kanton Uri (Eigene Darstellung)

* ab 2021 keine direkte Zahlung Pflegerestkosten Kanton an Gemeinden sondern Kompensation über FILA; wird ab 2021 nicht mehr als Anteil Kanton an Pflegerestkosten dargestellt und auch bei der Prozentaufteilung Kosten Kanton / Gemeinde nicht eingerechnet.

4.6 Finanzielle Fehlanreize / Systemmängel

Im Projekt wurden die nachstehenden (potenziellen) Fehlanreize bzw. Systemmängel im derzeitigen Finanzierungssystem eruiert:

Ergänzungsleistung

- *Festsetzung anrechenbare Heimkosten:* Die Heime steuern via Festsetzung ihrer Pensionsstaxen die Höhe der anrechenbaren Höchsttaxe für die EL und könnten diese theoretisch nach oben «treiben». Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die Heime bezüglich der Pensionskosten untereinander in einem gewissen Wettbewerb stehen und der Mechanismus durch diesen Wettbewerb abgeschwächt wird. Ein weiterer Systemmangel ist, dass der Leistungsumfang der Pensionstaxen in den Heimen derzeit unterschiedlich geregelt (z.B. Leistungen Coiffeur, Wäsche).
- *Finanzierung Betreuung zu Hause und im Betreuten Wohnen:* Da die Betreuung im Heim durch die EL übernommen wird, besteht der Fehlanreiz für finanzschwache Personen vorzeitig in ein Pflegeheim einzutreten¹⁹.

¹⁹ Reglement über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei Ergänzungsleistungen (20.2435), Art. 11; die derzeit pendente Motion 18.37.16 sieht eine allfällige Abgeltung der Betreuung zu Hause über die EL vor



Restkostenfinanzierung Gemeinden

- *Taxberechnung Pflegeheim:* Da die ungedeckten Pflegerestkosten durch die Gemeinden übernommen werden müssen, folgt «allenfalls» die Kostenverteilung Pflege / Betreuung der Finanzierung, sprich Betreuung und / oder Pension könnten über die Pflegerestkosten quersubventioniert werden.
- *Wohnsitzregelung:* Gemeinden, die ein Angebot für Betreutes Wohnen fördern und dieses auch Bewohnenden mit Wohnsitz ausserhalb der Gemeinde anbieten, müssten dann, je nach Aufenthaltsdauer im Betreuten Wohnen, bei einem Eintritt in ein Pflegeheim die Pflegerestkosten für diese Personen tragen.
- *Institutionen für Menschen mit Behinderung:* Die SBU hat derzeit keine Bewilligung als Pflegeheim oder Spitex-Organisation, könnte diese aber grundsätzlich erlangen. Somit würden neu die Pflegerestkosten aufgrund einer altersbedingten Pflege den Gemeinden und nicht mehr ausschliesslich dem Kanton in Rechnung gestellt werden.

Restkostenfinanzierung Kanton

- *Spitex Uri:* Die Finanzierung der Pflegerestkosten deckt die Differenz zwischen den ermittelten KLV-Vollkosten sowie dem OKP-Anteil und der Patientenbeteiligung. Die Ermittlung des restlichen Kantonsbeitrags an die Spitex Uri erfolgt global im Rahmen eines genehmigten Budgets und nicht zu festgelegten Preisen für die jeweilige Leistung.

Förderung ambulanter Angebote

- *Vorhalteleistungen Entlastungsbetten:* Für Pflegeheime gibt es derzeit keine spezifische Entschädigung durch die Gemeinden, solche Angebote konstant anzubieten und vermehrt gewisse Betten gezielt dafür vorzuhalten.
- *Fehlender Anreiz für pflegende Angehörige:* Je nach Bereitschaft oder Möglichkeit der Angehörigen (finanziell, zeitlich usw.) erfolgen Heimeintritte allenfalls früher als nötig. Die Motion Simon Stadler von 2019, die einen pauschalen Steuerabzug von CHF 5'000 für pflegende Angehörige im Kanton Uri beantragt hatte, wurde gegen die Empfehlung des Regierungsrats als erheblich erklärt.

4.7 Strukturelle Herausforderungen

Im Projekt wurden die nachstehenden Themen, die im Rahmen zukünftiger Massnahmen bzw. Varianten überprüft werden sollten, eruiert:

- *Zuständigkeiten:* Unterschiedliche Zuständigkeiten für ambulante (Kanton) und stationäre Langzeitpflege (Gemeinden). Dies bremst eine bereichsübergreifende Entwicklung und die Schaffung von intermediären Angeboten bzw. ist nicht optimal, um die künftigen Bedürfnisse zu decken.
- *Steuerung:* In der Langzeitpflege im Kanton Uri gibt es keine Steuerung, Koordination oder Planung der verschiedenen Leistungserbringer und der Leistungen (wer bietet was an).



- *Beratung*: Für die Bevölkerung, für Betroffene und auch für (betreuende und / oder pflegende) Angehörige fehlt eine zentrale Anlauf- und Beratungsstelle, die auch gerontologisch und pflegerisch unterstützt, bei Bedarf Abklärungen vornehmen kann und mithilft, massgeschneiderte Angebote zu finden.
- *Betreutes Wohnen*: Es besteht im Kanton Uri kein Angebot für Betreutes Wohnen Kategorie B nach Curaviva (siehe Anhang 11.3); damit fehlt ein wichtiger intermediärer Leistungsbereich.
- *Zusammenarbeit Spitex – Pflegeheime*: Als mögliches Optimierungspotential werden die einem Heimeintritt vorgelagerte Prüfung der Pflegestufen, die Einführung eines «Frühwarnsystems» sowie die Verbesserung bzw. Standardisierung der Abläufe / Kommunikation bei Übertritten (von ambulant zu stationär wie auch umgekehrt) wie beispielsweise Vorbesprechungen unter fallführenden Mitarbeitenden gesehen.
- *Zusammenarbeit Pflegeheime untereinander*: Optimierungspotential wird insbesondere durch die Schaffung eines Mitarbeiterpools sowie im Bereich der Services (Einkauf, Personalwesen, IT u.ä.) gesehen.
- *Anzahl Pflegeheime*: Für die Bevölkerungszahl von rund 37'000 Einwohner:innen und die Topographie gibt es im Kanton Uri mit neun Pflegeheimen eine relativ hohe Anzahl Betriebe (andere, vergleichbare Kantone, wie GL, NW oder OW haben im Verhältnis viel weniger Betriebe).
- *Fachgremium*: Ein beratendes Fachgremium wie z.B. eine kantonale Alterskommission, besteht nicht; das Know-how stützt sich deshalb auf einzelne wenige Spezialist:innen der Verwaltung oder wird in Projekten aufgebaut.

4.8 Voraussichtliche Entwicklung «Nullszenario»

4.8.1 Generelles

Der Kanton Uri und die Gemeinden stehen vor der Herausforderung, die Entwicklung der Kosten im Bereich der Langzeitpflege zu bewältigen. In diesem Kapitel soll aufgezeigt werden, wie sich die Kosten der Langzeitpflege für Kanton und Gemeinden voraussichtlich entwickeln, wenn keine zusätzlichen Massnahmen im Bereich Langzeitpflege getroffen werden und somit die Versorgungspolitik betreffend die Steuerung der Angebote im Bereich der Langzeitpflege im Kanton Uri unverändert bleibt. In der Projektgruppe wurden möglichst realitätsnahe Annahmen für die künftige Entwicklung getroffen. Zu beachten ist, dass die Genauigkeit von Prognosen und Annahmen mit der Dauer des Planungshorizonts abnimmt.



4.8.2 Projektion Leistungsmengen

- *Bedarf Pflegebetten:* Basis ist die Anzahl Pflegeplätze gemäss der Prognose Obsan Variante 4²⁰ (Obsan, 2020), wobei wir im «Nullszenario» von einer zeitlichen Verzögerung des in der Variante 4 angenommenen «Shifts ambulant von 10 %» über den Zeitraum bis 2040 ausgehen: Für 2030 rechnen wir mit einem Shift ambulant von 3 %, im 2035 mit 5 % und im 2040 mit dem vollen Shift ambulant von 10 %.
- *KLV- und HWL-Stunden ambulant:* Die verrechneten Stunden (KLV und Hauswirtschaft) wurden aufgrund der Bevölkerungsentwicklung 65+ im Kanton Uri hochgerechnet. Zudem wurden bei den Leistungsprognosen die Leistungen für Personen, die künftig nicht mehr im APH, sondern ambulant gepflegt und betreut werden, eingerechnet (pro substituiertem Pflegeplatz: 30 Min. KLV-Pflege / Tag, 2 Std. hauswirtschaftliche Leistungen / Woche).

Bis 2040 braucht es im «Nullszenario» rund 24 % mehr Pflegebetten (absolut 132²¹ Pflegebetten) gegenüber dem derzeitigen Stand von 551 Betten. In der ambulanten Langzeitpflege gibt es durch die Bevölkerungsentwicklung und durch den «Shift ambulant» einen starken Anstieg (KLV-Stunden + 68 %, HWL + 103 %). Selbst wenn durch informelle Pflege und Betreuung im ambulanten Bereich (durch z.B. Angehörige, Freiwillige u.a.) die Mengenausweitung moderater ausfallen kann, wird der ambulante Bereich in den nächsten Jahren massiv ausgebaut werden müssen.

Tabelle 9: Projektion Leistungsmengen «Nullszenario» 2030 - 2040

Kategorie	2030	2035	2040
	Prognose	Prognose	Prognose
Bevölkerung 65+ Kanton Uri	9'690	10'305	10'497
Veränderung zu 2020	24.8%	32.7%	35.2%
Nullszenario Bedarf Pflegebetten	568	645	683
Veränderung zu 2020	2.9%	16.8%	23.7%
KLV-Stunden ambulant	56'319	62'679	71'387
Veränderung zu 2020	32.3%	47.3%	67.7%
HWL-Stunden ambulant	16'422	19'052	23'704
Veränderung zu 2020	40.4%	62.9%	102.7%
Tage Tagesheim	1'809	1'924	1'960
Tage Tagesheim	1'809	1'924	1'960
Veränderung zu 2020	24.8%	32.7%	35.2%

[100-01_06_Fin Auswirk NullVar + SollVar_2023 09 30 ESCA RW.xlsx]Extrapol_NullSzen

²⁰ Personen mit den KLV-Pflegestufen 0 –12 leben künftig im APH. Der Anteil der in APH betreuten Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen (Quote stationäre Langzeitpflege) verringert sich künftig um 10 % aufgrund der Verlagerung in die ambulante Pflege («Shift ambulant 10 %»).

²¹ Die 15 Notbetten wurden nicht eingerechnet.



4.8.3 Projektion Beiträge Kanton und Gemeinden

Neben der demographischen Entwicklung gibt es zahlreiche andere Kostentreiber wie beispielsweise Inflation, steigende Personalkosten (Umsetzung Pflegeinitiative, Fachkräftemangel), steigende heimbedingte Mehrkosten in der EL sowie steigende Pflegerestkosten durch höhere Pflegebedürftigkeit.

Berücksichtigt man nebst den demographischen Einflüssen ab 2025 eine jährliche Kostensteigerung von 4 % (bei den «weiteren Angeboten» lediglich 2 %), so resultiert bis 2030 eine Steigerung von rund 70 % bzw. bis 2040 von rund 207 %.

Tabelle 10: «Nullszenario» Beiträge Kanton und Gemeinden in TCHF 2030 – 2040

Kategorie	2030	2035	2040
	Prognose	Prognose	Prognose
STATIONÄRE LANGZEITPFLEGE	23'496	32'459	41'822
Gemeinden: Beitrag an Pflegerestkosten	15'894	21'958	28'291
Kanton: heimbedingte Mehrkosten EL	7'601	10'501	13'530
Zwischentotal	23'496	32'459	41'822
AMBULANTE LANGZEITPFLEGE UND HILFE ZU HAUSE	5'434	7'348	10'227
Kanton: Beitrag KLV- und HW-Leistungen	5'093	6'933	9'723
Kanton: EL Krankheitskosten zu Hause	341	414	504
INTERMEDIÄRE ANGEBOTE	220	285	353
Kanton: Beitrag Tagesheim	220	285	353
WEITERE ANGEBOTE	389	429	474
Gemeinde: Beiträge weitere Angebote	19	21	23
Kanton: Beiträge weitere Angebote	370	409	451
TOTAL	29'538	40'521	52'875
Veränderung zu 2020	71%	135%	207%
davon Gemeinden	15'913	21'978	28'314
davon Kanton	13'626	18'542	24'561
davon Gemeinden in % Total	54%	54%	54%
davon Kanton in % Total	46%	46%	46%

[100-01_06_Fin Auswirk NullVar + SollVar_2023 09 30 ESCARW.xls]Extrapol_NullSzen

Selbst bei einer optimistischeren nichtdemographischen Kostensteigerung von 2 % pro Jahr ab 2025 bis 2040 ergibt sich eine Kostensteigerung gegenüber 2020 von 130 % (Kosten 2040: CHF 39.6 Mio.).

4.9 Fazit Langzeitpflege im Kanton Uri

Wesentliche Elemente zum Angebot und dessen Inanspruchnahme

- *Demographischer Wandel:* Die Altersgruppe 65+ nimmt von 2018 bis 2040 um 41 % zu, die Altersgruppe 80+ um 82 %. Gemäss heutigem Kenntnisstand wird der Peak beim Anteil Hochaltriger ca. 2035 bis 2045 erreicht.



- *Zuständigkeiten:* Diese sind ambulant (Kanton) und stationär (Gemeinden) getrennt. Dies ist für die Realisierung intermediärer Angebote nicht förderlich.
- *Stationäres Angebot:* Im Kanton Uri gibt es neun Pflegeheime mit 551 Plätzen für Langzeit- und Kurzeitaufenthalte zuzüglich 15 «Notbetten». Die Auslastung war bei der Mehrheit der Heime in den letzten 10 Jahren über 97 %. Auch aktuell ist die Auslastung sehr hoch. Der Anteil der Personen ohne oder mit leichtem Pflegebedarf (KLV-Stufen 0 – 2) ist zwar in den letzten Jahren gesunken, ist aber im interkantonalen Vergleich immer noch hoch mit gut 20 %. Die Versorgung mit stationären Pflegeplätzen ist im interkantonalen Bereich sehr hoch.
- *Ambulantes Angebot:* Trotz starker Steigerung in den letzten 10 Jahren ist die Inanspruchnahme von Spitexleistungen im Kanton Uri im interkantonalen Vergleich sehr tief. Auch wenn dahinter möglicherweise auch kulturelle Gründe eine Rolle spielen²² dürfte hier noch ein beträchtliches Potenzial bestehen. Der Marktanteil der Spitex Uri ist mit 88 % (Stand 2021) trotz mittlerweile mehrerer Mitbewerber (private Spitex-Organisationen bzw. selbstständige Pflegefachpersonen) sehr hoch. Aufgrund der Versorgungsauftrag und Aufnahmepflicht für den ganzen Kanton sowie der Grösse und Topographie wird die Spitex Uri auch weiterhin eine starke Stellung innehaben.
- *Intermediäre Angebote:* Hier besteht im Kanton Uri grosser Nachholbedarf. Zwar gibt es ein (einziges) Tagesheim, aber Nachtaufenthalte werden im Kanton nicht angeboten. Insbesondere aber gibt es im Kanton kein Angebot Betreuten Wohnens Kat. B nach Curaviva.
- *Finanzielle Fehlanreize / Systemmängel:* Da die EL bislang die Betreuung nur im Heim übernimmt, besteht ein Anreiz für finanzschwache Personen, frühzeitig in ein Pflegeheim einzutreten. Die Wohnsitzregelung bzgl. der Übernahme der Pflegerestkosten hemmt die Schaffung von Angeboten für Betreutes Wohnen. Die Vorhalteleistungen für Betten für Kurzeitaufenthalte werden aktuell nicht entschädigt. Viele APH bieten daher Kurzzeitbetten nur an bei freien Kapazitäten.
- *Strukturelle Herausforderungen:* In der Langzeitpflege im Kanton Uri gibt es keine Steuerung, Koordination oder Planung der verschiedenen Leistungserbringer und der Leistungen (wer bietet was an). Es fehlt eine zentrale Anlauf- und Beratungsstelle, die auch gerontologisch und pflegerisch unterstützt, bei Bedarf Abklärungen vornehmen kann und mitteilt, massgeschneiderte Angebote zu finden.

Kosten und Beiträge sowie voraussichtliche Entwicklungen

Die direkten Kosten der Pflegeheime betrugen 2021 CHF 49.5 Mio. und der ambulanten Langzeitpflege CHF 7.2 Mio., dazu kommen noch diverse ergänzende Angebote wie Entlastungsdienst oder Beratungsstellen. Die kumulierten Beiträge von Kanton und Gemeinden (Tabelle 8, Seite 29) für alle Leistungen betrugen im Jahr 2021 CHF 17.8 Mio. und im Jahr 2022 CHF 18.9 Mio. (+ CHF 1.1 Mio.).

²² z.B. Zurückhaltung beim Annehmen externer Hilfe, mehr Unterstützung vom Umfeld, Präferenz für stationäre Lösungen, z.T. auch aus topographischen Gründen (Bergkanton, abgelegene Häuser)



Ohne Ausbau oder Optimierung der Angebote kommt es zu Engpässen in den verfügbaren Langzeitpflegeeinrichtungen. Ebenso könnte es zu einem Qualitätsverlust in der Langzeitpflege kommen, da die bestehenden Einrichtungen und das Personal unter dem erhöhten Druck stehen könnten. Bleibt die Versorgungspolitik im Bereich der Langzeitpflege im Kanton Uri unverändert, so braucht es bis 2040 683 Pflegebetten (Stand Herbst 2023: 551 Betten zzgl. 15 Notbetten).

Unter Berücksichtigung der demographischen und nichtdemographischen Kostentreibern ergibt sich bis 2040 eine starke Erhöhung der Beiträge von Kanton und Gemeinden auf CHF 52.9 Mio. (+ 207 %). Die vorliegende Prognose verdeutlicht, dass es zusätzliche Massnahmen und Veränderungen in der Versorgungspolitik im Kanton Uri benötigt.

5 Marktentwicklung

5.1 Trends

5.1.1 Polit-ökonomische Trends

Geplante Gesetzesänderungen

Der Bundesrat will die Autonomie älterer Menschen und das Wohnen im eigenen Zuhause oder in einer institutionalisierten betreuten Wohnform fördern, um vorzeitige Heimeintritte aus finanziellen Gründen verhindern. Neu sollen Ergänzungsleistungen zur AHV auch für die Betreuung möglich sein, konkret für Haushaltshilfe, Mahlzeiten-, Fahr-, Begleitsdienste und Notrufsysteme. Die Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes läuft bis 23. Oktober 2023. Mit der «Einheitlichen Finanzierung Ambulant-Stationär» (EFAS) sollen Fehlanreize zugunsten stationärer Leistungen eliminiert werden, sodass durch die einheitliche Finanzierung auch die Flexibilität im Übergang von ambulanten zu stationären Pflegeleistungen deutlich zunehmen wird. Das wird auch den Betrieb von Tages- und Nachtstrukturen erleichtern.

5.1.2 Medizinisch-technologische Trends

Technologische Entwicklungen und Mittel, die auf die Unterstützung von älteren Menschen ausgerichtet sind, unterstützen den Trend für ein langes Leben in gewohnter Umgebung und dämpfen die Nachfrage nach stationären Leistungen in der Alterspflege, können aber auch zur Unterstützung im stationären Bereich eingesetzt werden (z.B. Überwachung von Bewohnenden mit Demenz).

Die Gebäudeautomation mittels «Smart Home» und insbesondere «Ambient Assisted Living» (AAL²³) dient bei Betagten primär dem Schutz vor Unfällen, Gefahren oder Einbrüchen und

²³ AAL: altersgerechte Assistenzsysteme für ein umgebungsunterstütztes, gesundes und unabhängiges Leben



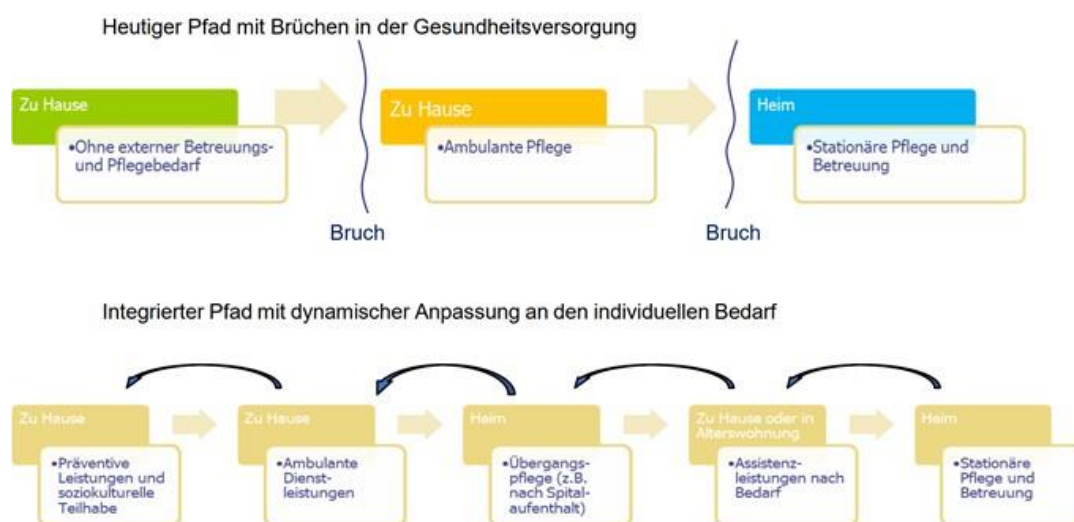
fördert ein möglichst langes Leben in der eigenen Wohnumgebung, kann aber auch betreuerische Handlungen (teilweise) ersetzen und Betreuungsansprüche verzögern (Knöpfel, Pardini, & Heinzmann, 2018, S. 191).

5.1.3 Integrierte Versorgung

Definition

Integrierte Versorgung heisst Vernetzung in der Gesundheitsversorgung²⁴. Im Kern geht es um die Integration ambulanter und stationärer Angebote, zunehmend ergänzt um Beratung / Begleitung, Wohnen, Akutmedizin usw.

Abbildung 7: Kundenpfad in der Gesundheitsversorgung (vereinfacht dargestellt)



Quelle: Stadtrat Luzern, 2021, S. 70, leicht angepasst

«Im Zentrum integrierter Versorgungsmodelle stehen der konkrete Bedarf, der Patienten- bzw. Kundennutzen sowie diejenigen Fachpersonen, welche die nachgefragte Leistung am effizientesten erbringen können. Interprofessionelle, patientenbezogene Ansätze erlauben es, zum richtigen Zeitpunkt und am richtigen Ort die geeignete fachliche Unterstützung (medizinisch, pharmazeutisch, therapeutisch, pflegerisch und/oder sozial) beizuziehen, um die Qualität der Behandlung über die ganze Versorgungs- bzw. Behandlungskette hinweg zu verbessern. Die

²⁴ «Integrierte Versorgung» wird in der Regel gleichbedeutend mit «koordinierter» oder «vernetzter» Versorgung verwendet. Eine einheitliche Definition von «Integrierter Versorgung» bzw. von integrierten Versorgungsmodellen gibt es nicht – je nach Kontext und treibendem Akteur sind die einzelnen Elemente unterschiedlich ausgestaltet und werden unterschiedlich gewichtet (Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2022)



Koordination und Integration erfolgen entlang der ganzen Behandlung und Betreuung.» (Schweizerischer Gemeindeverband, 2019²⁵).

Abbildung 8: Der Mensch im Zentrum der integrierten Versorgung



Quelle: Stadtrat Luzern, 2021, S. 71, leicht angepasst

Seit den 90er Jahren wurden in der Schweiz diverse integrierte Versorgungsinitiativen implementiert. Beispiele im Langzeitbereich: Stiftung RaJoVita in Rapperswil-Jona (<https://www.rajovita.ch/de/>), die Thurvita AG in Wil SG (<https://thurvita.ch/>) oder das laufende Projekt der Stadt Luzern (Stadtrat Luzern, 2021). Die Bedeutung integrierter Versorgung wurde auf verschiedenen Ebenen erkannt und wird auch vom Bund (Bundesamt für Gesundheit, 2022) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK, 2022) unterstützt.

Integrierte Versorgung in der Langzeitpflege in der Praxis

Die oben beschriebenen Definitionen der «Integrierten Versorgung» mögen teilweise noch abstrakt wirken, weshalb nachstehend mögliche Gestaltungen skizziert sind (eigene Zusammenstellung aus konkreten Beispielen):

- Konzeptionelle Basis

- Eine Altersstrategie der Gemeinden als übergeordneter Rahmen ist hilfreich; diese berücksichtigt das «Oberziel» der Bevölkerung «So lange wie möglich (zu Hause) selbstbestimmt leben und wohnen»
- Die Konkretisierung der Altersstrategie erfolgt in der Unternehmensstrategie (Definition der Zielgruppen, Leistungen, Leistungsschnittstellen) derjenigen Organisation, welche die integrierte Versorgung umsetzt.

²⁵ Die zitierte Studie wurde unterstützt durch Curaviva Schweiz, Spitex Schweiz, mfe Hausärzte Schweiz, pharmaSuisse und Schweizerischer Städteverband.



- *Beispiele für (zielgruppenorientierte) Leistungen und Instrumente*
 - o Beratung
 - Grundsätzlich möglichst frühe Erfassung von (potenziellen) Zielkunden und – bei Bedarf bzw. Wunsch – deren Begleitung
 - massgeschneiderte Unterstützung und Leistungspakete sowie (Vor-)Triage für stationäre Bettenbelegung
 - Koordination und Unterstützung zu interdisziplinärer Zusammenarbeit, inkl. Unterstützung mit Freiwilligen
 - Case Management in definierten, komplexen Fällen
 - Alltagsbewältigung
 - Wohnungsanpassung (Reduktion / Eliminierung Hindernisse)
 - o Präventive Hausbesuche
 - o Gesundheitsvorsorge (sektorenübergreifend)
 - o Ambulante Pflege und Hauswirtschaft, auch in spezialisierten Bereichen
 - o Ambulante Betreuung und Alltagsunterstützung, sowie Unterstützung für Sicherheit
 - o Stationäre Pflegeangebote inkl. spezialisierten Bereichen
 - o Kurzzeitaufenthalte für verschiedene Zielsetzungen inkl. Erholungsaufenthalte; Sicherstellung einer permanenten Verfügbarkeit von Kurzzeitplätzen
 - o Pflegende / betreuende Angehörige: Beratung, Begleitung (ggf. auch mit Selbsthilfegruppen), Entlastungsangebote wie Kurzzeitaufenthalte, Tagesbetreuung und Nachtaufenthalte
 - o Wohnformen, insbesondere Betreutes Wohnen Kat. B (nach Curaviva, vgl. Imhof L. & Mahrer-Imhof R., 2018) für Personen mit zunehmender Fragilität, die noch über ausreichend Selbstsorge-Kapazität verfügen²⁶
- *Sektorenübergreifende Prozesse*
 - o Gemeinsame Fallbesprechungen (bei Bedarf) der ambulanten und stationären Dienste mit Beratungsstelle sowie mit Sozialdiensten (mit letzteren z.B. zur Vermeidung von Heimeintritten aus sozialen Gründen)
 - o Enge und strukturierte Zusammenarbeit ambulanter und stationärer Dienste an Schnittstellen inkl. Rückkehr nach Hause
 - o Gemeinsame ICT-Plattform für effiziente Datennutzung und -Austausch und als Unterstützung sektorenübergreifend definierter Prozesse
- *Kooperation statt Integration?*
 - o Es wird immer wieder argumentiert, Kooperation – auf persönlicher Ebene oder ggf. zusätzlich auch vertraglich geregelt – könne ähnliche Effekte erzielen wie organisatorische Integration.
 - o Nach unserer Erfahrung ist das kaum erreichbar. Reine Kooperationslösungen ohne Integration sind primär personenabhängig und allfällige Verträge sind laufend der Entwicklung anzupassen. Mangels Weisungsrecht sind gemeinsame Abläufe immer ebenso zu verhandeln wie der Umgang mit Abweichungen.

²⁶ andere Wohnformen wie z.B. altersgerechte Wohnungen oder Wohnen mit Service bzw. Betreutes Wohnen Kat. C oder D werden öfter nur vermittelt, da sie keine 24h-Pflegebereitschaft erfordern



- Integrierte Unternehmen haben demgegenüber ein **Weisungsrecht** und können direkter und rascher entscheiden sowie umsetzen.
- Im Daten- bzw. IT-Bereich zeigt sich das besonders drastisch: An den Schnittstellen zwischen Leistungserbringern werden Daten oft papierorientiert ausgetauscht und mehrfach neu eingegeben – eine enorme Ressourcenverschwendung. Kontinuität in der Information – z.B. durch gemeinsames Führen des Verlaufs – ist kaum vorhanden. Das schweizerische EPD ist (noch) keine Lösung für diese Herausforderung. Integrierte Unternehmen können z.B. eine gemeinsame IT-Plattform für Beratung, Spitex, APH und Betreutes Wohnen einführen. Dies vereinfacht den Austausch an den Schnittstellen enorm.

Fallbeispiele

- *Betreutes Wohnen, Kat. B:* Frau Agustoni ist 68 Jahre alt und leidet an Multipler Sklerose. Sie benötigt Unterstützung bei alltäglichen Aufgaben wie dem Aufstehen, Waschen, Anziehen und Gehen. Vor vier Jahren zog sie in ein Betreutes Wohnen, da sie nachts Unterstützung benötigte und die Spitex in ihrer Gemeinde keine nächtliche Betreuung garantieren konnte. Das Betreute Wohnen als Alternative zum Pflegeheim bietet ihr Sicherheit durch die 24-Stunden-Präsenz einer Pflegefachperson sowie die Möglichkeit, ihre Wohnung an den Verlauf ihrer Krankheit anzupassen (Curaviva, Spitex Schweiz, Pro Senectute, Senesuisse 2019).
- *Entlastung Angehörige durch Nachtaufenthalte:* Herr Müller ist 75 Jahre alt und leidet an Demenz. Er hat Schwierigkeiten beim Schlafen und ist oft verwirrt und unruhig. Seine Ehefrau kümmert sich um ihn, aber die nächtlichen Herausforderungen belasten und erschöpfen sie zunehmend. Um Frau Müller zu entlasten, entscheidet sich die Familie dafür, Herrn Müller fortan für einige Nächte pro Woche in ein Pflegeheim mit Nachtaufenthalten betreuen zu lassen. Die Nachtaufenthalte im Pflegeheim geben Frau Müller die dringend benötigte Pause und ermöglichen es ihr, ihre Kräfte wieder aufzuladen.
- *Beratung / Koordination bei schweren Krankheiten:* Frau Meier ist 78 Jahre alt und leidet an ALS, einer schweren Nervenkrankheit. Die Beratungs- und Koordinationsstelle unterstützt bei der Organisation von Betreuung, Pflege und der Abklärungen bezüglich der Finanzierung von medizinischen Hilfsmitteln und Apparaten. Die Angehörigen werden dadurch umfassend unterstützt und entlastet und haben mehr Zeit für die Betreuung.

5.2 Entwicklung Demenz

Das Auftreten von Demenz ist stark vom Alter abhängig: In der Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen geht man von einer Prävalenz von rund 16 % aus, bei den 90+-Jährigen von rund 40 %. Frauen weisen für fast alle Altersgruppen höhere Raten auf als Männer. Rund die Hälfte der an Demenz erkrankten Personen hat keine fachärztliche Diagnose, 5 % der Neuerkrankungen betreffen Personen, die jünger als 65 Jahre sind. Bis 2040 sind im Kanton Uri rund



9.7 %²⁷ (Stand 2020: 8.0 %) aller Personen 65+ an Demenz erkrankt, was einer Zunahme von 394 Personen gegenüber 2020 entspricht. Die prognostizierten Zahlen können sich aufgrund von Erfolgen in der Hirn- und Alzheimerforschung stark verändern.

Rund die Hälfte der Menschen mit Demenz werden zu Hause betreut (Alzheimer Vereinigung, 2014, S. 3). Die andere Hälfte lebt in Pflegeheimen, entweder in geschützten Abteilungen (aktuell 62 Plätze) oder integrativ betreut mit den anderen Bewohner:innen. Die Zunahme der Anzahl Einwohner mit Demenz in Uri bis 2040 bedeutet deshalb nicht, dass proportional mehr Plätze in geschützten Abteilungen geschaffen werden müssen. Wichtig ist jedoch ein entsprechendes Demenzkonzept in den jeweiligen Einrichtungen sowie die entsprechende Schulung des Personals (Alzheimer Vereinigung, 2014, S. 4). Zudem muss das entsprechende Personal verfügbar sein (Stichwort «Fachkräftemangel»).

5.3 Fachpersonalmangel

Der allgemein bekannte Fachpersonalmangel im Gesundheitswesen hat verschiedene Ursachen. Wichtige Faktoren ergeben sich jedoch aus der markanten Erhöhung der Lebenserwartung seit den 1960er Jahren sowie dem starken Rückgang der Geburtenrate nach 1965 (Höpflinger, 2022).

Die voraussichtliche Entwicklung in der Zentralschweiz bis 2029 wurde vom Obsan kürzlich in der Studie «Gesundheitspersonal in der Zentralschweiz; Bestand und Entwicklung, Angebot und Bedarf» detailliert untersucht (Merçay et al., 2022). Es werden eine Reihe von Massnahmen in den vier Handlungsfeldern Rekrutierung, Ausbildung, Personalerhaltung und Personaleinsatz empfohlen. Darüber hinaus steht die Umsetzung der Pflegeinitiative an.

Da der Fachpersonalmangel nicht nur die Langzeitpflege betrifft und weit über den Rahmen des vorliegenden Projekts hinausgeht, wird auf diesen im Folgenden nicht vertieft eingegangen.

5.4 Fazit Marktentwicklung

- *Politisch-ökonomisch*: Eine erneute Gesetzesanpassung soll EL-Bezügern den Zugang zu Angeboten des Betreuten Wohnens erleichtern, während die «Einheitliche Finanzierung Ambulant-Stationär» (EFAS) langfristig Fehlanreize zugunsten stationärer Leistungen eliminieren soll. Es ist davon auszugehen, dass beide Reformen zusammen die Nachfrage nach intermediären Angeboten fördern werden. Parallel dazu nehmen Formen der integrierten Versorgung zu und ermöglichen eine verbesserte Koordination und gezieltere Betreuung von Klient:innen.
- *Medizinisch-technologisch*: «Smart Home» und «Ambient Assisted Living» werden das selbständige Wohnen nach und nach erleichtern, können aber zur Unterstützung auch im stationären Bereich eingesetzt werden.

²⁷ Berechnung anhand geschlechtsspezifischer Prävalenzzahlen von Alzheimer Europe (Alzheimer Europe Report 2020)



- *Demenz*: Während die zunehmende Lebenserwartung vielen älteren Menschen zusätzliche Jahre eines weitgehend gesunden Rentenalters ermöglicht, wird ein Teil von demenziellen Erkrankungen beeinträchtigt. Diese haben auch für das Umfeld und die Langzeitpflege grosse Auswirkungen. Im Kanton Uri dürfte die Anzahl Personen mit Demenz zwischen 2020 und 2040 von gut 600 auf über 1'000 zunehmen (+ rund 60 %). Allerdings heisst dies nicht zwingend, dass die Anzahl Plätze in geschützten Demenzabteilungen in gleichem Mass ausgebaut werden muss. Zudem setzt der Fachkräftemangel entsprechende Limitationen.
- *Fachpersonalbedarf*: Aufgrund des demografischen Wandels trifft der Fachpersonalmangel das Gesundheitswesen besonders hart. Da der Fachpersonalmangel jedoch nicht nur die Langzeitpflege betrifft, weit über den Rahmen des vorliegenden Projekts hinausgeht und in anderen Projekten bearbeitet wird, soll auf diesen im Folgenden nicht vertieft eingegangen werden.

6 Bedürfnisse und angebotsspezifische Zielgruppen

6.1 Lebensalter, Altersphasen und Übergänge

Mit der Verlängerung der Lebenserwartung wurde das Lebensalter «Alter» entlang körperlicher und psychischer Fähigkeiten aufgeteilt in ein drittes und viertes Lebensalter (Gasser, Knöpfel und Seifert, 2015, S. 15). Aus der Sicht des funktionalen Gesundheitszustands haben Lalive d'Epinay et al. (zit. nach Höpflinger, 2009, S. 58) für das dritte und vierte Lebensalter weitere vier Altersphasen definiert:

- *Erste Altersphase «Noch erwerbstätige Senioren» (50+)*: Beginn Beschäftigung mit dem Übergang in die nachberufliche Phase. Viele überprüfen dabei ihre Lebens- und Wohnsituation.
- *Zweite Altersphase «Gesundes Rentenalter»*: Oft lange behinderungsfreie Lebensjahre dank Altersvorsorge, oft aktiver Lebensführung und moderner Medizin. Zumeist autonome Gestaltung dieser Altersphase nach eigenen Bedürfnissen.
- *Dritte Altersphase «Lebensphase verstärkter Fragilisierung (frailty)»*: Zunehmend gesundheitliche Beschwerden und funktionale Einschränkungen in den Bereichen «Hören», «Sehen», «Gehen» und «Sturzrisiko». Erschwerung oder Verunmöglichung eines selbständigen Lebens und Erzwingung Anpassung der Alltagsaktivitäten (wie Verzicht auf anstrengende Reisen oder Autofahren). Ein geeignetes Wohnumfeld mit Hilfe im Alltag sowie Pflege und Betreuung wird umso wichtiger, wenn der Partner stirbt und das soziale Umfeld bröckelt.
- *Vierte Altersphase «Pflegebedürftigkeit»*: Nicht alle alten Menschen werden gegen Lebensende pflegebedürftig, aber das Risiko von Pflegebedürftigkeit – und damit elementarer Abhängigkeit von Anderen – steigt im hohen Alter deutlich an, oft kombiniert mit Multimorbidität. Eine selbständige Lebensführung ist in dieser Phase kaum mehr möglich.



Abbildung 9: Lebensalter, Alternsphasen und Übergänge



Quelle: Eigene Darstellung

Relevant für Betreuungs- und Pflegebedarf sind die nachstehenden zwei Übergänge:

- Der erste wesentliche Übergang besteht zwischen der zweiten Alternsphase (Gesundes Rentenalter) und der dritten Alternsphase (verstärkte Fragilisierung).
In diesem Übergang entstehen stärker werdende gesundheitliche Beschwerden und funktionale Einschränkungen, die eine Anpassung der Alltagsaktivitäten (was wird von wem gemacht) und häufig auch des Wohnumfelds (bauliche Anpassung der angestammten Wohnumgebung in Bezug auf Hindernisfreiheit oder Umzug in barrierefreie Wohnungen) nach sich ziehen. Durch Todesfälle (eigener Partner, im Freundeskreis) müssen zudem soziale Kontakte neugestaltet oder sogar aufgebaut werden. Eine selbständige Lebensführung ist oft noch gut möglich, punktuell unter Einbezug von externen hauswirtschaftlichen, betreuerischen und allfälligen Pflegeleistungen bis zu einem gewissen Ausmass. Aufgrund der tendenziell abnehmenden funktionalen Fähigkeiten können geeignete intermediäre Wohnformen einen Beitrag zum selbständigen Wohnen leisten.
- Der zweite wesentliche Übergang besteht zwischen der dritten Alternsphase (verstärkte Fragilisierung) und der vierten Alternsphase (Pflegebedürftigkeit bzw. einem hohen Risiko für Pflegebedürftigkeit).
In diesem Übergang entsteht zusätzlich zur hauswirtschaftlichen und betreuerischen Unterstützung Pflegebedarf. Dieser wird in der Regel gegen das Lebensende immer intensiver und zeitaufwändiger. Entsprechend steigt die Abhängigkeit von Anderen und institutionelle Wohnformen gewinnen an Bedeutung.

6.2 Generelle Bedürfnisse ältere Bevölkerung

Die heute rund 75 bis über 90-jährigen werden bei besserer Gesundheit älter, möchten so lange wie möglich im privaten Zuhause wohnen und den Eintritt in ein Pflegeheim wenn möglich vermeiden. Bei Eintritt in ein Pflegeheim sind die Bewohner häufig multimorbid und haben ausgeprägte funktionale und hirnorganische Einschränkungen (vgl. Höpflinger, 2020. S. 14)



und / oder treten aus gesellschaftlichen und sozialen Gründen (z.B. Vereinsamung, Sicherheitsbedürfnisse) in ein Pflegeheim ein.

Die geburtenstarke Generation der Babyboomer mit den Jahrgängen 1943 bis 1963 prägt die jüngere Generation der Pensionierten. Die heute 60- bis Anfang 70-jährigen wurden in den 1968er-Jahren sozialisiert. Die Lebensstile haben sich stark individualisiert, Trennungen und neue Partnerschaften gehören auch zum Älterwerden (in der Generation der Babyboomer ist bereits mehr jede zehnte Ehe geschieden, Anteil steigend) und in Bezug auf ihre Wohnsituation sind die Babyboomer im Vergleich zu ihren Eltern ebenfalls mobiler. Generell wird das Alter zunehmend als gestaltbar betrachtet und nicht mehr passiv akzeptiert (vgl. Höpflinger, 2020, S. 7). Selbstbestimmung in Bezug auf Wohnen aber auch Pflege und Betreuung ist insbesondere bei den Babyboomern zentral. Die Babyboomer werden denn auch die Zukunft der Pflege massgeblich gestalten.

Wohnungsangebote müssen zwischen Bedürfnissen der jüngeren und älteren Pensionierten unterscheiden (Zimmerli, 2016. S. 15f).

6.3 Zielgruppen und ihre Bedürfnisse

Für das Projekt Langzeitpflege wurden folgende Zielgruppen mit ihren Bedürfnissen formuliert:

Tabelle 11 Bedürfnisse für offerstspezifische Zielgruppen

Zielgruppe	Bedürfnisse
Gesundes Rentenalter	Selbständigkeit bis ins hohe Alter bewahren und bei Bedarf niederschwellig und zielgerichtet Information / Beratung erhalten
Leicht Pflegebedürftige und fragile Personen mit ausreichend Selbstsorge-Fähigkeit für selbständiges Wohnen	Gezielte Unterstützung erhalten, um ihre Selbstsorge-Fähigkeit und eine ihrer Gesamtsituation angepasste Wohnform bewahren zu können
Mittel- bis schwer Pflegebedürftige	Autonomie wahrende, individuelle Betreuung / Zeit und Pflege sowie bedarfsgerechte Finanzierung
Schwerst Pflegebedürftige	
Betroffene mit Demenz	Adäquate Betreuung und Tagesstruktur
Palliative jüngere Patienten	Ihrer Situation angepasste palliative und ganzheitliche Betreuung und Pflege
Betroffene mit einer Behinderung (welche unter <65 in einer IV-Finanzierung waren)	Kontinuität in der Betreuung und eine ihrer Behinderung angepasste individuelle Betreuung und Pflege Da die spezifische Thematik der Pflege und Betreuung von Menschen mit Behinderung sowie deren Finanzierung über den Rahmen des vorliegenden Projekts hinausgeht, wird auf diese im Folgenden nicht vertieft eingegangen.
Psychisch Kranke Pflege- und betreuungsbedürftige	Bedarfsgerechte Tagesstruktur und individuelle Betreuung / Zeit und Pflege
Pflegende / betreuende Angehörige	Anerkennung und Vereinbarkeit mit übrigen Aufgaben, Entlastung mittels niederschwelliger, bedarfsgerechter Unterstützung



Zielgruppe	Bedürfnisse
Jüngere Pflegebedürftige (< 65 Jahre, primär somatisch)	Finanzierung selbständige Lebensweise zuhause und bei stationärer Pflege ihrer Situation und Alter angepasstes Umfeld sowie gesicherte Finanzierung

6.4 Fazit Bedürfnisse und Zielgruppen

Altern wird zusehends als gestaltbare Lebensphase betrachtet. Eine autonome Lebensführung, wird auch noch im höheren Alter – wo immer möglich – gewünscht. «Möglichst lange selbstbestimmt wohnen und leben zu können» kann als generelles Bedürfnis der älteren Bevölkerung gesehen werden («Oberziel»). Wird Betreuung und / oder Pflege notwendig, so sollen diese autonomiewahrend und individuell gestaltbar möglich sein. Die Gestaltung von Beratungs-, Betreuungs-, Wohn- und Pflegeangeboten berücksichtigen die jeweiligen Bedürfnisse und Notwendigkeiten in der entsprechenden Alternsphasen durch zielgruppenspezifische (Wohn-)Angebote.

7 Strategie Langzeitpflege Uri

7.1 Zugrundeliegendes Altersmodell

Die WHO postuliert mit ihrem Konzept des „Gesunden Alterns“, dass Altern mehr ist als die bloße Abwesenheit von Krankheit. Gesundes Altern wird stattdessen definiert als „der Prozess der Entwicklung und Aufrechterhaltung der funktionalen Fähigkeit, die Wohlbefinden im höheren Alter ermöglicht“ (WHO, 2016, S. 14). Die funktionale Fähigkeit ergibt sich aus dem dynamischen Zusammenspiel von intrinsischer Kapazität und dem Lebensumfeld:

- Intrinsische Kapazität: Gesamtheit der körperlichen und geistigen Fähigkeiten, die ein Mensch zu einem gewissen Zeitpunkt zur Verfügung hat (z.B. laufen und sich orientieren können). Sie ist ein ausschlaggebender Faktor dafür, was ältere Menschen noch tun können.
- Lebensumfeld: Mit ihm steht die Person in unterschiedlichen Wechselbeziehungen. Es umfasst die Bandbreite von Ressourcen und Hindernissen, die letztlich bestimmen, ob die Person das tun kann, was ihr wichtig ist.

Die funktionale Fähigkeit kann in der Folge umschrieben werden als die Möglichkeit einer Person zu sein und zu tun was ihr wichtig ist unter Einbezug ihrer Interessen, Fähigkeiten, Eigenschaften und Beeinträchtigungen. Kann eine Person das Gleichgewicht zwischen ihrer Umwelt und ihrer Fähigkeiten nicht mehr aufrechterhalten, so zieht dies einen Verlust an Resilienz nach sich. Gewisse Fähigkeiten und Kompetenzen laufen Gefahr, dauerhaft verloren zu gehen nach dem Motto «use it, or loose it». Dies führt zu steigender Vulnerabilität und diese wieder zu erhöhter Fragilität (Höpflinger et al., 2019, S. 163 ff). Für die meisten älteren Menschen steht die Stabilisierung dieser funktionalen Fähigkeiten an oberster Stelle, wenn es um die Einschätzung der eigenen Lebensqualität geht. Selbstsorge („Self-Care“) beeinflusst, wie mit



Veränderungen im Alltag umgegangen werden kann. Selbstsorge beinhaltet sämtliche Handlungen, die Menschen initiieren oder ausführen, um einen sinnvollen, gelingenden Alltag für sich und das soziale Umfeld zu gestalten. Bei im Alter abnehmenden Selbstsorge-Fähigkeiten oder einer Zunahme der Aufgaben entsteht eine Diskrepanz zwischen Fähigkeiten und Anforderungen. Der Bereich der Vulnerabilität und damit der Unterstützungsbedarf wird grösser und von informellen Unterstützungssystemen oder durch professionelle Hilfe kompensiert.

7.2 Vision

Die ältere Bevölkerung im Kanton Uri soll so lange wie möglich ein selbständiges und selbstbestimmtes Wohnen und Leben führen können («Oberziel»). Betreuung und Pflege erfolgt Autonomie wahrend, dem Bedarf angepasst und mit bedarfsgerechter Finanzierung. Um dies zu ermöglichen, verfügt der Kanton Uri im Bereich LZP über Rahmenbedingungen, die eine Leistungserbringung aus einer Hand sowie Planung und Steuerung erlauben.

7.3 Strategische Stossrichtungen

Die Stossrichtungen basieren auf der Analyse, den Trends und Bedürfnissen (siehe Kap. 4 bis 6), den angebotsspezifischen Zielgruppen (siehe Kap. 6.3) sowie der Vision. Folgende strategische Stossrichtungen in Bezug auf Klient:innenleistungen sollen verfolgt werden:

Tabelle 12: Strategische Stossrichtungen bezüglich Klient:innenleistungen

Strategische Stossrichtung	Strategisches Ziel
S1 - Stationär halten und differenzieren	Bedarf bis 2030/2035 mit bestehenden Plätzen decken unter Berücksichtigung des Bedarfs an spezialisierter Pflege.
S2 - Intermediär ausbauen	Angebot gemäss Bedarfsabschätzung verfügbar und unabhängig von finanziellen Voraussetzungen nutzbar machen, um selbstbestimmtes Wohnen zu unterstützen und mit den bestehenden stationären Plätzen den künftigen Bedarf decken zu können.
S3 - Ambulant ausbauen	Bedarfsgerechtes Angebot ambulante Pflege, Betreuung und Unterstützung, um selbstbestimmtes Wohnen zu unterstützen und aber auch um mit den bestehenden stationären Plätzen den künftigen Bedarf decken zu können.
S4 - Gesundheit / Prävention fördern	Lebenserwartung bei guter Gesundheit steigern und die individuelle Lebensqualität erhöhen, indem gesunde Verhaltensweisen gefördert werden. Ein gesunder Lebensstil im Alter fördert die Erhaltung der Gesundheit und eine Lebensqualität, die sich durch Autonomie und Selbstständigkeit auszeichnet.
S5 - Beratung / Koordination schaffen	Umfassende Information, Triage und Beratung mittels einer übergreifenden Anlaufstelle für alle Angebote, um eine effiziente Information und Koordination für Betroffene und Angehörige sicherzustellen.



Strategische Stossrichtung	Strategisches Ziel
S6 - Freiwilligenhilfe fördern und stärken	Mittels Schaffung von Angeboten die Ressourcen von Angehörigen und Freiwilligen nutzen, um selbstbestimmtes und selbständiges Wohnen und Leben möglichst lange zu ermöglichen.

7.4 Handlungsfelder und Massnahmen

Für jede strategische Stossrichtung wurden Handlungsfelder erarbeitet und priorisiert. Kriterien für die Priorisierung waren eine Einschätzung der Wirksamkeit in Bezug auf die Ziele und die Beurteilung der Dringlichkeit durch die Projektgruppe; leichte Anpassungen ergaben sich aus den Inputs anlässlich des Workshops mit Gemeinden am 22.06.2023.

Übersicht zur Priorisierung der Handlungsfelder:

Tabelle 13: Handlungsfelder nach strategischer Stossrichtung und Priorisierung

S1 - Stationär halten und differenzieren	S2 - Intermediär ausbauen	S3 - Ambulant ausbauen	S4 - Gesundheit / Prävention fördern	S5 - Beratung / Koordination schaffen	S6 - Freiwilligenhilfe fördern und stärken
Handlungsfelder mit Priorität 1					
S1-01 Demenzbetreuung und -pflege (stationär) ²⁸	S2-01 Kurzzeitaufenthalte	S3-02 Betreuung und Unterstützung zuhause		S5-01 Beratung über alles	S6-01 Pflegenden Angehörige
S1-02 Palliative Care ²⁸	S2-02 Tages- und Nachtstrukturen				
	S2-04 Betreutes Wohnen				
Handlungsfelder mit Priorität 2					
S1-04 Schwerstpflegebedürftige Personen		S3-03 Pflege / Betreuung Betroffene mit Demenz			S6-02 Entlassungsdienst ambulant
S1-05 Pflege / Betreuung von psychisch kranken Personen		S3-05 Dienstleistungsangebot (prof. Leistungserbringer)			S6-03 Begleitedienst
					S6-04 Fahrdienst
Handlungsfelder mit Priorität 3					
S1-06 Menschen <65 mit stationärem Pflegebedarf		S3-01 Langzeitpflege in Behinderteninstitutionen (Spitin)	S4-01 Sturzprophylaxe		
S1-07 Post-hospitale spezialisierte Pflege		S3-04 Pflege 24h	S4-02 Bewegung		

²⁸ parallel auch ambulant



S1 - Stationär halten und differenzieren	S2 - Intermediär ausbauen	S3 - Ambulant ausbauen	S4 - Gesundheit / Prävention fördern	S5 - Beratung / Koordination schaffen	S6 - Freiwilligenhilfe fördern und stärken
S1-08 Sterbebegleitung		S3-06 Haushilfe nur auf ärztliche Verordnung	S4-03 Ernährung		
		S3-07 Haushilfe integriert in Betreuung und Pflege	S4-04 Psychische Gesundheit		
		S3-08 Mahlzeiterdienst	S4-05 Kommunikation Ges.-Förd. / Prävention		

Die Handlungsfelder der Priorität 1 sind im Anhang 11.6 detaillierter erläutert.

Ebenso wurden für die Handlungsfelder der Priorität 1 Massnahmenvorschläge erarbeitet (siehe Anhang 11.7.1). Dort, wo es aufgrund der Dringlichkeit Massnahmen braucht, bevor die neue Zuständigkeitsvariante umgesetzt ist, wurden zudem «Massnahmen in der Übergangsphase» erarbeitet (siehe Anhang 11.7.2).

7.5 Voraussichtliche Entwicklung «Sollszenario»

7.5.1 Generelles

In diesem Kapitel soll aufgezeigt werden, wie sich die Kosten der Langzeitpflege für Kanton und Gemeinden voraussichtlich entwickeln, wenn die im Kap. 7.3 beschriebenen strategischen Stossrichtungen sowie die daraus abgeleiteten Handlungsfelder und Massnahmen gemäss Kap. 7.4 umgesetzt werden und sich so das Ausmass der ambulanten, stationären und intermediären Versorgung in der Langzeitpflege gegenüber dem «Nullszenario» (siehe Kap. 4.8) ändert. In der Projektgruppe wurden möglichst realitätsnahe Annahmen für die künftige Entwicklung der Beiträge getroffen. Zu beachten ist, dass die Genauigkeit von Prognosen und Annahmen mit der Dauer des Planungshorizonts abnimmt.

7.5.2 Projektion Leistungsmengen

- *Bedarf Pflegebetten Langzeitaufenthalte:* Basis des «Sollszenarios» ist die Anzahl Pflegeplätze gemäss Prognose Obsan Variante 5²⁹ (Obsan, 2020), wobei wir von einer zeitlichen Verzögerung des in der Variante 5 angenommenen «Shifts ambulant» über den Zeitraum bis 2040 gegenüber dem «Nullszenario» ausgehen: Zusätzlicher Shift ambulant im «Sollszenario» gegenüber dem «Nullszenario» im Jahr 2030 von 2 %, im 2035 von 9 % und im 2040 von 10.8 %.

²⁹ Personen mit den KLV-Pflegestufen 0–12 leben künftig im APH. Der Anteil, der in APH betreuten Personen mit den KLV-Pflegestufen 0 bis 2 wird künftig nur noch 50 % betragen. Zudem wird ebenfalls von einer generellen Verlagerung von 10 % in den ambulanten Bereich ausgegangen («shift ambulant 10 %»).



- **KLV- und HWL-Stunden ambulant:** Die verrechneten Stunden (KLV und Hauswirtschaft) wurden aufgrund der Bevölkerungsentwicklung 65+ im Kanton Uri hochgerechnet. Zudem wurden bei den Leistungsprognosen die Leistungen für Personen, die künftig nicht mehr im APH, sondern ambulant gepflegt und betreut werden, eingerechnet (pro substituiertem Pflegeplatz: 30 Min. KLV-Pflege / Tag, 2 Std. hauswirtschaftliche Leistungen / Woche). Dieses Vorgehen entspricht den Berechnungen im «Nullszenario».
- **Bedarf Pflegebetten Kurzzeitaufenthalte, TONS und Betreutes Wohnen:** Gemäss der letzten Obsan-Studie (Obsan, 2022) gehen wir davon aus, dass die Personen, die künftig nicht mehr im APH gepflegt werden, zu 40 % zu Hause wohnen werden und zu 60 % im Betreuten Wohnen. Alle diese Personen nehmen Spitexleistungen und in einem gewissen Ausmass allenfalls Tages- und Nachtstrukturen sowie Kurzzeitaufenthalte in Anspruch. Zu berücksichtigen ist, dass Plätze im Betreuten Wohnen, einerseits durch die künftig stärkere Verlagerung in den ambulanten Bereich (im 2035: 57 der errechneten 165 Plätze) , andererseits aber auch im Sinne eines Nachholeffekts (dem bisherigen Bedarf stehen keine Angebote gegenüber) beansprucht werden.

Durch die stärkere Verschiebung in den ambulanten Bereich gibt es bis 2040 ein Wachstum bei den KLV-Stunden von 99 % («Nullszenario»: 68 %) und bei den hauswirtschaftlichen Leistungen um 167 % («Nullszenario»: 103 %). Bis 2030 sollte mit den bestehenden stationären Plätzen ein Auslangen gefunden werden können. Aufgrund des langen Planungshorizont bis 2040 gehen wir davon aus, dass sich hier noch Verschiebungen bzw. Veränderungen ergeben werden und sich der prognostizierte Bedarf in der Realität noch reduzieren wird und auch im Jahr 2035 das bestehende Angebot reichen kann, wenn die strategischen Stossrichtungen und Massnahmen gemäss Kapitel 7.4 diesbezüglich konsequent verfolgt und umgesetzt werden.

Tabelle 14: Projektion Leistungsmengen «Sollszenario» 2030 - 2040

Bereich	Kategorie	2030	2035	2040
		Prognose	Prognose	Prognose
	Bevölkerung 65+ Kanton Uri	9'690	10'305	10'497
	Veränderung zu 2020	24.8%	32.7%	35.2%
stationäre LZP	Sollszenario Pflegebetten Langzeitaufenthalt	556	584	601
	Veränderung zu 2020	0.8%	5.8%	8.9%
Kurzzeitplätze	Anzahl Kurzzeitplätze (aus Substitution)	3	9	14
ambulante LZP	KLV-Stunden ambulant	58'120	72'737	84'529
	Veränderung zu 2020	36.6%	70.9%	98.6%
ambulante LZP	HWL-Stunden ambulant	17'449	24'784	31'193
	Veränderung zu 2020	49.2%	111.9%	166.7%
intermediäre Angebote	Tage Tagesheim	2'194	3'173	4'034
	Veränderung zu 2020	51.3%	118.8%	178.2%
intermediäre Angebote	Plätze Betreutes Wohnen	136	165	189

Quelle: Kanton Uri (eigene Darstellung)

n Auswirk NullVar + SollVar_2023 09 30 ESCA RW.xlsx\Extraprol_SollSamKosten

Um mit den bestehenden 551 stationären Plätzen über die gesamte Periode bis 2040 das Auslangen zu finden, müsste der Shift ambulant gegenüber dem «Nullszenario» im Jahr 2030 von rund 3 %, im Jahr 2035 von 16 % und im 2040 von 20 % stattfinden. Der Shift ambulant des «Null- und Sollszenarios» zusammengerechnet müsste im 2030 6.3 %, im 2035 20.5 %



und im 2040 30 % betragen. Die Institutionalisierungsrate der 80+ wäre bei dieser starken Verschiebung bei 19 % im Jahr 2030 und im Jahr 2040 bei 14 % (Stand 2021: Kt. UR 24 %, Kt. BL: 14.7 %). Das heisst 85 % der 80+-Jährigen würden dann im angestammten Zuhause oder im Betreuten Wohnen wohnen.

7.5.3 Projektion Beiträge Kanton und Gemeinden

Wie im Kap. 4.8.3 ausgeführt gibt es neben der Kostensteigerung durch die Bevölkerungsentwicklung auch nicht demographische Kostentreiber.

Im «Sollszenario» rechnen wir ebenfalls mit einer nichtdemographischen Kostensteigerung von 4 % (für die weiteren Angebote 2 %) pro Jahr ab 2025 bis 2040. Ab 2030 ist unter den weiteren Angeboten die neue Koordinations- und Beratungsstelle (siehe S5-01) eingerechnet. Zudem berücksichtigen wir ab 2030 einen Effizienzgewinn von je 1.5 % pro Jahr zunehmend bis 2040 aufgrund der Umsetzung der strategischen Stossrichtungen sowie Implementierung der integrierten Versorgung in der neuen Trägerschaft.

Tabelle 15: «Sollszenario» voraussichtl. Beiträge Kanton/Gemeinden 2030–2040, TCF

Kategorie	2030	2035	2040
	Prognose	Prognose	Prognose
STATIONÄRE LANGZEITPFLEGE	22'686	26'710	30'386
Gemeinden: Beitrag an Pflegerestkosten	15'353	18'092	20'598
Kanton: heimbedingte Mehrkosten EL	7'333	8'618	9'788
AMBULANTE LANGZEITPFLEGE UND HILFE ZU HAUSE	5'532	7'785	10'027
Kanton: Beitrag KLV- und HW-Leistungen	5'196	7'409	9'612
Kanton: EL Krankheitskosten zu Hause	336	376	415
INTERMEDIÄRE ANGEBOTE	263	426	597
Kanton: Beitrag Tagesheim	263	426	597
WEITERE ANGEBOTE	709	721	721
Gemeinde: Beiträge weitere Angebote	18	19	19
Kanton: Beiträge weitere Angebote	691	702	703
TOTAL	29'190	35'641	41'732
Veränderung zu 2020	69.4%	106.8%	142.1%
davon Gemeinden	15'371	18'111	20'617
davon Kanton	13'819	17'530	21'115
davon Gemeinden in % Total	53%	51%	49%
davon Kanton in % Total	47%	49%	51%

[100-01_06_Fin Auswirk NullVar + SollVar_2023 09 30 ESCARW.xlsx]Extrapol_SollSzenKosten

Selbst bei einer optimistischeren nichtdemographischen Kostensteigerung von 2 % pro Jahr ab 2025 bis 2040 ergibt sich eine Gesamtkostensteigerung gegenüber 2020 von 82 % (Kosten 2040: CHF 31.3 Mio.).



7.5.4 Gegenüberstellung Beiträge «Null- und Sollszenario»

Das «Sollszenario» führt gegenüber dem «Nullszenario» (siehe Kap. 4.8.3) aufgrund der Umsetzung der strategischen Stossrichtungen in einem integrierten Betrieb zu einer prognostizierten Kosteneinsparung von 12 % im Jahr 2030 und rund 21 % im Jahr 2040.

Zuständigkeitsvarianten, die die Schaffung einer integrierten Versorgung inklusive Beratung und Koordination über den gesamten Kanton Uri ermöglichen (siehe Anhang 11.10), sind Voraussetzung für die Umsetzung der strategischen Stossrichtungen und daraus abgeleiteten Handlungsfeldern und Massnahmen. In den anderen Zuständigkeitsvarianten (siehe Anhang 11.8) ist die Umsetzung der angestrebten Stossrichtungen und Massnahmen sowie die Erreichung der Effizienzgewinne nur schwer oder gar nicht machbar.

Tabelle 16: Voraussichtliche Beiträge Kanton und Gemeinden im «Null- und Sollszenario» in TCHF im Vergleich

Bereich	Variante	2030	2035	2040
		Prognose	Prognose	Prognose
Stationäre LZP	Nullszenario	23'496	32'459	41'822
Stationäre LZP	Sollszenario	22'686	26'710	30'386
Stationäre LZP	Mehr- (+) / Minderbeiträge (-) Sollszenario zu Nullszenario	-810	-5'748	-11'435
Ambulante LZP	Nullszenario	5'434	7'348	10'227
Ambulante LZP	Sollszenario	5'532	7'785	10'027
Ambulante LZP	Mehr- (+) / Minderbeiträge (-) Sollszenario zu Nullszenario	98	437	-200
Intermediäre Angebote	Nullszenario	220	285	353
Intermediäre Angebote	Sollszenario	263	426	597
Intermediäre Angebote	Mehr- (+) / Minderbeiträge (-) Sollszenario zu Nullszenario	43	141	244
Weitere Angebote	Nullszenario	389	429	474
Weitere Angebote	Sollszenario	709	721	721
Weitere Angebote	Mehr- (+) / Minderbeiträge (-) Sollszenario zu Nullszenario	320	291	248
Total LZP	Nullszenario	29'538	40'521	52'875
Total LZP	Sollszenario	29'190	35'641	41'732
Differenz Total LZP	Mehr- (+) / Minderbeiträge (-) Sollszenario zu Nullszenario	-348	-4'879	-11'144
	Mehr- (+) / Minderkosten (-) Sollszenario zu Nullszenario in %	-1%	-12%	-21%

[100-01_06_Fin Auswirk NullVar + SollVar_2023 10 23 ESCARW.xls]Extrapol_SollSzenKosten

7.6 Fazit Strategie

Zwar ist die Erarbeitung einer fundierten Altersstrategie nicht im Kernauftrag des Projekts, doch braucht es für die Gestaltung der Neuorganisation der Langzeitpflege eine strategische Grundlage. Basierend auf den Bedürfnissen (siehe Kap. 6) und dem WHO-Konzept «Gesundes Altern» (siehe Kap. 7.1) ergibt sich die Vision, dem generellen Bedürfnis bzw. dem «Oberziel» (so lange wie möglich ein selbstständiges und selbstbestimmtes Wohnen und Leben führen können) zu entsprechen. Sechs strategische Stossrichtungen sollen helfen, dieses komplexe Ziel zu erreichen. Zu diesen Stossrichtungen wurden Handlungsfelder und Massnahmen abgeleitet und in drei Prioritäten eingeteilt.

Die Umsetzung einer solchen Strategie ist in der aktuellen Zuständigkeits- und Struktursituation im Kanton Uri (vgl. Fazit Langzeitpflege Kap. 4.9) äusserst komplex, weshalb die Vision die Leistungserbringung aus einer Hand postuliert.



Zwar sind einige Handlungsfelder aufgrund der heutigen Finanzierungssituation noch sektorweise (z.B. stationär, ambulant usw.) getrennt. In der Umsetzung wird darauf zu achten sein, eine möglichst ganzheitliche Betrachtungsweise vorzunehmen. Bei den Details zu Handlungsfeldern der Priorität 1 (vgl. Anhang 11.6) wurde dies zum Beispiel bei den Handlungsfeldern «Demenz» und «Palliative Care» bereits berücksichtigt.

8 Künftige Zuständigkeiten Langzeitpflege im Kanton Uri

8.1 Begriffliches

8.1.1 Zuständigkeit

Mit dem Begriff «Zuständigkeit» ist in der Regel die Verantwortung für die Sicherstellung gemeint. In der Regel schliesst dies die Finanzierung (des entsprechenden Anteils der öffentlichen Hand) durch diese staatliche Ebene ein. Soweit sie diese Leistungen nicht selbst erbringt, schliesst sie mit Leistungserbringern Leistungsvereinbarungen ab.

8.1.2 Trägerschaft

Der Begriff «Trägerschaft» wird im deutschen Sprachgebrauch unterschiedlich verwendet³⁰. Im vorliegenden Kontext geht es um jene Organisation (rechtsformunabhängig), welche die Leistungserbringung übernimmt.

8.2 Typologien Zuständigkeit im Kantonsvergleich

Die Zuständigkeiten der Langzeitpflege sind in der Schweiz – je nach Kanton – unterschiedlich organisiert. Die Zuständigkeiten für die ambulante und stationäre LZP kann in vier grundsätzliche Typologien (Cosandey, J., 2016a) eingeteilt werden:

- Bei der ersten Gruppe (Kantone AI, GE, NE, NW, BE, JU, FR, VD, TI, VS, GL³¹) sind die Zuständigkeiten weitgehend beim Kanton. In einigen Kantonen erfolgt die Finanzierung der Pflegerestkosten und der EL durch Kanton und Gemeinden.
- Bei der zweiten Gruppe (Kantone LU, OW, ZG, ZH) sind die Zuständigkeiten für die ambulante und stationäre LZP bei den Gemeinden, jedoch die Erteilung von Betriebsbewilligungen (Spitex und APH) sowie die Bettenplanung beim Kanton.

³⁰ Das Wörterbuch Wiktionary (<https://de.wiktionary.org/wiki/Tr%C3%A4gerschaft>, Zugriff am 07.08.2023) spricht mehr allgemein von «1) Bereitstellung von personellen und materiellen Voraussetzungen für das Handeln einer Organisation; 2) (Gesamtheit der) Institution(en), die 19 vornimmt». Wikipedia stützt sich auf das deutsche öffentliche Recht ([https://de.wikipedia.org/wiki/Tr%C3%A4ger_\(%C3%B6ffentliches_Recht\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Tr%C3%A4ger_(%C3%B6ffentliches_Recht)), Zugriff am 07.08.2023): «Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen des öffentlichen Rechts, welche die Dienstaufsicht, Fachaufsicht oder mehrheitliche Kapitalbeteiligung über andere Rechtsformen ausüben».

³¹ Zuständigkeiten ab 1.1.2023



- Bei der dritten Gruppe (Kantone SH, TG, UR) sind die Zuständigkeiten und die Finanzierung der stationären LZZ bei den Gemeinden und die der ambulanten LZZ beim Kanton oder vice versa. Hier besteht ein möglicher Interessenskonflikt für den Fall, dass Gemeinden bzw. Kanton nur jeweils den in ihrer Zuständigkeit liegenden Teil der LZZ optimieren ohne Blick auf das Optimum des Gesamtsystems der LZZ.
- Bei der vierten Gruppe (Kantone BS, AR, BL, SZ, GR, SO, SG, AG) sind die Gemeinden zuständig für die Finanzierung der ambulanten und stationären LZZ, der Kanton jedoch für die Tarife. Diese Kompetenzteilung sorgt häufig für Diskussionen, da die Gemeinden bei den Verhandlungen mit den Leistungserbringern durch die Tarifvorgaben des Kantons eingeschränkt sind.

8.3 Bewertung der Varianten für den Kanton Uri

Um die Versorgungskette in der Langzeitpflege (siehe Kap.4.4.1) optimal zu gestalten, spielt es weniger eine Rolle, ob Kanton oder Gemeinden diese Verantwortung tragen, sondern dass die Vergabe und die Finanzierung von Leistungsaufträgen für ambulante, intermediäre und stationäre Dienstleistungen entsprechend koordiniert sind (bis hin zu «alles aus einer Hand») und Interessenskonflikte und Koordinationsaufwand aufgrund von unterschiedlichen Zuständigkeiten möglichst minimiert werden. Zudem sollen die Kosten- und Entscheidungsträger deckungsgleich sein, sodass die fiskalische Äquivalenz («Wer zahlt, befiehlt – wer befiehlt, zahlt») und damit Kongruenz in Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung (AKV) erreicht wird.

Im Rahmen des Projekts wurden neben dem Status Quo der Zuständigkeiten acht Varianten erarbeitet, die auf der nächsten Seite kurz charakterisiert sind. Die detaillierten Zuständigkeiten für ambulante, stationäre Leistungen, Beratung / Prävention und Ergänzungsleistungen, sowie Zuständigkeiten für neue Handlungsfelder und Massnahmen, die sich aus den strategischen Stossrichtungen (siehe Kap. 7.3) ergeben, sind im Anhang 11.8 tabellarisch dargestellt.



Tabelle 17: Definitionen zu den Varianten Zuständigkeit

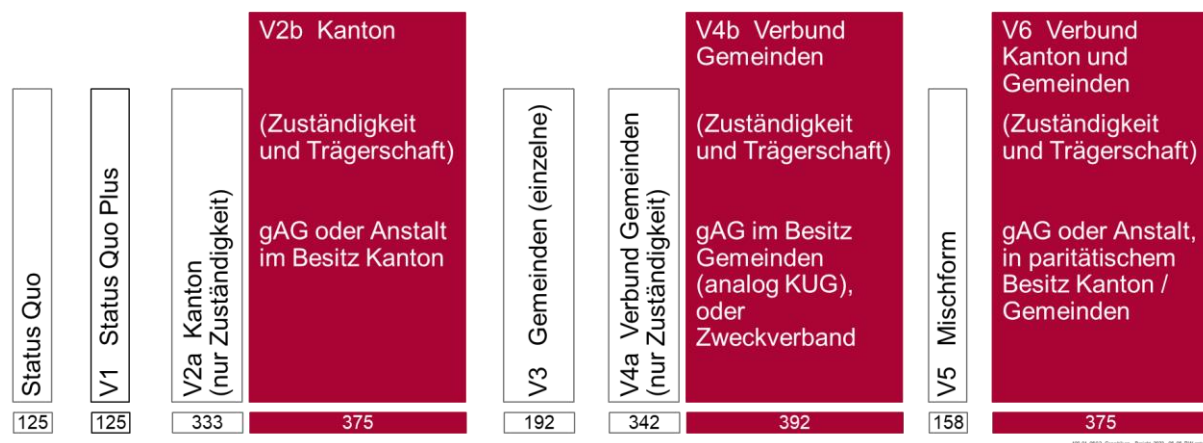
V0 Status Quo	V1 Status Quo Plus	V2a: Konzentration beim Kanton (nur Zuständigkeiten)	V2b: Konzentration beim Kanton (Trägerschaft / integrierter Betrieb)	V3: Konzentration bei einzelnen Gemeinden	V4a: Verbundlösung Gemeinden (nur Zuständigkeiten)	V4b: Verbundlösung Gemeinden (Trägerschaft / integrierter Betrieb)	V5: Mischform	V6: Verbundlösung Kanton und Gemeinden (Trägerschaft / integrierter Betrieb)
<i>IST-Situation Zuständigkeiten in der LZP inkl. Finanzierung.</i>	<i>IST-Situation Zuständigkeiten in der LZP, aber Anpassung Finanzierung Pflegerestkosten</i>	<i>Konzentration der Zuständigkeiten für LZP generell beim Kanton analog Kt. GL, inkl. EL-Beträge und inkl. potenzielle neue Massnahmen.</i>	<i>Konzentration der Zuständigkeiten und langfristig auch der Trägerschaft für LZP generell beim Kanton, inkl. EL-Beträge und inkl. potenzielle neue Massnahmen.</i>	<i>Konzentration der Zuständigkeiten für LZP generell inkl. allen ambulanten Angeboten bei einzelnen Gemeinden, inkl. EL-Beträge und inkl. potenziellen neuen Massnahmen.</i>	<i>Konzentration der Zuständigkeiten für LZP inkl. potenzielle neue Massnahmen generell bei Verbundstruktur der Gemeinden</i>	<i>Konzentration der Zuständigkeiten und auch der Trägerschaft für LZP inkl. potenzielle neue Massnahmen generell bei Verbundstruktur der Gemeinden (analog KUG)</i>	<i>Mischform, wobei Gemeinden den grösseren Teil übernehmen und Kanton sich auf Bettenplanung, Übernahme heimbefindliche Mehrkosten EL, Koordination, Beratung, Prävention u.a.m. konzentriert.</i>	<i>Konzentration der Zuständigkeiten und langfristig auch der Trägerschaft für LZP generell bei gemeinsamer Verbundstruktur von Kanton und Gemeinden, inkl. EL-Beträge und inkl. potenzielle neue Massnahmen.</i>
Potenzielle neue Massnahmen werden entlang den bisherigen Zuständigkeiten zugordnet.	Entweder übernimmt Kanton Finanzierung aller Pflegerestkosten oder die stationären Pflegerestkosten der Gemeinden werden über einen Topf mit festem Schlüssel verteilt. Potenzielle neue Massnahmen werden entlang den bisherigen Zuständigkeiten zugordnet.	Trägerschaften für Spitex und Heime bleiben unverändert, aber der Kanton schliesst mit den Betrieben Leistungsvereinbarungen ab	Kanton schafft eine geeignete Trägerschaft im Sinne eines Unternehmens Betriebe wie Heime oder Spitex können nach individuellem Zeitplan entweder in die neue Trägerschaft integriert werden oder (bis auf weiteres) selbständig bleiben (mit Leistungsvereinbarung)	Die einzelnen Gemeinden schliessen mit der Spitex eine Leistungsvereinbarung ab. Für neue Massnahmen sind die einzelnen Gemeinden zuständig,	Die Gemeinden schaffen eine geeignete Verbundstruktur, welche die Zuständigkeit für die LZP flächendeckend übernimmt. Heime und Spitex verbleiben bei den bisherigen Trägerschaften, mit denen die Verbundstruktur jeweils Leistungsvereinbarungen abschliesst	Die Gemeinden schaffen eine geeignete Verbundstruktur im Sinne eines Unternehmens als neue Trägerschaft Betriebe wie Heime oder Spitex können nach individuellem Zeitplan entweder in die neue Trägerschaft integriert werden oder (bis auf weiteres) selbständig bleiben (mit LV----+)	Trägerschaften für Spitex und Heime bleiben unverändert,	Schaffung neue Trägerschaft als Unternehmen im paritätischen Besitz von Kanton und Gemeinden Betriebe wie Heime oder Spitex können nach individuellem Zeitplan entweder in die neue Trägerschaft integriert werden oder (bis auf weiteres) selbständig bleiben (mit LV)



Für die Bewertung der Varianten wurden vier Kriterien – Subsidiaritätsprinzip, fiskalische Äquivalenz, Accountability (d.h. demokratische Verantwortlichkeit) und Effizienz – definiert und mittels Rangreihenmethode gewichtet³². Anschliessend wurden der Status Quo und alle Varianten mit einer Nutzwertanalyse³³ bewertet. Da die ungenügende Erfüllung eines Kriteriums nicht noch stärker differenziert wurde, ergab sich bei der Bewertung des Status Quo und der Variante Status Quo Plus idente Punktezahlen bei der Nutzwertanalyse. Die detaillierte Bewertung mit Darstellung und Gewichtung der Kriterien sowie Argumentation für die Vergabe der Punkte findet sich im Anhang 11.11).

Die nachstehende Abbildung zeigt die bewerteten Varianten mit den zusammengefassten Ergebnissen (Zahlen unter den Blöcken):

Abbildung 10: Ergebnisse Nutzwertanalyse



Anmerkungen zum Ergebnis der Bewertung:

- Die drei Varianten V2b, V4b und V6, bei denen Zuständigkeit und Trägerschaft kombiniert werden, erhielten die höchsten Punktezahlen. **Nur sie erlauben das Erreichen des Projektziels einer sorgfältig abgestimmten und damit integrierten Versorgung aus einer Hand.** Mit V2a und V4a wäre dies nicht zu erreichen (auf eine analoge Trennung von V6 in je eine Subvariante V6a und V6b wurde verzichtet). Andererseits beinhalten die drei Varianten V2b, V4b und V6 mit einem Monopol verbundene Risiken, denen frühzeitig mit flankierenden Massnahmen begegnet werden muss.

³² Für jedes Kriterium wird im paarweisen Vergleich mit den anderen Kriterien ermittelt, welches jeweils wichtiger (1 Punkt) oder weniger wichtig ist (0 Punkte), oder ob sie jeweils gleichwertig sind (je 0.5 Punkte) sind. Die erhaltenen Punktzahlen im Verhältnis zum Total ergeben die prozentuale Gewichtung.

³³ Jedes Kriterium würde für jede Variante bewertet und die Punktezahl (4 = sehr gut, 3 = gut, 2 = genügend, 1 = ungenügend) mit der Gewichtung des Kriteriums multipliziert. Die so ermittelten Werte pro Kriterium wurden pro Variante summiert.



- Bei Anwendung der Nutzwertanalyse sollte die Differenz in der Punktzahl mindestens 10 % betragen, um signifikant zu sein. Dass die Varianten 2b und 6 exakt die gleiche Punktzahl erreichen, ist Zufall (d.h. die Bewertung ist nicht in allen Kriterien identisch). Die Bewertung von Variante 4b ist leicht besser, weil
 - o bei V2b die Gemeinden «ausser vor» sind und der Kanton eine dreifache Rolle erhält (Zuständigkeit, Aufsicht und Betrieb)
 - o bei V6 zum einen das Monopol ausgeprägter ist, weil alle Körperschaften mit drin sind und kein Gegengewicht mehr besteht. Zum anderen erhält die operative Führung als «Diener vieler Herren» eine noch einzigartigere Stellung.
- V3 mit der Zuständigkeit bei den jeweils einzelnen Gemeinden würde voraussichtlich einige Gemeinden überfordern.
- V1 (bei der die aktuellen Zuständigkeiten weitgehend bleiben) schliesslich würde die fiskalische Äquivalenz gegenüber dem Status Quo noch verschlechtern und das Ziel integrierter Versorgung in weite Ferne rücken lassen.

Die Definition der Eckwerte der drei priorisierten Varianten V2b, V4b und V6 ist im Detail im Anhang 11.10 ersichtlich.

8.4 Wahl der Zuständigkeitsvariante

Welche der drei priorisierten Varianten gewählt werden soll, ist nicht nur eine sachliche, sondern auch politische Frage. Für die Gemeinden dürften auch ihre Sicht mit Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Aufbau im Bereich Abfall (ZAKU) und im Bereich Abwasser eine Rolle spielen.

Im Rahmen des Workshops vom 22.06.2023 mit Teilnehmenden der Gemeinden, des Gemeindeverbands und der Institutionen wurde eine Befragung mittels Fragebogen bezüglich der Priorisierung der Varianten durchgeführt:

- Tendenziell wird über alle Teilnehmenden die Variante 6 Gemeinsamer Verbund Gemeinden / Kanton mit Zuständigkeit und Trägerschaft) bevorzugt, wobei die Variante 2b (Kanton mit Zuständigkeit und Trägerschaft) in geringem Abstand folgt.
- Ein etwas differenzierteres Bild ergibt sich, wenn man die Antworten nach Teilnehmergruppen aufteilt: Gemeindeverteter:innen priorisieren die Variante 6 deutlich, Verteter:innen von Institutionen bevorzugen mehrheitlich die Variante 2b.

Ergänzend noch die wichtigsten Begründungen aus den Fragebogen:

Tabelle 18: Auswahl zu den genannten Begründungen zur Variantenwahl

Variante	Genannte Gründe für Wahl der Variante
V2b Kanton mit Zuständigkeit und Trägerschaft	- Trägerschaft viel schlanker, nur ein Ansprechpartner - Klare Zuständigkeit bei Entscheiden - Strategie einfacher und schneller umsetzbar - Effiziente Umsetzung möglich, Führung 1 Herr ≠ mehrere Herren - Nachteile: Alles beim Kanton (Dreifachrolle); Kontrollverlust der Gemeinden, Bürokratie, wenig Unternehmergeist, weniger Bürgernähe



Variante	Genannte Gründe für Wahl der Variante
V4b Verbund Gemeinden mit Zuständigkeit und Trägerschaft	- Gibt Beispiele, die Gemeinden sehr gut gelöst haben: ZAKU und Abwasser Uri. Sollen auch beigezogen werden. - Politische Argumente wie Bürgernähe, Mitsprache, Sicht der Milizpolitik wichtig - Breite Abstützung im ganzen Kanton - Grosse und kleine Gemeinden können gemeinsam gute Lösungen, passende Lösungen erarbeiten - Variante erlaubt Spielraum - Nachteile: Schwerfälliger, viele Stellen involviert; Herausforderung, dass sich 19 Gemeinden einigen müssen
V6 Gemeinsamer Verbund Gemeinden / Kanton mit Zuständigkeit und Trägerschaft	- Breite Abstützung - Mitsprache Gemeinden - zukünftige Kostendynamik würde gemeinsam durch Kanton und Gemeinden getragen - Finanzierung 50:50 - Nachteile: Das Ganze wird zu gross; zu komplizierte Mischform; Konsensfindung eher schwierig; Dreifachaufgabe Kanton

8.5 Fragen aus dem Workshop mit Gemeinden vom 22. Juni 2023:

8.5.1 Geeignete Rechtsform für die neue Trägerschaft

Die definitive Rechtsform muss im Folgeprojekt 2024 (siehe unten im Kap. 9) ausgearbeitet werden. Generell betrachtet wäre für die neue Trägerschaft in einer der drei priorisierten Varianten eine gemeinnützige Aktiengesellschaft (gAG) – d.h. eine Aktiengesellschaft mit gemeinnützigem Zweck, die steuerbefreit gestaltet wird – eine denkbare Variante (analog Abwasser Uri oder ZAKU):

- Diese Form hätte den grossen Vorteil, dass analog wie beim KUG nur ein Minimum öffentlich-rechtlich geregelt werden müsste – alles andere ist via OR und Praxis detailliert geregelt bzw. definiert.
- Aktienanteile liessen sich im Laufe der Zeit auf einfache Art anders verteilen oder erhöhen / herabsetzen, z.B. um veränderter Dynamik bei Einwohnerzahlen Rechnung zu tragen.
- Auch kann eine gAG in ihrer Struktur einfach angepasst werden.
- Um zu verhindern, dass der Kanton dank wechselnden Allianzen mit einzelnen Gemeinden immer dominiert, können für wichtige Entscheide Quoren eingeführt werden, z.B. für die Festlegung der Strategie. Formulierungsbeispiel aus der Vernehmlassung IT UR: «Für ihre Verbindlichkeit bedarf die Strategie der Zustimmung des Regierungsrates und von zwei Dritteln der Gemeinden, die mindestens fünfzig Prozent der Bevölkerung vertreten.»

Andere privatrechtliche Rechtsformen eignen sich weniger:

- Bei Verein und Genossenschaft ist das Kopfstimmprinzip zwingend, es wird daher schwierig, einzelnen Mitgliedern eine besondere Stellung einzuräumen. Zudem müsste einiges speziell geregelt werden, da diese Rechtsformen nicht für so komplexe Fälle gedacht sind.
- Eine Stiftung entsteht durch die Widmung eines Vermögens für einen bestimmten Zweck, d.h. die Stiftung «gehört nur sich selbst». Folglich gibt es keine Rechte Dritter wie Kanton



oder Gemeinden an der Stiftung bzw. deren Stiftungskapital. Zudem ist eine Stiftung je nach Zweckbeschreibung eine relativ starre Form.

Öffentlich-rechtliche Rechtsform wie Anstalt oder Zweckverband:

- Je nach Variante könnten dies denkbare Lösungen sein. Bei diesen müsste jedoch alles selbst und relativ detailliert geregelt werden, da – anders als bei einer gAG – nicht auf einem detaillierten Rechtsrahmen aufgesetzt werden kann.
- Da sich Rahmenbedingungen laufend ändern, müsste man zudem die Regelungen immer wieder nachführen.

8.5.2 Verteilschlüssel unter Gemeinden

Auch die Frage des Verteilschlüssels unter den Gemeinden wird im Folgeprojekt 2024 (siehe unten im Kap. 9) ausgearbeitet werden. Es brauchen dabei nicht zwingend nur politische Kriterien wie Einwohnerzahlen zu sein, zumal letztere auch dynamisch sind. Im Weiteren ist auch denkbar, die Verteilung der Leistungsfinanzierung anders zu regeln (z.B. nach Inanspruchnahme) wie die Schlüssel für Kapitalanteile.

8.5.3 Übernahme Liegenschaften durch die neue Trägerschaft

Damit die neue Trägerschaft unternehmerisch handeln kann und die Infrastruktur passend auf ihre strategischen Ziele zeitgerecht bereitstellen kann, wäre es grundsätzlich ideal, wenn sie über die Liegenschaften verfügen könnte. Entsprechende Konzepte (in Varianten) werden im Folgeprojekt 2024 (siehe Kap. 9) auf der Basis bewährter Modelle ausgearbeitet. Details bzw. «Preisschilder» können zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht genannt werden. Allfällige Übernahmen dürften jedoch tendenziell zu Buch- bzw. Zeitwerten erfolgen. Mit dem Handbuch Anlagebuchhaltung der Koordinationsgruppe Langzeitpflege gibt es in diesem Bereich einen klaren und branchenweit gültigen Rahmen.

Ohnehin werden diese Fragen Schritt für Schritt angegangen werden, denn zuerst muss die neue Trägerschaft aufgebaut werden. Denkbar könnten deshalb vorübergehend bzw. befristet auch Mietlösungen sein. Als langfristiges Modell ist Miete jedoch erfahrungsgemäss weniger geeignet (z.B. bezüglich Flexibilität der neuen Trägerschaft).

8.5.4 Auswirkungen, wenn Betriebe später integriert werden

Gemäss Eckwerten im Kap. 11.10, Tabelle 26 werden Betriebe nach individuellem Zeitplan integriert. Das Konzept für den Aufbau des Unternehmens wird im Folgeprojekt 2024 (Kap. 9) ausgearbeitet werden, wird aber auf jeden Fall in Etappen erfolgen. Daher werden mit mehreren Betrieben zuerst Leistungsvereinbarungen abgeschlossen. Besondere Auswirkungen für betroffene Betriebe sind dabei nicht zu erwarten.



8.6 Finanzierungsgefässe und Ausgleichsmechanismen Zuständigkeitsvarianten

Per Ende 2022 betragen die Beiträge von Kanton und Gemeinden für die Langzeitpflege inklusive EL sowie Beratung gesamt CHF 18.9 Mio. (siehe Kap. 4.5.6), wobei Kanton und Gemeinden derzeit je die Hälfte des Gesamtbeitrags zahlen.

Bei einer Änderung der Zuständigkeiten in der Langzeitpflege ändern sich je nach gewählter Variante die Finanzflüsse (inklusive EL). Folgende Möglichkeiten wurden diskutiert und bezüglich ihrer Tauglichkeit bewertet:

- *Finanz- und Lastenausgleich (FiLa)*: Der gesamte Ausgleich über den FiLa beträgt im Jahr 2022 rund CHF 13 Mio. Bei den Varianten 2b «Konzentration beim Kanton» oder 4b «Konzentration beim Verbund» müssten rund CHF 9.5 Mio. zusätzliche für die LZP ausgeglichen werden. Aufgrund der demographischen Entwicklung und der entsprechenden Bedarfserweiterung in der LZP nimmt dieser Betrag über die nächsten Jahrzehnte noch massiv zu. Ein Ausgleich in dieser Grössenordnung über den FiLa würde den Rahmen sprengen. Das FiLaG würde noch komplexer werden. Ein Ausgleich über den FiLa wird – als nicht tauglich bewertet.
- *Steuern*: Je nach gewählter Variante würde die Steueraufteilung zwischen Kanton und Gemeinden via eine gesetzliche Änderung des Steuersatzes die neuen Finanzflüsse berücksichtigen. Der anschliessende Finanzbedarf würde dann von den Gemeinden bzw. dem Kanton mittels einer Erhöhung bzw. Senkung des Steuerfusses angepasst werden. Im Gegensatz zum FiLa gibt es bei einem Ausgleich über die Steueraufteilung keine Grenzen bezüglich der Höhe des Betrags. Ein Ausgleich über die Steueraufteilung wird als einzig mögliche Lösung gesehen.

Bezüglich des finanziellen Ausgleichs zwischen Kanton und Gemeinden – je nach gewählter Variante – ist zu klären, ob dieser mit einem Betrag fixiert oder dynamisch, gemäss effektiver Kostenentwicklung ausgestaltet werden soll. Eine dynamische Ausgleichszahlung wird wiederum die fiskalische Äquivalenz der jeweiligen Zuständigkeitsvariante negativ beeinflussen. Bei den Varianten 2b «Konzentration beim Kanton» oder 4b «Konzentration beim Verbund» wäre dies besonders ausgeprägt. Bei der «V6 Verbund Kanton und Gemeinden» ist dies aufgrund des derzeitigen Verhältnisses der Kosten zwischen Kanton und Gemeinden (Stand 2022: je 50 %-Anteil) nicht relevant.

Auf Basis der geschätzten Beitragsentwicklung für die öffentliche Hand im «Nullszenario» (Tabelle 10, Seite 33) und im «Sollszenario» (Tabelle 15, Seite 49) lässt sich die mögliche Kostenentwicklung in Variante 6 bei je 50 %-Anteilen für Kanton und Gemeinden wie folgt skizzieren:



Tabelle 19: Vergleich Beiträge Kanton und Gemeinden für Langzeitpflege im «Soll- und im Nullszenario»

Variante	Kostenträger	Beiträge					
		2030		2035		2040	
		in TCHF	Anteil in %	in TCHF	Anteil in %	in TCHF	Anteil in %
Nullszenario	Gemeinden	15'913	53.9%	21'978	54.2%	28'314	53.5%
	Kanton	13'626	46.1%	18'542	45.8%	24'561	46.5%
	Total Langzeitpflege	29'538	100.0%	40'521	100.0%	52'875	100.0%
Sollszenario	Gemeinden*	15'371	52.7%	18'111	50.8%	20'617	49.4%
	Kanton*	13'819	47.3%	17'530	49.2%	21'115	50.6%
	Total Langzeitpflege	29'190	100.0%	35'641	100.0%	41'732	100.0%
	Kostenteiler 50 : 50	14'595		17'821		20'866	

* Finanzierung Beiträge wie bisher

[100-01_06_Fin_Auswirk NullVar + SollVar_2023 10 23 ESCA.RW.xls]Extrapol_AuftBeiträgeNeu

Sollte diese Kostenentwicklung eintreffen, gäbe es beim Verteilschlüssel zu je 50 % in Variante 6 für beide Partner eine positive Entwicklung.

8.7 Fazit Zuständigkeiten

8.7.1 Situation Langzeitpflege in Bezug auf das Bevölkerungsbedürfnis

Im Langzeitbereich lässt sich das Bedürfnis der Bevölkerung (plakativ formuliert das «Oberziel») in einem einzigen Satz zusammenfassen: «*So lange wie möglich (zu Hause) selbstbestimmt leben und wohnen*». Die aktuelle Situation im Langzeitbereich im Kanton Uri ist für die Zielerreichung jedoch zumindest nicht förderlich:

- Trennung der Zuständigkeiten für ambulante und stationäre LZP und komplexe Finanzierungsströme
- Im interkantonalen Vergleich hohes Bettenangebot (mit hoher Auslastung) und mit gut 20 % Bewohnende ohne oder mit leichtem Pflegebedarf (KLV-Stufen 0 – 2), gleichzeitig relativ geringe Inanspruchnahme von Spitex KLV-Leistungen.
- Relativ hohe Anzahl stationärer Betriebe (einige kleine Betriebe)
- Finanzielle «Fehlanreize» (siehe Kap. 4.6), welche eine Steuerung erschweren
- Lücken in der Angebotspalette
 - o Beratungsangebot im Bereich Langzeitpflege
 - o Verfügbarkeit von Kurzzeitplätzen nicht permanent sichergestellt³⁴
 - o Zwar gibt es ein (einziges) Tagesheim, aber Nachtaufenthalte werden im Kanton nicht angeboten
 - o Geringes Angebot an Betreutem Wohnen nach Curaviva Kat. B, insbesondere für Personen mit einer gewissen Fragilität, die aber noch über ausreichende Kapazität an Selbstsorge haben, um noch oder wieder selbständig wohnen zu können (vgl. Imhof L & Mahrer Imhof, 2018)

³⁴ dies wäre für Entlastungs- und Erholungsaufenthalte und für die kurzfristige Aufnahme aus Spitälern oder Rehabilitationskliniken wichtig. In der Westschweiz ist dies eine anerkannte zentrale Massnahme, weshalb z.B. im Kanton VD rund 10 % der Betten Kurzzeitplätze sind, für die aber auch eine Finanzierung der Vorhalteleistung besteht.



- Wenig strukturierte sektorübergreifende Zusammenarbeit zum Wohle der Kunden.

Mit der Weiterentwicklung Langzeitpflege sollte der Schwerpunkt darin liegen, der Bevölkerung die Verwirklichung des Oberziels zu ermöglichen.

8.7.2 Wahl der Zuständigkeitsvariante

Die Umsetzung eines wirksamen Systems zur Unterstützung des «Oberziels» ist komplex und erfordert einiges an Know-how sowie ein straff koordiniertes Vorgehen. Für eine Mehrheit der Urner Gemeinden dürfte dies kaum zu leisten sein, weshalb die Variante 3 «Zuständigkeit bei einzelnen Gemeinden» in der Bewertung stark abfällt. Dasselbe trifft für eine Zwischenlösung (Variante 1) oder eine Mischform (Variante 5) zu.

Der Schlüssel liegt in einer kantonsweit einheitlichen Zuständigkeit, entweder beim Kanton oder einer Verbundlösung mit allen Gemeinden. Beschränkt man die Verantwortung auf die Zuständigkeit, bleibt die Koordinationsaufgabe komplex und die Zielerreichung dürfte sehr lange dauern. Die grössten Chancen, das «Oberziel» zu erreichen und möglichst lange mit den bestehenden Kapazitäten im stationären Bereich das Auslangen zu finden, bietet ein Modell mit integrierter Versorgung (vgl. auch praktische Beispiele im Kap. 8.1). Deshalb sind die drei Varianten mit Kombination von Zuständigkeit und Trägerschaft am besten bewertet worden. Nur sie erlauben das Erreichen des Projektziels einer sorgfältig abgestimmten und damit integrierten Versorgung aus einer Hand.

Bei den drei priorisierten Varianten findet die Variante 6 «Gemeinsamer Verbund Gemeinden / Kanton mit Zuständigkeit und Trägerschaft» am meisten Zustimmung, v.a. bei Gemeinden. Es folgt die Variante 2b «Kanton mit Zuständigkeit und Trägerschaft», welche von den Institutionen tendenziell bevorzugt wird.

Wie in Kap. 8.6 dargelegt, kann davon ausgegangen werden, dass in der Variante 6 «Gemeinsame Verbundlösung Kanton und Gemeinden» kein System einer dynamischen Ausgleichszahlung zwischen Kanton und Gemeinden erforderlich ist, was die Umsetzung erleichtern dürfte.

9 Empfehlung

9.1 Empfehlung Variante Zuständigkeiten

Die Implementierung der strategischen Stossrichtungen und der damit verbundenen Handlungsfelder und Massnahmen führt zu einer Optimierung der Versorgung in der Langzeitpflege sowie zu erheblichen Veränderungen in der Kostenstruktur, wodurch sich die Beiträge von Kanton und Gemeinden im Vergleich zur Fortführung der bisherigen Versorgung reduzieren. Gleichzeitig könnten durch die Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung langfristige Kosten durch verringerte Krankheits- und Pflegebedürftigkeit eingespart werden.

Mit der Variante 6 «Gemeinsamer Verbund Gemeinden / Kanton mit Zuständigkeit und Trägerschaft» kann das Projektziel einer integrierten Versorgung aus einer Hand erreicht werden.



Sie erlaubt die Eliminierung oder Optimierung von Fehlanreizen wie z.B. Wohnsitzregelung für Betreutes Wohnen und erfüllt die Kriterien «fiskalischer Äquivalenz», «Subsidiarität», «Accountability» und «Effizienz». Die Variante 6 findet am meisten Zustimmung. Die Steuergruppe (vgl. Kap. 0) empfiehlt deshalb die Umsetzung der Variante 6 «Gemeinsamer Verbund Gemeinden / Kanton mit Zuständigkeit und Trägerschaft».

9.2 Empfehlung Folgeprojekt

9.2.1 Inhalte Folgeprojekt(e)

Im Projekt wurde die künftige Strategie der Langzeitpflege (vgl. Kap. 7) sowie mögliche Zuständigkeiten der Langzeitpflege (vgl. Kap. 8) auf Stufe «Grobkonzept» erarbeitet. Für das Gesetzgebungsverfahren müssen – basierend auf dem Grobkonzept – Detailkonzepte für eine künftige Trägerschaft der Langzeitpflege im Kanton Uri sowie für die Massnahmenumsetzung in der Übergangsphase (siehe Anhang 11.7.2) weiterentwickelt werden.

Nachstehend sind die Themen der Detailkonzepte aufgeführt, getrennt für das Projekt «Trägerschaft / Gesetzgebung» und das Projekt «Umsetzung Massnahmen Übergangsphase»:

Projekt Trägerschaft / Gesetzgebung

- Grundlegendes / Organisation:
 - o Zweck, konkrete Aufgaben und Eignerstrategie
 - o Rechtsform, Träger und Anteilsverteilung
 - o Aufbauorganisation
 - Betriebe (ggf. in Bereichen)
 - Operative Führung und Koordination
 - Strategische Führung
- Ressourcen und Aufbau
 - o Konzept
 - o Vorgehen für die Personalregulierung
 - o Modelle zur Infrastruktur-Übernahme
 - o Umsetzung Aufbau / Etappierung
- Finanzen
 - o Finanzplanung
 - Langfristig operativ und Investitionen
 - Mittelfristig gemäss Etappierung
 - o Finanzierung inkl. Verteilschlüssel Gemeinden
 - Operativ
 - Investitionen
- Umsetzungsplanung / Weiteres Vorgehen
- Gesetzgebungsverfahren (Inhalte / Ablauf siehe Zeitplan unten Kap. 9.2.3).



Projekt Umsetzung Massnahmen Übergangsphase

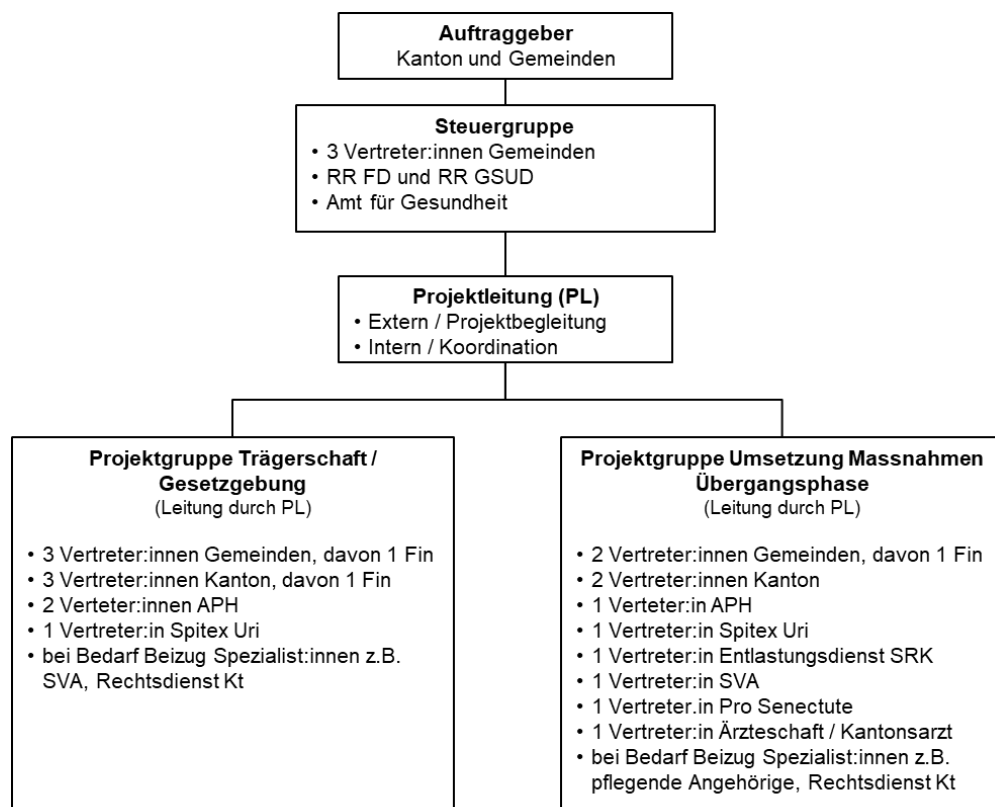
Bei einem Teil der Handlungsfelder und Massnahmen (Übersicht Kap. 7.4 sowie Details im Anhang 11.7.2) kann nicht auf die konkrete Umsetzung nach Abschluss des Folgeprojekts und dem Gesetzgebungsverfahren inkl. Urnenabstimmung gewartet werden, insbesondere bei den Handlungsfeldern

- Palliative Care (S1-02, stationär und ambulant)
- Kurzzeitaufenthalte und ggf. AÜP (S2-01)
- Betreutes Wohnen Kat. B Curaviva (S2-04)
- Beratungsstelle (S5-01)

Bei diesem Projekt soll primär auf den bereits bestehenden Rechtsgrundlagen aufgebaut werden. Lerneffekte für die Weiterentwicklung LZP sowie die Prüfung allfälliger einzelner Sondermassnahmen werden mit dem Gesetzgebungsverfahren im anderen Projekt abgestimmt.

Inhaltlich werden zuerst in einem Konzept konkrete Umsetzungslösungen definiert. Je nach Ergebnissen kann ggf. eine Vernehmlassung jener des Projekts Trägerschaft angeschlossen werden (Ablauf siehe Zeitplan unten Kap. 9.2.3).

9.2.2 Projektorganisation Folgeprojekt(e)



Source: 100-01_01_ProjOrg_2024_04_11 RW ESCA.jpg



Projekt Trägerschaft / Gesetzgebung

Es stellt sich die Frage, inwiefern man auf der operativen Ebene für die Spezialthemen wie z.B. Leistungserbringung oder Finanzen Teilprojekte bildet oder nicht. Mit Teilprojekten kann man auf spezialisiertes Know-how setzen, das Projekt wird aber komplexer und dauert länger. Stattdessen könnte man in der Projektgruppe für Spezialthemen temporär Spezialisten beiziehen, dann die eine einfache Projektorganisation mit Projektgruppe und Steuergruppe gemäss obenstehender Grafik gestalten:

- *Projektgruppe*: 2 Vertreter:innen Gemeinden (z.B. von einer grösseren und einer kleineren; ideal wären Gemeinderät:innen, welche beruflich etwas Erfahrung aus der Wirtschaft mitbringen), 2 Vertreter:innen Kanton, 2 Vertreter:in APH, 1 Vertreter:in Spitex sowie interne und externe Projektleitung; Beizug Spezialist:innen bei Bedarf 1 SVA)
- *Steuergruppe*: Wie im laufenden Projekt je 3 Vertreter:innen Kanton und Gemeinden; Projektleitungsteam mit beratender Stimme.
- *Rechtsdienst Kanton*: Arbeitet eng mit der Projektgruppe zusammen.

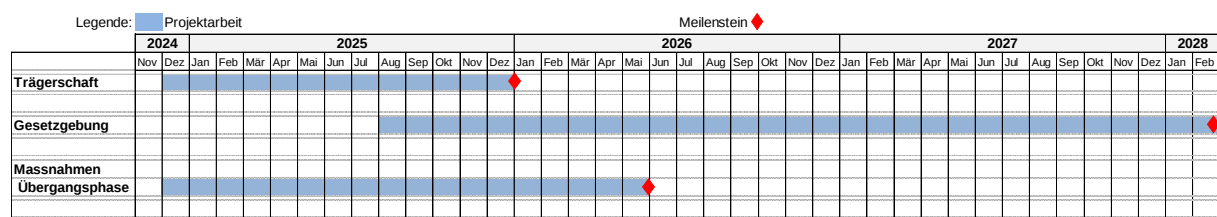
Projekt Umsetzung Massnahmen Übergangsphase

- *Projektgruppe*: 2 Vertreter:innen Gemeinden (z.B. von einer grösseren und einer kleineren), 2 Vertreter:innen Kanton, 2 Vertreter:in APH, 1 Vertreter:in Spitex, 1 Vertreter:in Entlastungsdienst, 1 Vertreter:in SVA, evtl. 1 Vertreter:in Pro Senectute sowie interne und externe Projektleitung; Beizug Spezialist:innen bei Bedarf. Ideal wäre, wenn es gelingen würde, eine Person beiziehen zu können, die persönlich langjährig Erfahrung als pflegende Angehörige hat.
- *Steuergruppe*: Um beide Projekte zusammenzuhalten, soll die Steuergruppe beide Projekte strategisch führen.
- *Rechtsdienst Kanton*: Wird mit allen Unterlagen bedient und situativ beigezogen

Externe Projektleitung / Begleitung: Idealerweise ein Unternehmen für die Begleitung beider Projekte.

9.2.3 Zeitplanung Folgeprojekte

Würde man diese Detailkonzepte zuerst ganz fertigstellen und nochmals vernehmlassen, wäre allein dafür nochmals mit einer weiteren Durchlaufzeit von rund 18 Monaten zu rechnen. Das Gesetzgebungsverfahren soll deshalb parallel zu den Detailkonzepten erfolgen. Die entsprechenden Arbeiten sollen ab Dezember 2024 in einem Folgeprojekt erarbeitet werden:





9.2.4 Geschätzte Projektkosten empfohlene Folgeprojekt(e)

Da die zwei Projekte eng zusammenhängen, ist es zweckmässig, die Finanzierung gemeinsam zu planen. Die Kosten für das Folgeprojekt (externe Projektleitung sowie Kosten Veranstaltungen und Kommunikation) werden auf rund CHF 300'000 inkl. MWST geschätzt. Diese Kosten sollen – wie beim vorliegenden Projekt – paritätisch vom Kanton und den Urner Gemeinden übernommen werden.

10 Vernehmlassung

10.1 Dauer und Adressaten

Das Vernehmlassungsverfahren lief von 14. November 2023 bis 28. Februar 2024. Von den total 52 Adressaten haben 33 eine Stellungnahme eingereicht (15 Gemeinden, 6 politische Parteien und 12 Institutionen bzw. Interessengemeinschaften und Organisationen).

10.2 Ergebnisse Vernehmlassung

Allgemeines

Nahezu alle Vernehmlassungsteilnehmer:innen äusserten sich grundsätzlich positiv, manche sehr positiv zu den im Bericht enthaltenen Vorschlägen betreffend Weiterentwicklung der Langzeitpflege im Kanton Uri. Trotz vereinzelt kritischer Voten gibt es keine grundsätzliche Ablehnung. Nachfolgend werden einige Anregungen und Vorschläge beispielhaft abgebildet:

- Die Gemeinden, die CVP – die Mitte Uri, die FDP.die Liberalen Uri und das Schweizerische Rote Kreuz, Kantonalverband Uri (SRK) betonen, die bestehenden Angebote und Ressourcen sollen auch künftig genutzt und sinnvoll eingesetzt bzw. ergänzt und ausgebaut werden.
- Einzelne Vernehmlassungsteilnehmer:innen kritisieren die fehlende Partizipation der Betroffenen und ihrer Angehörigen (Stiftung Seniorenzentrum Oberes Reusstal, Pro Senectute Uri, Grüne Uri) oder die fehlende Einbindung der Hausärzte bzw. des Kantonsspitals in die Projektorganisation (FDP.die Liberalen Uri, Ärztegesellschaft Uri, Alters- und Pflegeheim Rosenberg, Spannort Erstfeld, Alters- und Pflegeheim Rüttigarten, Kantonsspital Uri).
- Auch dass der Fachkräftemangel und Uri-spezifische Besonderheiten stärker hätten einfließen sollen, wurde wiederholt eingebracht (Pflegezentrum Urnersee, Alters- und Pflegeheim Rosenberg, Alters- und Pflegeheim Rüttigarten, Spannort Erstfeld, Stiftung Seniorenzentrum Oberes Reusstal, Pro Senectute Uri, die Grünen Uri).
- Die Sozialversicherungsstelle Uri, die Pro Senectute Uri und das Alters- und Pflegeheim Rosenberg vertraten den Standpunkt, die Ziele einer integrierten Versorgung könnten auch anders erreicht werden als durch einen organisatorischen Zusammenschluss.



- Für die Stiftung Behindertenbetriebe Uri (SBU), das Seniorenzentrum Spannort und das Alters- und Pflegeheim Rüttigarten geht der Bericht zu wenig auf Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung ein.

Vereinheitlichung Zuständigkeiten

Die Frage, ob die Zuständigkeiten in der Langzeitpflege vereinheitlicht und eine integrierte Langzeitpflegeversorgung über das ganze Kantonsgebiet geschaffen werden soll («alles aus einer Hand»), wird 31-mal bejaht.

- Einzelne Vernehmlassungsteilnehmer:innen unterstützen zwar die Stossrichtung, haben aber Bedenken hinsichtlich der Monopolstellung des neuen Unternehmens, die das Risiko von Angebotsreduzierungen zugunsten einer wirtschaftlichen Optimierung (Erstfeld, Alters- und Pflegeheime Rosenberg und Rüttigarten, Spannort Erstfeld) oder von Marktzugangsbeschränkungen berge (FDP, die Liberalen Uri).
- Die Sozialversicherungsstelle Uri hat die Frage offengelassen.
- Das SRK und die Grünen Uri befürworten zwar die Vereinheitlichung der Zuständigkeit, lehnen jedoch die Vereinheitlichung der Trägerschaft ab, da die Machtkumulation und der Monopol-Status dem Grundsatz der Selbstbestimmung widersprechen würden.
- Auch die Ärztesgesellschaft Uri stellt die Frage nach einer Oberaufsicht. Die Pro Senectute Uri spricht sich nicht gegen die Stossrichtung «alles aus einer Hand» aus, bemängelt aber, dass der Bericht keine Alternativen aufzeige.

Tabelle 20: Auswertung Vernehmlassung Frage 2

2. Einverständnis Zuständigkeit vereinheitlicht und integrierte Versorgung?			
Antworten	Anzahl ja	Anzahl k.A.	Anzahl weiss nicht / brauche mehr Informationen
Total	31	1	1
davon Gemeinde	15	-	-
davon Partei	6	-	-
davon Institution	10	1	1

[100-01_0607_Ergebnisse Vernehmlassung WE Langzeitpflege_2024 03 12 ESCA.xlsx]B_spezifische Fragen o. Bemerk.

Zuständigkeitsvariante

Die von der Steuergruppe empfohlene Zuständigkeitsvariante V6 findet ebenfalls breite Zustimmung: 22 Vernehmlassungsteilnehmer:innen, darunter fast alle Gemeinden (Ausnahme Schattdorf), schliessen sich der Empfehlung an.

- Einzelne Vernehmlassungsteilnehmer:innen würden die Varianten V2b oder V4b bevorzugen (Schattdorf, SRK, SP Uri, Ärztesgesellschaft Uri, Kantonsspital Uri, Stiftung Seniorenzentrum Oberes Reusstal, Alters- und Pflegeheim Rosenberg, Pro Senectute Uri) und drei Vernehmlassungsteilnehmer:innen äussern sich nicht zu dieser Frage (SVP Uri, Sozialversicherungsstelle Uri, Grüne Uri).



- Mehrfach wird betont, die neue Organisation dürfe kein «träger Verwaltungsapparat» sein, sondern müsse flexibel und effizient die Entwicklung der Institutionen zulassen (Pflegezentrum Urnersee, Alters- und Pflegeheim Rosenberg, Alters- und Pflegeheim Rüttigarten).
- Die Grünen Uri äussern Zweifel, ob eine gemeinnützige AG die geeignete Organisationsform sei. Die Gemeinde Schattdorf hat Zweifel an der Effizienz der Aufbau- und Ablauforganisation einer paritätischen Verbundlösung (V6) und Bedenken betreffend Verlust der kommunalen Deutungshoheit für die stationären Infrastrukturen im Bereich Langzeitpflege.

Tabelle 21: Auswertung Vernehmlassung Frage 4

4. Beste Zuständigkeitsvariante						
Antworten	Anzahl V6	Anzahl V2b	Anzahl V4b	Anzahl V4b oder V2b	Anzahl k.A.	Anzahl weiss nicht / brauche mehr Informationen
Total	22	4	3	1	1	2
davon Gemeinde	14	-	1	-	-	-
davon Partei	3	1	-	-	-	2
davon Institution	5	3	2	1	1	-

[100-01_0607_Ergebnisse Vernehmlassung WE Langzeitpflege_2024 03 12 ESCA.xlsx]B_spezifische Fragen o. Bemerk.

Finanzierungsschlüssel

Ebenfalls breit befürwortet wird der vorgeschlagene paritätische Finanzierungsschlüssel (bejaht in 25 Stellungnahmen).

- Einzelne Vernehmlassungsteilnehmer:innen liessen die Frage offen (SRK, Alters- und Pflegeheim Rosenberg, Sozialversicherungsstelle Uri, Pro Senectute Uri, Attinghausen) oder halten die Thematisierung eines Finanzierungsschlüssels für verfrüht (Schattdorf, Ärztesgesellschaft Uri, Kantonsspital Uri).

Tabelle 22: Auswertung Vernehmlassung Frage 5

5. Einverständnis paritätischer Finanzierungsschlüssel			
Antworten	Anzahl ja	Anzahl nein	Anzahl k.A.
Total	25	3	5
davon Gemeinde	13	1	1
davon Partei	6	-	-
davon Institution	6	2	4

[100-01_0607_Ergebnisse Vernehmlassung WE Langzeitpflege_2024 03 12 ESCA.xlsx]B_spezifische Fragen o. Bemerk.

Folgeprojekt

Alle Vernehmlassungsteilnehmer:innen, die sich dazu geäußert haben (30), befürworten die Absicht, dass Kanton und Gemeinden ab Sommer 2024 das Folgeprojekt gemeinsam starten und finanzieren.



- Die Gemeinden heben in diesem Zusammenhang den regelmässigen Einbezug der Involvierten und die gute Information positiv hervor und unterstreichen ihr Interesse an einer weiteren Zusammenarbeit.
- Die finanziellen Auswirkungen des Folgeprojekts sollen den Gemeinden bis spätestens Juni 2024 gemeldet werden, damit die Budgetierung sichergestellt ist.
- Schattdorf regt einen regelmässigen, institutionalisierten Austausch zwischen GSUD und den Gemeinden an, um immer zeitnah über die kommunalen Planungen im Bereich Langzeitpflege (stationäre und intermediäre Infrastrukturen) informiert zu sein. Zudem wünscht sich die Gemeinde Schattdorf, dass finanzielle Anreize für diejenigen Gemeinden (Pilotgemeinden) in Betracht gezogen werden, welche in der Weiterentwicklung der kommunalen stationären und intermediären Infrastrukturen eine Vorreiterrolle einnehmen werden.
- Die Institutionen zeigen sich besorgt betreffend die Reihenfolge der Integration der einzelnen Betriebe und Angebote und machen unterschiedliche Vorschläge dazu. Einzelne Pflegeheime fordern zudem eine bessere Vertretung im Projekt und bessere Informationen (Alters- und Pflegeheime Rosenberg und Rüttigarten, Spannort Erstfeld).
- Die Spitex Uri legt besonderen Wert auf eine gute Information der Öffentlichkeit, damit das Projekt an der Urne mehrheitsfähig ist (ähnlich: FDP.die Liberalen Uri).
- Die Grünen Uri fordern, als Grundlage für das Projekt sei zuerst eine Altersstrategie von Kanton und Gemeinden zu erarbeiten.
- Die Pro Senectute erachtet den Bericht in wichtigen Bereichen nicht als ausreichende Grundlage, um sich zügig an das geplante Folgeprojekt zu machen, und regt weitere Abklärungen und Analysen an.

Massnahmen Übergangsphase

Ebenso positiv fielen die Rückmeldungen auf die Frage nach den «Massnahmen in der Übergangsphase» aus.

- Die Sozialversicherungsstelle Uri, das Seniorenzentrum Oberes Reusstal und die Gemeinde Attinghausen enthielten sich einer Antwort.
- Die übrigen Gemeinden fordern eine verbindliche, rechtlich begründete und von allen Parteien akzeptierte Grundlage, um verzögernde Zuständigkeitsdiskussionen zu minimieren. Dabei sollen die Massnahmen in der Übergangsphase paritätisch von Kanton und Gemeinden getragen werden, gestützt auf den in der Verfassung des Kantons Uri unter Art. 45 verankerten Grundsatz der gemeinsamen Förderung der Volksgesundheit, Gesundheitsvorsorge und Krankenpflege.
- Die Gemeinde Schattdorf regt an, die Umsetzung der mit Priorität 1 gewichteten Massnahmen in ein separates Projekt auszulagern und die Bildung von «Kompetenzzentren» zu prüfen.
- Für das Kantonsspital Uri ist insbesondere wichtig, dass es für nicht mehr spitalbedürftige Patienten jederzeit einen Platz in einem Pflegeheim gibt, sofern diese Personen nicht nach Hause oder in eine andere Einrichtung (Reha etc.) wechseln können.
- Die CVP – die Mitte Uri fordert, dass Gesundheitsförderung und Prävention ebenfalls prioritär behandelt wird.
- Für die Pro Senectute Uri ist das Schwergewicht bei der Beratung zu setzen.



- Für die SP Uri sind zu viele Handlungsfelder als Priorität 1 gewichtet, der Schwerpunkt sei bei Beratung, Palliative Care, Kurzaufenthalten und Tages- und Nachtstrukturen zu setzen.

Tabelle 23: Auswertung Vernehmlassung Frage 7

7. Einverständnis zu den Massnahmen in der Übergangsphase		
Antworten	Anzahl ja	Anzahl k.A.
Total	30	3
davon Gemeinde	14	1
davon Partei	6	-
davon Institution	10	2

[100-01_0607_Ergebnisse Vernehmlassung WE Langzeitpflege_2024 03 12 ESCA.xlsx]B_spezifische Fragen o. Bemerk.

10.3 Fazit

Die eingereichten Stellungnahmen vermitteln insgesamt eine sehr breite Zustimmung. Sie zeigen auf, worauf im Folgeprojekt besonders zu achten sein wird:

- Den Risiken einer Monopolstellung ist angemessen zu begegnen und
- die Integration der bereits bestehenden Ressourcen und Angebote hat umsichtig zu erfolgen.

Trotz kritischer Voten ist kein eigentlicher Widerstand gegen die Stossrichtung des Projekts erkennbar. Die diversen Vorschläge und Anregungen zu prüfen, wird Gegenstand des Folgeprojekts sein. Eine gute Kommunikation und die angemessene Zusammensetzung der Projektgruppe für das Folgeprojekt sind dabei wichtige Erfolgsfaktoren.



10.4 Anpassungen im Bericht aufgrund Vernehmlassung

Aufgrund der Vernehmlassung wurden folgende Anpassungen im Bericht gemacht:

Kapitel	Anpassungen
Kap.1	- Anpassungen im Abschnitt «Empfehlungen der Steuergruppe» bezüglich Vorgehen und Zeitplan im Folgeprojekt - Ergänzung Abschnitt «Ergebnisse Vernehmlassung»
Kap. 6.3	- Tabelle 11: Ergänzung Text bei Bedürfnissen der Zielgruppe Betroffene mit einer Behinderung
Kap. 7.4	- Erster Abschnitt neu «Massnahmenvorschläge» anstelle von «Massnahmen» - letzter Abschnitt im Kapitel dito - Textliche Trennung zwischen Handlungsfeldern und Massnahmen zum besseren Verständnis
Kap. 9.2	- Kap. 9.2.1: Projekt Umsetzung Massnahmen Übergangsphase: Streichung Tages- und Nachtstrukturen (S2-02), Betreuung und Unterstützung zuhause (S3-02) - Kap. 9.2.2: Anpassung Projektorganisation - Kap. 9.2.3: Anpassung Zeitplan auf Dezember 2024 und Plan «Projektphasen im Überblick» - Kap. 9.2.4: Aktualisierung Projektkosten auf CHF 300'000
Kap. 10	- neues Kapitel
Kap. 11	- Änderung Nummerierung durch neues Kap. 10; vormals Kap. 10
Kap. 11.6	- Darstellung Handlungsfelder mit Ausgangslage und Zielen und separate Darstellung Massnahmen im Kap. 11.7
Kap. 11.7	- Getrennte Darstellung Massnahmen mit neuem Zuständigkeitsmodell und Massnahmen Übergangsphase - Nichtverfolgung folgender Massnahmenvorschläge in der Übergangsphase aufgrund Priorisierung in Projekt- und Steuergruppe: - o S2-02, Massnahme: Schaffung bedürfnisorientiertes Angebot (differenzierter Zeitblöcke, Klient:innennähe, Erreichbarkeit und Zielgruppe) (Mengengerüst: 29 bis 38 Plätze Tagesplätze, fünf bis sechs Plätzen Nachtbetreuungsplätze). - o S3-02, Massnahme: Förderung Aktivierung «Zyypunkt» (Gegenwert Hilfeleistungen sind Geschenke und nicht Zeitgutschriften wie bei KISS) - o S3-02, Massnahme: Förderung enge Zusammenarbeit Profi- und Freiwilligenarbeit, insbesondere in den Bereichen Betreuung, Begleitung und Alltagshilfe. Bestehende Strukturen innerhalb SRK sollen diesbezüglich genutzt werden. - o S3-02, Massnahme: Finanzielle Unterstützung Entlastungsdienste für EL-Bezüger regeln (Beispiele Kantone GR, BS oder VD) - Textliche Anpassungen Massnahme S2-04.M_ÜP3: Streichung «z.B. mit günstigem Baurecht oder Finanzierungshilfen, Bürgschaften durch Kanton - Textliche Anpassungen Massnahme S5-01.M_ÜP1: Streichung (Wahrnehmung Koordination in Übergangsphase vermutlich nicht machbar)



11 Anhang

11.1 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Alzheimer Europe Report (2020): Dementia in Europe Yearbook 2019. Estimating the prevalence of dementia in Europe
- Alzheimer Vereinigung Schweiz (2014). Leben mit Demenz. Fact Sheet. Yverdon-les-Bains.
- Amt für Raumentwicklung Uri (2020). Bevölkerungsentwicklung Kanton Uri. Die Bevölkerungsentwicklung des Kantons Uri vor dem Hintergrund der neuen Bevölkerungsszenarien des Bundesamtes für Statistik, Altdorf, 15.10.2020
- Bannwart L., Künzi K., Gajta P. (2020). Folgestudie betreutes Wohnen - Kosten des betreuten Wohnens entlang des 4-Stufen-Modells von Imhof/Mahrer Imhof (2018), Studie im Auftrag der Partnerorganisationen CURAVIVA Schweiz, senesuisse, Spitex Schweiz, Association Spitex privée Suisse ASPS. Bern
- Bundesamt für Gesundheit (2022). Koordinierte Versorgung, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html>, Zugriff am 02.08.2022
- Cosandey, J. (2016a). Neue Massstäbe für die Alterspflege. Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe (Kantonsmonitoring 7). Zürich: Avenir Suisse
- Cosandey, J. (2016b). Für eine „ambulant-mit-stationär“-Strategie. Präsentation Juni 2016.
- Curaviva (2018). Fachwissen Demenz, Wohngemeinschaften und Wohngruppen: «Integrativ oder segregativ?», <https://www.curaviva.ch/Fachwissen/Demenz/Wohngemeinschaften-und-Wohngruppen/PzZtC/?sesURLcheck=true&isAdminPreview=1#integrativ-oder-segregativ-0>; Zugriff am 23.08.2022
- Freivogel Kayser M. (2017). Aktionsplan Demenz Uri 2017 – 2023. Empfehlungen zur Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie im Kanton Uri. Im Auftrag der Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion, Klausenstrasse 4, 6460 Altdorf, 30.09.2017
- Gasser, N.; Knöpfel, C., Seifert, K. (2015). Erst agil, dann fragil. Übergang vom ‚dritten‘ zum ‚vierten‘ Lebensalter bei vulnerablen Menschen. Zürich: Pro Senectute
- Gesundheitsförderung Schweiz (2016). Gesundheitsförderung im Alter; Fakten und Zahlen. Faktenblatt 15. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2016). Gesundheitsförderung im Alter; Fakten und Zahlen. Faktenblatt 15. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Hochschule Luzern (2017). Projekt «Zukunft Alter in Uri»: Schlussbericht. Hochschule Luzern – Wirtschaft, 25.07.2017
- Höpflinger F. (2020). Leben im Alter – aktuelle Feststellungen und zentrale Entwicklungen Zürich
- Höpflinger F. (2022). Demografische Alterung – Trends und Perspektiven. Letzte Aktualisierung: 07.07.2022. Zürich
- Imhof L. & Mahrer-Imhof R. (2018). Betreutes Wohnen in der Schweiz: Grundlagen eines Modells. Studie im Auftrag von Curaviva, Senesuisse, Pro Senectute Schweiz, Spitex Schweiz. Winterthur: Nursing Science & Care GmbH



- Jann A. (2012). Wohnen im Alter – ein Handlungsfeld und seine Grenzen. Zürich: Dissertation
- Jenny A. (2020). Aktionsplan Palliative Care Uri. Im Auftrag der Arbeitsgruppe Palliative Care Uri. Altdorf, 08.04.2020
- Knöpfel, C., Pardini, R., & Heinzmann, C. (2018). Gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Eine Bestandesaufnahme. Zürich
- Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2022). Integrierte Versorgung in den Kantonen, <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/integrierte-versorgung>, Zugriff am 02.08.2022
- Laslett P. (1994). The Third Age, The Fourth Age And The Future. 14. Jg. (3). S. 436 - 447. Cambridge University Press
- Lalive d'Epinay C., Bickel J., Maystre C., Vollenwyder N. (2000). Vieillesse au fil du temps 1979 – 1994. Une révolution tranquille. Lausanne: Réalités sociales
- Lüönd E. (2017). Situationsanalyse «Gesundheitsförderung im Alter» im Kanton Uri. Gesundheitsförderung Uri, Programmleitung E. Lüönd, Altdorf, 28.11.2017
- Merçay, C., Widmer, M., Dorn, M., Parisi, R. & Lengen, T. (2022). Gesundheitspersonal in der Zentralschweiz. Bestand und Entwicklung, Angebot und Bedarf (Obsan Bericht 02/2022). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schweizerischer Gemeindeverband (Hrsg.) (2019). Erfolgsfaktoren für den Aufbau integrierter Versorgungsmodelle. Zeitschrift, Schweizerischer Gemeindeverband, Bern, Mai 2019.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2020). Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2020–2040 Kanton Uri. Neuchâtel
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2015). Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2016–2035 Kanton Uri. Neuchâtel
- Stadtrat Luzern (2021). Projekt „Alterswohnen integriert“. Bericht und Antrag an den Grossen Stadtrat Luzern (B+A 21/2021)
- Stiftung Wohnen in Seelisberg (2019). Erfahrungsbericht „Wohnen im Alpenblick“. Seelisberg
- Stiftung Wohnen im Alter Wassen (2009). Schlussbericht zum Projekt „Wohnen im Alter“. Wassen
- Trageser J, Gschwend E, von Stokar T. (2019). Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär mit Einbezug der Pflege. Schlussbericht der Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK. Zürich
- Werner, S., Kraft, E., Elbel R., Kreienbühl M. (2021). Intermediäre Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz 2021. Aktualisierung einer Kantonsbefragung und statistische Auswertung (Obsan Bericht 05/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- WHO (2015). World Health Organization / World Report on Ageing and Health. World Health Organization. Luxembourg: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Zimmerli J. (2016), Stresstest auf veränderte Nachfrage; In: Zimmerli J., Schmidiger M. (Hrsg.), Pensionierte auf dem Wohnungsmarkt, Schriftenreihe Demografie und Wohnungswirtschaft, Schriften aus dem Institut für Finanzdienstleistungen Zug IFZ, Band 31, Luzern



11.2 Mitglieder Projektorganisation

Projektorganisation	Name	Organisation	Funktion
Steuergruppe	Christian Arnold	Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion	Regierungsrat
	Urs Janett	Finanzdirektion	Regierungsrat
	Luzia Gisler	Urner Gemeindeverband	Gemeindepräsidentin Bürglen (bis 31.12.2022)
	Hermann Epp	Urner Gemeindeverband	Gemeindepräsident Silenen (bis 31.12.2023)
Projektgruppe	Vitus Malnati	Gemeinde Altdorf	Leitung Gesundheit und Alter (bis 31.10.2022)
	Bernadette Wipfli-Epp	Gemeinde Erstfeld	Sozialvorsteherin
	Claudia Zwyer	Gemeinde Sisikon	Sozialvorsteherin
	Xhavit Lipaj	Seniorenzentrum Ursern	Heimleiter
	Volker Zaugg	Pflegeheim Rüttigarten	Heimleiter
	Esther Pfründer	Spitex Uri	Geschäftsleiterin
	Roland Hartmann	Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion	Generalsekretär
	Beat Planzer	Amt für Gesundheit	Abteilungsleiter Gesundheitsversorgung
TPGr Finanzen	Erich Arnold	Gemeinde Bürglen	Leitung der Finanzabteilung
	Hubert Scheiber	Sozialversicherungsstelle (EL)	Abteilungsleiter EL
	Rolf Müller	Amt für Finanzen	Generalsekretär
	Markus Christen	Gemeinde Altdorf	Leitung der Finanzabteilung
	Beat Planzer	Amt für Gesundheit	Abteilungsleiter Gesundheitsversorgung
Fachausschuss	Petra Weber	Spitex Uri	Pflegedienstleitung
	Ivan Juric	Curaviva Uri (bis 28.02.2023)	Pflegedienstleitung Rosenberg
	Jan Kees Kram	Curaviva Uri (ab 01.03.2023)	Geschäftsleiter Rosenberg
	Silvia Rosery	Kantonsspital Uri (bis 31.05.2023)	Leitung Pflege
	Beate Berres	Kantonsspital Uri (ab 01.06.2023)	Stv. Leitung Pflege
	Silvan Truttmann	Pro Senectute Uri (bis 31.08.2023)	Stellenleiter
	Tanja Forrer	Pro Senectute Uri (ab 01.09.2023)	Stellenleiterin
	Marika Aschwanden	SRK Entlastungsdienst	Geschäftsleiterin
	Hubert Scheiber	Sozialversicherungsstelle (EL)	Abteilungsleiter EL
	Monika Arnold	Stiftung Behindertenbetriebe Uri	Abteilungsleiterin
	Markus Fehlmann	Gesundheitsförderung Uri	Fachstellenleiter
	Yoelle Gisler	Alzheimervereinigung Uri	Stellenleiterin
	Nadine Arnold	Amt für Soziales	Amtsvorsteher
	Rolf Müller	Amt für Finanzen	Generalsekretär
	Beat Planzer	Amt für Gesundheit	Abteilungsleiter Gesundheitsversorgung
Projektleitung	Roland Wormser	HeCaCons GmbH	Partner
	Angela Escher-Greiter	HeCaCons GmbH	Partnerin



11.3 Kategorien Betreutes Wohnen nach Curaviva

Im Auftrag von Curaviva Schweiz, senesuisse, Pro Senectute Schweiz und Spitex Schweiz wurde 2018 ein Modell für Betreutes Wohnen in der Schweiz erarbeitet (Imhof L. & Mahrer-Imhof R., 2018). Dieses sieht neben der Barrierefreiheit der Wohnung vier Unterstützungskategorien vor. Alle Kategorien sollen einen gelingenden Alltag ermöglichen, die Würde, Autonomie und Sicherheit sowie Möglichkeiten der sozialen Partizipation unterstützen:

- **Kategorie D** unterstützt den Bewohner bei ausgewählten Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL: activities of daily living) wie Reinigung Wohnung, Wäsche, Kochen/ Einkaufen oder allenfalls Mahlzeitendienst, Unterstützung bei administrativen und finanziellen Tätigkeiten. Ebenso gibt es ein Notfalltelefon oder einen Notfallknopf. Der Bewohner vergibt die Leistungen als Kundenauftrag.
- **Kategorie C** unterstützt den Bewohner bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens, also auch bei der Körperpflege, Sich-Kleiden und der Mobilisation. Die Self-Care-Fähigkeiten des Bewohners werden professionell unterstützt, Massnahmen kommen nicht nur im Rahmen eines Kundenauftrags, sondern auch präventiv zum Zug.
- **Kategorie B** umfasst für den Bewohner das gesamte Spektrum an pflegerisch-betreuerischen Aufgaben.
- **Kategorie A** soll dem Bewohner zusätzlich Unterstützung bis an Lebensende anbieten inklusive 24-Stunden-Pflege und Palliative Care.

11.4 Angebot Alterswohnungen Kanton Uri

- In Altdorf gibt es im Loftpark von der Suva 26 altersgerechte Wohnungen. Im Loftpark ebenfalls untergebracht ist die PWG Höfli für Demenzzranke sowie das Tagesheim der Spitex Uri.
- In Seelisberg wurde nach der Schliessung des Alters- und Bürgerheims der Gemeinde 2011 die gemeinnützige Stiftung «Wohnen in Seelisberg» gegründet (Stiftung Wohnen in Seelisberg, 2019) um mit Unterstützung der Age-Stiftung ein alternatives, preiswertes Wohnangebot für ältere Bewohner zu schaffen. Es wurden sieben altersgerechte Wohnungen erstellt, die Wohnungsmieten sind kompatibel mit dem Bezug von EL. Die ersten Wohnungen wurden 2018 bezogen.
- In Erstfeld bietet die Gemeinde neun Alterswohnungen in der Nähe des Pflegeheims Spanorts an. Serviceleistungen können durch die Bewohner:innen im Pflegeheim bezogen werden.
- In Seedorf bietet die Stiftung Wohnen im Kloster St. Lazarus sechs altersgerechte Wohnungen mit Gemeinschaftsraum an. Dienstleistungen können von Drittanbietern (Pro Senectute, Spitex Uri und Stundenhilfe Seedorf) bezogen werden.
- In Schattdorf bietet die Casa Rütli 20 altersgerechte Wohnungen neben dem Pflegeheim Rüttigarten an. Die Bewohner:innen organisieren Dienstleistungen von Drittanbietern oder vom nahegelegenen Pflegeheim selbst.



- In Spiringen bietet die Gemeinde im sogenannten «Alterswohnheim Tal» fünf altersgerechte Wohnungen an. Die Bewohner:innen organisieren Dienstleistungen von Drittanbietern selbst.

11.5 Angebot Betreutes Wohnen Kanton Uri

In Wassen wurde 2006 die Stiftung «Wohnen im Alter» gegründet, um im ehemaligen Hotel Rothus, in der Nähe des APH Wassen, sechs betreute altersgerechte Wohnungen für ältere Bewohner zu schaffen (Stiftung Wohnen im Alter, 2009). Die Synergien mit dem benachbarten Pflegeheim wurden umgesetzt (Notruf von allen Wohnungen direkt ins benachbarte Pflegeheim, Mahlzeiten und Wäschedienst, Teilnahme an Aktivierungsprogrammen). Während der Nacht übernehmen freiwillige Helferinnen und Helfer den Pikettdienst. Das Angebot entspricht Betreutem Wohnen nach Curaviva, Kategorie C und D. Das Pflegeheim würde gerne auch Pflegeleistungen für die Bewohner:innen des Rothus erbringen, was der Kategorie B entsprechen würde.



11.6 Details zu Handlungsfeldern mit Priorität 1

Tabelle 24: Handlungsfelder mit Priorität 1

Handlungsfeld S1-02: Palliative Care
Handlungsbedarf Mit dem Aktionsplan Palliative Care vom 08.04.2020 besteht eine breite Analyse und detaillierte Umsetzungsplanung. Parallel dazu wurde anlässlich der Informationsveranstaltung zum Thema «Palliative Care» 08.09.2022 die Petition «Für Palliative-Care-Betten im neuen Kantonsspital Uri» dem Gesundheitsdirektor Christian Arnold übergeben. Weiter wurde im Landrat am 26.09.2022 von N. Sommer die Interpellation «Palliative Care im Kanton Uri» eingereicht. Als kleines Spital kann das KSU die hohen Anforderungen für eine zertifizierte Palliative-Care-Station (z.B. Facharzt mit dem Schwerpunkt Palliativmedizin) nicht erfüllen. Auch im Bereich APH ist das Einzugsgebiet in Uri für ein eigenes stationäres Hospiz (Spezialversorgung) zu klein. Alternativen wären ein Angebot mit Hospiz-Charakter in ein bis zwei APH oder alternativ bzw. ergänzend eine Lösung mit einem ambulanten Team analog Wetzikon³⁵ oder Schwyz³⁶ (Unterstützung ambulant und im APH), wobei die Finanzierung zu regeln ist.
Ziel Sowohl ambulant als auch stationär eine Verbesserung der Lebensqualität am Lebensende für die Betroffenen und ihre Angehörigen, erreicht durch Verringerung körperlicher Beschwerden sowie das ganzheitliche Angehen psychischer, sozialer und spiritueller Herausforderungen.
Handlungsfeld S1-01 und S3-03: Demenzbetreuung und -pflege
Handlungsbedarf Sowohl ambulant wie stationär besteht ein vielfältiges Angebot. Der Aktionsplan Demenz Uri 2017 – 2023 vom 18.09.2017 zeigt auf, wie mit verschiedenen Handlungsfeldern die Situation von Betroffenen und ihren Angehörigen systematisch verbessert werden kann. An der Umsetzung muss noch weiter und koordiniert gearbeitet werden.
Ziel Personen mit Demenz werden adäquat individuell und Autonomie während betreut. Es stehen ihnen Beratungs-, Betreuungs- und Wohnangebote entlang der gesamten Versorgungskette zur Verfügung inklusive finanziell tragbarer Tages- und Nachtstrukturen (siehe Handlungsfeld S2-02 TONS).
Handlungsfeld S2-01: Kurzaufenthalte
Ziel Angebot permanent sichergestellt zur Vermeidung / Verzögerung von stationären Eintritten, zur Entlastung von pflegenden Angehörigen und dem kontinuierlichen, rechtzeitigen Abfluss von Patient:innen aus dem KSU und.

³⁵ <https://www.andreasweberstiftung.ch/mobiles-palliative-care-team.htm>

³⁶ <https://www.spital-schwyz.ch/leistungsangebot/spezialisierte-palliative-care/mobiles-palliative-care-team-mpct.html>



Handlungsfeld S2-02: Tages- und Nachtstrukturen (TONS)

Handlungsbedarf

Tages- und Nachtbetreuung gehören zu den wirksamsten Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige. Im Kanton Uri ist das Angebot an Tagesbetreuung limitiert und jenes für Nachtaufenthalte kaum vorhanden und wenn, dann wenig bekannt. Für separat betriebene TONS müssen die ganzen Supportprozesse (z.B. Administration, Verpflegung) entsprechend betrieben werden, während sie in APH schon vorhanden sind.

Ziel

Pflegende Angehörige werden mittels eines bedarfsgerechten und bedürfnisorientierten Angebots an TONS entlastet. Klient:innen, auch mit Demenz, werden adäquat individuell und Autonomie während betreut.

Handlungsfeld S2-04: Betreutes Wohnen nach Curaviva Kat. B (und A)

Handlungsbedarf

Wohnformen mit Unterstützungsmöglichkeiten können stationäre Eintritte vermeiden oder verzögern. Betreutes Wohnen mit einer 24/7 Pflegebereitschaft und Betreuung eignet sich als Alternative zum Heimeintritt insbesondere für Personen mit einer gewissen Fragilität oder dem Übergang dazu. Die 24/7 Pflegebereitschaft kann am einfachsten mit einem Angebot in unmittelbarer Nähe eines APH erreicht werden. Die Nutzung Betreutes Wohnen und Substitution APH muss gesteuert und durch die Einhaltung von Rahmenbedingungen (zielgruppenspezifische Angebote, klare Kriterien für Klient:innenaufnahme, Finanzierung) gefördert werden. Rund 50 % der Heimbewohner:innen beziehen EL, weshalb Alternativangebote zum APH entsprechend zu gestalten sind.

Ziel

Längeres selbstbestimmtes Wohnen ist ermöglicht mittels zielgruppenspezifischer Angebote. Die Nutzung des Angebots und damit ein Rückgang in der Inanspruchnahme von stationären Plätzen durch nicht oder leicht pflegebedürftige Klienten wird durch Rahmenbedingungen gefördert.

Handlungsfeld S3-02: Betreuung und Unterstützung zuhause

Handlungsbedarf

Betreuung und Begleitung im Alltag ist für zuhause lebende Personen nicht immer verfügbar trotz einer Fülle von Angeboten. Es fehlt an Kommunikation, Koordination und teilweise Finanzierung. Auch im ambulanten Bereich braucht es eine Regelung für die Unterstützung der Betreuung analog dem institutionellen Betreutes Wohnen.

Freiwillige werden bei der Betreuung und Begleitung eingesetzt. Diese binden sich heutzutage gerne weniger «fest» und arbeiten lieber punktuell. Die Charta des BSV (Basis für Entschädigung Freiwilligendienstleistungen durch BSV mit CHF 12 / h) erschwert zudem durch entsprechende administrative Vorgaben die Rekrutierung von Freiwilligen.

Ziel

Längeres selbstbestimmtes Wohnen zuhause ist ermöglicht und Vereinsamung wird vorgebeugt.



Handlungsfeld S5-01: Beratung über alles

Handlungsbedarf

Das Unterstützungs- und Leistungsangebot für die ältere Bevölkerung ist in Uri sehr gross, aber für viele Betroffene und Angehörige komplex. Mangels Übersicht werden teilweise Angebote zu wenig oder zu wenig passend wahrgenommen. Im sozialen Bereich der Beratung besteht bereits ein etabliertes Angebot der Pro Senectute, das allerdings aufgesucht werden muss. Im Gesundheits- und Betreuungsbereich besteht eine Lücke. Deshalb haben viele Kantone, Städte und Gemeinden Anlauf-, Beratungs- und Koordinationsstellen eingerichtet.

Ziel

Die Beratung ist ganzheitlich (Verbindung Gesundheits- und Sozialbereich) und proaktiv. Zielgruppen sind z.B. Betroffene, Angehörige und interessierte Bezugspersonen, in der Altersarbeit beteiligte Organisationen, Ärztinnen und Ärzte, oder Spitäler und andere Institutionen. In definierten Fällen werden Beratung, Vermittlung und Koordination «über alles» (Alltagshilfe, Wohnen, Betreuung, Angehörigenbegleitung, Gesundheit, Pflege, Prävention, ggf. auch Vortriage) sichergestellt.

Handlungsfeld S6-01: Pflegende Angehörige

Handlungsbedarf

Unterstützung im Alltag ist für viele Betroffene ein Beitrag zum selbständigen Leben und für pflegende Angehörige eine grosse Entlastung. Pflegende Angehörige sind jedoch erfahrungsgemäss oft schwierig zu erreichen. Oft wären, neben professionellen Entlastungsangeboten, auch Unterstützung durch Freiwillige ein wertvoller Beitrag. Ebenso gewünscht wird Nachtentlastung für Betroffene direkt zuhause, dies scheiterte bislang an den Kosten.

Ziel

Für Betroffene ist zielgerichtete Hilfe und Betreuung im Alltag sichergestellt, sodass diese möglichst lange selbstbestimmt leben können und pflegende Angehörige entsprechend entlastet werden. Für pflegende Angehörige soll die Vereinbarkeit mit übrigen (beruflichen) Aufgaben ermöglicht und gestärkt werden.

11.7 Massnahmen zu Handlungsfeldern Prio 1

11.7.1 Massnahmen mit neuem Zuständigkeitsmodell

Handlungsfeld S1-01 und S3-03: Demenzbetreuung und -pflege

Nr.	Beschreibung Massnahmen	Zuständigkeit
S1-01.M1	Umsetzung und Monitoring Empfehlungen im Aktionsplan Demenz.	Neue Trägerschaft

Handlungsfeld S1-02: Palliative Care

Nr.	Beschreibung Massnahmen	Zuständigkeit
S1-02.M1	Lead in der Umsetzung des Aktionsplans Palliative Care vom 08.04.2022.	Neue Trägerschaft
S1-02.M2	Prüfung Möglichkeiten Einrichtung Palliative Care-Plätze und / oder Aufbau eines mobilen spezialisierten ³⁷ Palliative Care Teams oder all-fälliger Alternativen inkl. Finanzierung.	Neue Trägerschaft

³⁷ Spezialisierte Palliative Care in Ergänzung zur Grundversorgung Palliative Care



Handlungsfeld S2-01: Kurzzeitaufenthalte		
Nr.	Beschreibung Massnahmen	Zuständigkeit
S2-01.M1	Schaffung strukturiertes Angebot für Kurzzeitplätze (z.B. definierte Anzahl (zu Beginn 3 % bis 5 % aller stat. Plätze), regionale Schwerpunkte, evtl. Aufnahmestation und / oder Kombination mit Tag- / Nachtbetreuung („Triage- und Entlastungsstation“) sowie Koordination durch Beratungsstelle	Neue Trägerschaft
S2-01.M2	Förderung Rückkehr nach Hause (z.B. nach Spitalaufenthalt Aufnahme in APH mit provisorischem Status) sowie Monitoring Nutzung Kurzzeitplätze.	Neue Trägerschaft
S2-01.M3	Prüfung weitergehende Unterstützungen für EL-Bezieher, um mögliche späterer Rückkehr nach Hause zu ermöglichen.	Neue Trägerschaft
S2-01.M4	Überprüfung der Gestaltung und Finanzierung von AÜP	Neue Trägerschaft
Handlungsfeld S2-02: Tages- und Nachtstrukturen (TONS)		
Nr.	Beschreibung Massnahmen	Zuständigkeit
S2-02.M1	Schaffung bedürfnisorientiertes, erreichbares Angebot mit differenzierten Zeitblöcken über die ganzen 24 Stunden inklusive Wochenende inkl. Regelung Finanzierung auf Seite Leistungserbringer und Klient:innen (Mengengerüst: 29 bis 38 Plätze Tagesplätze, fünf bis sechs Plätzen Nachtbetreuungsplätze).	Neue Trägerschaft
S2-02.M2	Prüfung Möglichkeiten Finanzierung TONS für EL-Bezieher unabhängig von einer bestehenden Hilflosigkeit.	Neue Trägerschaft
Handlungsfeld S2-04: Betreutes Wohnen nach Curaviva Kat. B (und A)		
Nr.	Beschreibung Massnahmen	Zuständigkeit
S2-04.M1	Schaffung Angebot Betreutes Wohnen Kat. B ³⁸ . Anzahl Plätze Betreutes Wohnen sollte höher sein als die Substitution von Pflegeplätzen (Mengengerüst Substitution Pflegeplatz rund 72 bis 94 Plätze, Schätzung Mengengerüst zusätzliche Nachfrage aufgrund Vorhandensein Angebot: nochmals so viel).	Neue Trägerschaft
S2-04.M2	Monitoring Einfluss auf Inanspruchnahme stationäre Pflegeplätze.	Neue Trägerschaft
Handlungsfeld S3-02: Betreuung und Unterstützung zuhause		
Nr.	Beschreibung Massnahmen	Zuständigkeit
S3-02.M1	Realisierung zentrale Beratungs- und Koordinationsstelle, siehe Handlungsfeld S5-01 «Beratung über alles»	Neue Trägerschaft
S3-02.M2	Förderung enge Zusammenarbeit Profi- und Freiwilligenarbeit, insbesondere in den Bereichen Betreuung, Begleitung und Alltagshilfe. Bestehende Strukturen innerhalb SRK sollen diesbezüglich genutzt werden.	Neue Trägerschaft
S3-02.M3	Finanzielle Unterstützung Entlastungsdienste für EL-Bezüger regeln (Beispiele Kantone GR, BS oder VD)	Kanton

³⁸ Siehe Anhang 11.3



Handlungsfeld S5-01: Beratungs über alles		
Nr.	Beschreibung Massnahmen	Zuständigkeit
S5-01.M1	Schaffung zentrale Beratungs- und Koordinationsstelle Pflege und Betreuung gemäss Zielen oben inklusive Finanzierung (Vorgabe: 7 bis 8.5 Std. Mo – Fr, Stellenbedarf min. 1.4 FTE)	Neue Trägerschaft
S5-01.M2	Monitoring Arbeiten und Folgewirkungen Beratungs- Koordinationsstelle.	Neue Trägerschaft
Handlungsfeld S6-01: Pflegende Angehörige		
Nr.	Beschreibung Massnahmen	Zuständigkeit
S6-01.M1	Prüfung Aufbau Freiwilligennetz für Nachbarschaftshilfe (siehe Handlungsfeld S2-05 Betreuung und Unterstützung zuhause)	Neue Trägerschaft
S6-01.M2	Entschädigung Leistungen Angehörige analog Kt. GR oder GL sicherstellen	Neue Trägerschaft
S6-01.M3	Förderung Anstellung pflegender Angehörige bei Spitex sowie Sicherstellung allfällige Rahmenbedingungen.	Neue Trägerschaft

11.7.2 Massnahmen Übergangsphase

Handlungsfeld S1-02: Palliative Care		
Nr.	Beschreibung Massnahmen	Zuständigkeit
S1-02.M_ÜP1	Sicherstellung Umsetzung Aktionsplan Palliative Care.	Projektorganisation Übergangsphase
S1-02.M_ÜP2	Einrichtung von einzelnen Palliative Care-Plätzen in 1 bis 2 APH inkl. ärztliche Betreuung und Regelung Finanzierung (auch der Vorhalteleistung).	Projektorganisation Übergangsphase
S1-02.M_ÜP3	Prüfung Möglichkeiten Aufbau mobiler spezialisierter Palliative Care Teams für zuhause und / oder als Unterstützung in APH (inkl. Finanzierung, insbesondere bei Einsätzen in APH) oder allfälliger Alternativen, ggf. in Zusammenarbeit mit einem Nachbarkanton (beispielsweise Kt. SZ).	Projektorganisation Übergangsphase
Handlungsfeld S2-01: Kurzaufenthalte		
Nr.	Beschreibung Massnahmen	Zuständigkeit
S2-01.M_ÜP1	Schaffung strukturiertes Angebot für Kurzzeitplätze (z.B. definierte Anzahl (zu Beginn 3 % bis 5 % aller stat. Plätze), regionale Schwerpunkte, evtl. Aufnahmestation und / oder Kombination mit Tag- / Nachtbetreuung („Triage- und Entlastungsstation“)) sowie Koordination durch Beratungsstelle (falls Ressourcen durch Beratungsstelle vorhanden).	Projektorganisation Übergangsphase



Handlungsfeld S2-04: Betreutes Wohnen nach Curaviva Kat. B (und A)		
Nr.	Beschreibung Massnahmen	Zuständigkeit
S2-04.M_ÜP1	Anpassung gesetzliche Bestimmungen Wohnsitzregelung bei Betreutem Wohnen, um Gemeinden, die Angebot schaffen, nicht mit nachträglicher Übernahme von Pflegerestkosten von Zuzüglern zu belasten.	Kanton
S2-04.M_ÜP2	Schaffung Übergangsregelung für Beiträge an EL-Bezüger (z.B. für Betreuungspauschale) bis Lösung auf Bundesebene kommt.	Kanton
S2-04.M_ÜP3	Ausarbeitung Anreize für Trägerschaften zur Förderung von Angeboten	Projektorganisation Übergangsphase
Handlungsfeld S5-01: Beratung über alles		
Nr.	Beschreibung Massnahmen	Zuständigkeit
S5-01.M_ÜP1	Schaffung zentrale Beratungsstelle inklusive Finanzierung	Projektorganisation Übergangsphase



11.8 Detaillierter Vergleich der Zuständigkeiten für alle Varianten

Legende: ☒ Kanton ☐ Gemeinden ☒ Kanton und Gemeinden ☐ Neue Verbundgesellschaft n.a. nicht anwendbar

SQ Status Quo, **V1** Status Quo Plus, **V2a** Konzentration beim Kanton (nur Zuständigkeiten), **V2b** Konzentration beim Kanton (integrierter Betrieb), **V3** Konzentration bei einzelnen Gemeinden, **V4a** Verbund Gemeinden (nur Zuständigkeiten), **V4b** Konzentration bei Verbund Gemeinden (integrierter Betrieb), **V5** Mischform, **V6** Verbund Kanton / Gemeinden (integrierter Betrieb) -

Zuständigkeiten Kanton Uri		V0	V1	V2a	V2b	V3	V4a	V4b	V5	V6
Ambulante Leistungen	Wer schliesst LV mit Versorgungsauftrag ab?	☒	☒	☒	n.a.	☐	☐	n.a.	☐	n.a.
	Wer legt Pflorgetarife fest?	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐
	Wer finanziert Pflegerestkosten?	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐
Stationäre Leistungen	Wer legt Bettenplanung KVG fest?	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
	Wer erteilt Betriebsbewilligung?	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
	Wer schliesst LVs ab?	☐	☐	☒	n.a.	☐	☐	n.a.	☐	n.a.
	Wer legt Pflorgetarife fest?	☐	☐	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐
	Wer finanziert Pflegerestkosten?	☐	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐
Ergänzungsleistungen	Wer trägt EL-Kosten?	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☒	☐
Beratung / Prävention	Wer finanziert Massnahmen?	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☒	☐
S1 - Stationär halten und differenzieren	Wer finanziert Massnahmen Demenz?	☐	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐
	Wer finanziert Massnahmen Palliative Care?	☐	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐
	Wer finanziert Pflegerestkosten Schwerstpflegebedürftige?	☐	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐
S2 - Intermediär ausbauen	Wer legt Angebot Planung Kurzzeitaufenthalte fest?	☐	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐
	Wer legt Angebot Planung ToNS fest?	☐	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐
	Wer legt Planung und Finanzierung Betreutes Wohnen Kat. A und B fest?	☐	☐	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐
S3 – Ambulant ausbauen	Wer finanziert Betreuung und Unterstützung zuhause?	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☒	☐
S5 - Beratung / Koordination schaffen	Wer finanziert zentrale Beratungsstelle?	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☒	☐
S6 - Freiwilligenhilfe stärken	Wer steuert und finanziert Unterstützung / Entlastung für pflegende Angehörige	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐



11.9 Stärken und Schwächen aller Zuständigkeitsvarianten

Tabelle 25: Stärken und Schwächen aller Zuständigkeitsvarianten

	Stärken	Schwächen
Status Quo [125 Punkte in Nutzwertanalyse]	-	Gemeinden - schwierige / fehlende gemeindeübergreifende Planung und Koordination Angebot Versorgungskette sowie Weiterentwicklung Langzeitpflege - fehlende Anreize, intermediäre Angebote zu schaffen - teilweise zu kleines Einzugsgebiet, um eigenes APH zu betreiben ➔ allenfalls keine horizontale fiskalische Äquivalenz (Gemeinden – Gemeinden) ➔ Gemeinden ohne Heim teilweise nicht voll in Planung und Verantwortung einbezogen - Know-how für Langzeitpflege fehlt teilweise (Beispiele: bei Tariffestsetzungen; Kalibrierung BESA, RST MiGel, Prüfung KORE, Versorgungsfragen) - überproportionale finanzielle Belastungen der einzelnen Gemeinden z.B. durch stark Pflegebedürftige - Aktuelle Wohnsitzregelung beeinflusst Übernahme Pflegerestkosten bei Pflegeheimaufenthalt Kanton - Keine fiskalische Äquivalenz Kanton – Gemeinden durch gemischte Zuständigkeiten stationär (Kanton zahlt EL, setzt aber nicht die Tarife fest) Kanton und Gemeinden - keine Steuerung Übergänge amb./stationär und kein Anreiz für Optimierung - höherer Koordinationsaufwand für Angebot Versorgungskette durch getrennte Verantwortlichkeiten
V1: Status Quo Plus [125 Punkte in Nutzwertanalyse]	Gemeinden - Bürgernähe (allerdings aufgrund Grösse Kanton weniger relevant) - Nähe und Einfluss auf Betriebe - Keine überproportionale finanzielle Belastungen einzelner Gemeinden z.B. durch stark Pflegebedürftige Kanton - Marktübersicht - Einfluss auf ambulante Leistungen - Anreiz für Steuerung Übergänge amb./stationär	Gemeinden - schwierige / fehlende gemeindeübergreifende Planung und Koordination Angebot Versorgungskette sowie Weiterentwicklung Langzeitpflege - teilweise zu kleines Einzugsgebiet, um eigenes APH zu betreiben ➔ Gemeinden ohne Heim teilweise nicht voll in Planung und Verantwortung einbezogen - Know-how für Langzeitpflege fehlt teilweise - wenig Nutzung von Synergien unter APHs



	Stärken	Schwächen
	Kanton und Gemeinden - Wohnsitzregelung innerkantonale nicht mehr relevant, was Schaffung von Angeboten Betreutes Wohnen vereinfacht - Innerhalb des Kantons freie Wahl Pflegeheim	Kanton - Keine fiskalische Äquivalenz Kanton – Gemeinden durch gemischte Zuständigkeiten stationär (Kanton zahlt EL und Pflegerestkosten, Gemeinden setzen Tarife fest) Kanton und Gemeinden - Höherer Koordinationsaufwand für Angebot Versorgungskette durch getrennte Verantwortlichkeiten
V2a: Konzentration beim Kanton (nur Zuständigkeit) [333 Punkte in Nutzwertanalyse]	Gemeinden - keine überproportionale finanzielle Belastungen einzelner Gemeinden z.B. durch stark Pflegebedürftige - Vereinfachung und Reduktion Verwaltungsaufwand in Gemeinden (keine Abrechnung mit Heimen, kein LV mit Heimen usw.) Kanton - Marktübersicht - Einfluss auf ambulante und stationäre Leistungen - Anreiz für Steuerung Übergänge amb./stat. durch Restkostenfinanzierung amb./stat. - Koordination Angebot durch Verantwortung aus einer Hand vereinfacht bzw. neue Varianten Koordination und Kooperationen Leistungserbringer einfacher möglich Kanton und Gemeinden - Höhere Professionalität - Wohnsitzregelung interkantonale nicht mehr relevant, was Schaffung intermediärer Angebote vereinfacht - Optimierung eigener Zuständigkeitsbereich hinfällig, da nur noch Kanton zuständig - Fiskalische Äquivalenz vollumfänglich gegeben	Gemeinden - weniger Bürgernähe im Bereich Langzeitpflege (allerdings aufgrund Grösse Kanton weniger relevant) - gemeindeeigene Betriebe abhängig von Vergabe Leistungsvereinbarung Kanton (allenfalls Auflagen bzgl. Grösse, Wirtschaftlichkeit usw.) und Festlegung Tarife Kanton Kanton - Zunahme Arbeitsaufwand beim Kanton,
V2b: Konzentration beim Kanton (Trägerschaft / integrierter Betrieb)	Gemeinden - Keine überproportionale finanzielle Belastung der einzelnen Gemeinden z.B. durch stark Pflegebedürftige - Vereinfachung und Reduktion Verwaltungsaufwand in Gemeinden (keine Abrechnung mit Heimen, kein LV mit Heimen usw.)	Gemeinden - weniger Bürgernähe im Bereich Langzeitpflege (allerdings aufgrund Grösse Kanton weniger relevant) - direkter Einfluss einzelne Gemeinde auf Betriebe des Kantons am Standort der jeweiligen Gemeinde nimmt ab bzw. nicht mehr vorhanden



	Stärken	Schwächen
[375 Punkte in Nutzwertanalyse]	- Alle Betriebe ambulant, stationär und intermediär potenziell in einem Unternehmen, das vom Kanton getragen wird (analog Abfall und Abwasser bei Gemeinden) Kanton - Marktübersicht und Bündelung Know-how - Einfluss auf ambulante und stationäre Leistungen - Anreiz für Steuerung Übergänge amb./stat. durch Restkostenfinanzierung amb./stat. - Koordination Angebot durch Verantwortung aus einer Hand vereinfacht bzw. neue Varianten Koordination einfacher möglich bis hin zu integrierter Versorgung - Personalentwicklung in Trägerschaft Kanton bzw. im Verbund einfacher handhabbar Kanton und Gemeinden - Vereinfachung und Reduktion auf Koordinations- und Arbeitsaufwand - Wohnsitzregelung interkantonal nicht mehr relevant, was Schaffung intermediärer Angebote vereinfacht - Optimierung eigener Zuständigkeitsbereich hinfällig, da nur noch Kanton zuständig - Fiskalische Äquivalenz vollumfänglich gegeben (Grundlagen für Finanzierung EL schon gegeben)	Verbund - Monopol → durch flankierende Massnahmen abfedern (Ombudsstellen, Aufsicht, Qualität Führung strategisch und operativ usw.) allenfalls abschwächen, da Betriebe nicht im Verbund
V3: Konzentration bei einzelnen Gemeinden [192 Punkte in Nutzwertanalyse]	Gemeinden - Bürgernähe (allerdings aufgrund Grösse Kanton weniger relevant) - Nähe und Einfluss auf Betriebe - Einfluss auf ambulante und stationäre Leistungen für die Gemeinden, die beides anbieten - Sehr hohe Selbständigkeit im Bereich Gestaltung Angebot Langzeitpflege Kanton und Gemeinden - Fiskalische Äquivalenz vollumfänglich gegeben von Seiten Kanton (keine Restkostenfinanzierung, keine EL-Heimkosten) - Optimierung eigener Zuständigkeitsbereich hinfällig, da nur noch Gemeinden zuständig	Gemeinden - schwierige / fehlende gemeindeübergreifende Planung und Koordination, Angebot Versorgungskette sowie Weiterentwicklung Langzeitpflege - begrenzte Anreize, intermediäre Angebote zu schaffen - teilweise zu kleines Einzugsgebiet, um eigenes APH zu betreiben → allenfalls keine horizontale fiskalische Äquivalenz (Gemeinden – Gemeinden) - Gemeinden ohne Heim teilweise nicht voll in Planung und Verantwortung einbezogen-Know-how für Langzeitpflege fehlt teilweise - Höherer Verwaltungsaufwand durch Abrechnung Restkosten ambulant - Höherer Aufwand durch Übernahme Aufgaben kommunale Bettenplanung (kantonale Pflegeheimplanung verbleibt beim Kanton) - überproportionale finanzielle Belastungen der einzelnen Gemeinden z.B. durch stark



	Stärken	Schwächen
		Pflegebedürftige und in dieser Variante auch durch EL-Bezieher (→ Ausgleichsmechanismus notwendig) - derzeitige Wohnsitzregelung beeinflusst Übernahme Pflegerestkosten bei Pflegeheimaufenthalt - Anreiz für Steuerung Übergänge amb./stat. durch Restkostenfinanzierung amb./stat. abhängig von Angeboten in der eigenen Gemeinde - Möglicher «Flickenteppich» von Angeboten - wenig Nutzung von Synergien unter APHs - Koordination Spitex als ein Betrieb durch alle Gemeinden nur schwer möglich - Abschluss LV von jeder Gemeinde mit Spitexanbietern, SRK, Pro Senectute, Beratungsstellen usw. - Bisheriges kantonales Angebot (Spitex usw.) könnte „erodieren“ und zu Verwerfungen führen
V4a: Verbundlösung Gemeinden (nur Zuständigkeiten) [342 Punkte in Nutzwertanalyse]	Gemeinden - Bürgernähe durch Verbundlösung auf Gemeindeebene noch «emotional» gegeben Verbund - Marktübersicht und Bündelung Know-how - Einfluss auf ambulante und stationäre Leistungen - Anreiz für Steuerung Übergänge amb./stat. durch Restkostenfinanzierung amb./stat. - Koordination Angebot durch Verantwortung aus einer Hand vereinfacht bzw. neue Varianten der Koordination einfacher möglich Kanton und Gemeinden - Vereinfachung und Reduktion Koordinations- und Arbeitsaufwand - Wohnsitzregelung innerkantonale nicht mehr relevant, was Schaffung intermediärer Angebote vereinfacht - Optimierung eigener Zuständigkeitsbereich hinfällig, da nur noch Verbund zuständig - Fiskalische Äquivalenz gegeben (Grundlagen für Restkostenfinanzierung und EL im Verbund diesbezüglich zu regeln) - Bettenplanung nach KVG kann auch so formuliert werden, dass sie z.B. mit Zustimmung Gemeinden erfolgt	Gemeinden - Betriebe abhängig von Vergabe Leistungsvereinbarung Verbund (allenfalls Auflagen bzgl. Grösse, Wirtschaftlichkeit usw.) und Tariffestsetzung Verbund - Direkter Einfluss einzelner Gemeinde auf Betriebe des Unternehmens am Standort der jeweiligen Gemeinde nimmt ab - Betriebsbewilligung, Qualitätsvorgaben und übergeordnete Bettenplanung KVG muss beim Kanton bleiben Verbund - Monopol → durch flankierende Massnahmen abfedern (Ombudsstellen, Aufsicht, Qualität Führung strategisch und operativ usw.) allenfalls abschwächen, da Betriebe nicht im Verbund



	Stärken	Schwächen
V4b: Verbundlösung Gemeinden (Trägerschaft / integrierter Betrieb) [392 Punkte in Nutzwertanalyse]	Gemeinden - Bürgernähe durch Verbundlösung auf Gemeindeebene noch «emotional» gegeben - Vereinfachung und Reduktion Verwaltungsaufwand in Gemeinden (keine direkte Abrechnung mit Heimen, weniger Know-how notwendig) - Alle Betriebe ambulant, stationär und intermediär potenziell in einem Unternehmen, das von den Gemeinden getragen wird (analog Abfall und Abwasser) Verbund - Marktübersicht und Bündelung Know-how - Einfluss auf ambulante und stationäre Leistungen - Anreiz für Steuerung Übergänge amb./stat. durch Restkostenfinanzierung amb./stat. - Koordination Angebot durch Verantwortung aus einer Hand vereinfacht bzw. neue Varianten der Koordination einfacher möglich bis hin zu integrierter Versorgung - Personalentwicklung im Verbund einfacher handhabbar Kanton und Gemeinden - Vereinfachung und Reduktion auf Koordinations- und Arbeitsaufwand - Wohnsitzregelung interkantonal nicht mehr relevant, was Schaffung intermediärer Angebote vereinfacht - Optimierung eigener Zuständigkeitsbereich hinfällig, da nur noch Verbund zuständig - Fiskalische Äquivalenz gegeben (Grundlagen für Restkostenfinanzierung und EL im Verbund diesbezüglich zu regeln) - Bettenplanung nach KVG kann auch so formuliert werden, dass sie z.B. mit Zustimmung Gemeinden erfolgt	Gemeinden - Direkter Einfluss einzelner Gemeinde auf Betriebe des Unternehmens am Standort der jeweiligen Gemeinde nimmt ab - Betriebsbewilligung, Qualitätsvorgaben und übergeordnete Bettenplanung KVG muss beim Kanton bleiben Verbund - Monopol → durch flankierende Massnahmen abfedern (Ombudsstellen, Aufsicht, Qualität Führung strategisch und operativ usw.)
V5: Mischform [158 Punkte in Nutzwertanalyse]	Gemeinden - Bürgernähe (allerdings aufgrund Grösse Kanton weniger relevant) - Nähe und Einfluss auf Betriebe - Hohe Selbständigkeit im Bereich Gestaltung Angebot Langzeitpflege amb. und stat. innerhalb der Gemeinde bis auf Bettenplanung	Gemeinden - schwierige / fehlende gemeindeübergreifende Planung und Koordination, Angebot Versorgungskette sowie Weiterentwicklung Langzeitpflege - fehlende Anreize, intermediäre Angebote zu schaffen - teilweise zu kleines Einzugsgebiet, um eigenes APH oder Spitex zu betreiben



	Stärken	Schwächen
		➔ allenfalls keine horizontale fiskalische Äquivalenz (Gemeinden – Gemeinden) ➔ Gemeinden ohne Heim teilweise nicht voll in Planung und Verantwortung einbezogen ➔ Derzeit kantonale Spitex → LV durch jede Gemeinde mit Spitex oder andere Struktur Spitex - Know-how für Langzeitpflege fehlt teilweise - überproportionale finanzielle Belastungen der einzelnen Gemeinden z.B. durch stark Pflegebedürftige - Aktuelle Wohnsitzregelung beeinflusst Übernahme Pflegerestkosten bei Pflegeheimaufenthalt - Anreiz für Steuerung Übergänge amb./stat. durch Restkostenfinanzierung amb./stat. abhängig von Angeboten in der eigenen Gemeinde - Höherer Verwaltungsaufwand durch Abrechnung Restkosten ambulant - Höherer Aufwand durch Übernahme Aufgaben Bettenplanung - wenig Nutzung von Synergien unter APHs - Koordination Spitex als ein Betrieb durch alle Gemeinden nur schwer möglich
V6: Gemeinsame Verbundlösung Kanton und Gemeinden (Trägerschaft / integrierter Betrieb) [375 Punkte in Nutzwertanalyse]	Gemeinden - Bürgernähe durch Verbundlösung auf Gemeindeebene noch «emotional» gegeben - Vereinfachung und Reduktion Verwaltungsaufwand in Gemeinden (keine direkte Abrechnung mit Heimen, weniger Know-how notwendig) Verbund - Marktübersicht und Bündelung Know-how - Einfluss auf ambulante und stationäre Leistungen - Anreiz für Steuerung Übergänge amb./stat. durch Restkostenfinanzierung amb./stat. - Koordination Angebot durch Verantwortung aus einer Hand vereinfacht bzw. neue Varianten der Koordination einfacher möglich bis hin zu integrierter Versorgung - Personalentwicklung im Verbund einfacher handhabbar Kanton und Gemeinden - Alle Betriebe ambulant, stationär und intermediär potenziell in einem Unternehmen, das gemeinsam getragen wird	Gemeinden - Direkter Einfluss einzelner Gemeinde auf Betriebe des Unternehmens am Standort der jeweiligen Gemeinde nimmt ab Verbund - Anspruchsvolle Führung aufgrund paritätischer Trägerschaft bzw. auch bei Besetzung strategischer Führungsebene - Monopol → durch flankierende Massnahmen abfedern (Ombudsstellen, Aufsicht, Qualität Führung strategisch und operativ usw.)



	Stärken	Schwächen
	- Mitbestimmung durch paritätische Trägerschaft - Vereinfachung und Reduktion Koordinations- und Arbeitsaufwand - Wohnsitzregelung interkantonale nicht mehr relevant, was Schaffung intermediärer Angebote vereinfacht - Optimierung eigener Zuständigkeitsbereich hinfällig, da nur noch Verbund zuständig - Fiskalische Äquivalenz vollumfänglich gegeben	



11.10 Eckwerte zu den priorisierten Zuständigkeitsvarianten

Tabelle 26: Eckwerte zu Zuständigkeitsvarianten V2b, V4b und V6 im Vergleich

Themenbereich	V2b Kanton mit Trägerschaft	V4b Verbund Gemeinden mit Trägerschaft	V6 Gemeinsamer Verbund Gemeinden / Kanton mit Trägerschaft
Kurzdefinition Zuständigkeit / Ziel	Konzentration der Zuständigkeiten und langfristig auch der Trägerschaft für LZP (integrierte Versorgung / alles aus einer Hand) generell beim Kanton, inkl. EL-Beträge und inkl. neue Massnahmen	Konzentration der Zuständigkeiten und langfristig auch der Trägerschaft für LZP (integrierte Versorgung / alles aus einer Hand) generell bei einer Verbundstruktur der Gemeinden, inkl. EL-Beträge und inkl. neue Massnahmen	Konzentration der Zuständigkeiten und langfristig auch der Trägerschaft für LZP (integrierte Versorgung / alles aus einer Hand) generell bei einer gemeinsamen Verbundstruktur von Kanton und Gemeinden, inkl. EL-Beträge und inkl. neue Massnahmen
Organisation	- Aufgrund einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage schafft der Kanton eine geeignete Trägerschaft im Sinne eines Unternehmens, wie beispielsweise eine Anstalt oder ein privatrechtliches Unternehmen (z.B. gAG) im Besitz des Kantons³⁹ - Dieses übernimmt sowohl die Zuständigkeit LZP (inkl. neue Massnahmen) wie auch langfristig die Trägerschaft für die Betriebe - Denkbar wäre auch eine Lösung innerhalb der Kantonsverwaltung - Es ist empfehlenswert, die strategische Führungsebene (Verwaltungsrat) mehrheitlich mit Fachleuten (erfahrene Führungskräfte) zu besetzen; Ergänzung um einzelne Vertreter:innen des Kantons - Der Verwaltungsrat entscheidet selbständig über die Unternehmensstrategie, jedoch im Rahmen einer vom Kanton definierten Eignerstrategie	- Aufgrund einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage schaffen die Gemeinden eine geeignete Verbundstruktur im Sinne eines Unternehmens, z.B. analog KUG eine öffentlich-rechtliche Aktiengesellschaft⁴⁰ (vgl. Abwasser Uri AG) oder einen Zweckverband - Dieses übernimmt sowohl die Zuständigkeit LZP (inkl. neue Massnahmen) wie auch langfristig die Trägerschaft für die Betriebe - Es ist empfehlenswert, die strategische Führungsebene (Verwaltungsrat) mehrheitlich mit Fachleuten (erfahrene Führungskräfte) zu besetzen; Ergänzung um einzelne Vertreter:innen aus der Politik - Der Verwaltungsrat entscheidet selbständig über die Unternehmensstrategie, jedoch im Rahmen einer von den Besitzern definierten Eignerstrategie	- Aufgrund einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage schafft der Kanton eine geeignete Trägerschaft im Sinne eines Unternehmens, wie beispielsweise eine Anstalt oder ein privatrechtliches Unternehmen (z.B. gAG) im paritätischen Besitz von Kanton und Gemeinden - Dieses übernimmt sowohl die Zuständigkeit LZP (inkl. neue Massnahmen) wie auch langfristig die Trägerschaft für die Betriebe - Sonst wie Variante 4b
Trägerschaft der einzelnen Betriebe	- Kantoniales Unternehmen - Betriebe wie Heime oder Spitex können nach individuellem Zeitplan entweder in das Unternehmen	- Unternehmen der Gemeinden - Sonst wie Variante 2b	- Gemeinsames Unternehmen von Kanton und Gemeinden - Sonst wie Variante 2b

³⁹ «gemeinnützige AG (gAG)» ist eine Aktiengesellschaft nach Obligationenrecht, die gemeinnützig und steuerbefreit gestaltet wird und damit nicht gewinnorientiert ist.

⁴⁰ Das KUG setzt lediglich minimale öffentlich-rechtliche Rahmenbedingungen für die Aktiengesellschaft, welche im Übrigen grundsätzlich auf dem Aktienrecht nach Obligationenrecht basiert.



Themenbereich	V2b Kanton mit Trägerschaft	V4b Verbund Gemeinden mit Trägerschaft	V6 Gemeinsamer Verbund Gemeinden / Kanton mit Trägerschaft
	integriert werden oder (bis auf weiteres) selbständig bleiben - Mit selbständigen Betrieben, d.h. solchen, die (noch) nicht Teil des neuen Unternehmens sind – schliesst das kantonale Unternehmen eine Leistungsvereinbarung ab - Da kleinere APHs vor grösseren Herausforderungen stehen, die geplanten Massnahmen umzusetzen, soll die baldige Integration dieser APHs geprüft werden, um rascher Effizienzoptimierungen angehen zu können. - Zudem soll eine baldige Integration für die Spitex Uri geprüft werden, damit – im Interesse der Klient:innen – die Zusammenarbeit ambulant und stationär möglichst zeitnah gestärkt werden kann		
Abläufe	- Mit dem Modell der integrierten Versorgung soll das Unternehmen zwischen den Versorgungsstufen (Beratung, Gesundheitsvorsorge, Spitex, intermediäre Strukturen, stationäre Pflege...) Kundennutzen schaffen und Schnittstellen optimieren - Die einzelnen lokalen Betriebe werden mit zentralisierten Supportdiensten (etwa Finanzen, Personal & Bildung, QM, ICT etc.) unterstützt - In einer solchen Unternehmensstruktur bleibt die LZP-Grundversorgung Kernaufgabe – die Struktur erlaubt jedoch bei Bedarf auch die Bildung von Schwerpunkten oder Pilotversuchen für innovative, dem ganzen Kantonsgebiet zur Verfügung stehender Angebote - Dies gilt für den Aufbau und die Weiterentwicklung von intermediären Angeboten wie auch die aufeinander abgestimmte Versorgung ambulant – intermediär – stationär	- Wie Variante 2b	- Wie Variante 2b
Rolle / Aufgaben Kanton	- Zuständig für die LZP aller Stufen - Träger des Unternehmens - Legiferierung - Gesundheitspolizeiliche Zuständigkeiten - Via Unternehmen auch zuständig für kantonsübergreifende neue Massnahmen, z.B. Beratungsstelle	- Legiferierung - Gesundheitspolizeiliche Zuständigkeiten	- Mit-zuständig für die LZP aller Stufen - Mit-Träger des Unternehmens - Legiferierung - Gesundheitspolizeiliche Zuständigkeiten



Themenbereich	V2b Kanton mit Trägerschaft	V4b Verbund Gemeinden mit Trägerschaft	V6 Gemeinsamer Verbund Gemeinden / Kanton mit Trägerschaft
			- Via Unternehmen auch mit-zuständig für kantons-übergreifende neue Massnahmen, z.B. Beratungsstelle
Rolle / Aufgaben Gemeinden	- Keine	- Zuständig für die LZP aller Stufen - Via Unternehmen auch mit-zuständig für kantons-übergreifende neue Massnahmen, z.B. Beratungsstelle - Träger des Unternehmens	- Mitzuständig sowohl für ambulante als auch für stationäre LZP - Via Unternehmen auch mitzuständig für kantons-übergreifende neue Massnahmen, z.B. Beratungsstelle - Mit-Träger des Unternehmens
Koordination und Steuerung	- Durch zentrale Beratungs- und Koordinationsstelle des Unternehmens, die Steuerung erfolgt durch das Unternehmen	Wie Variante 2b	Wie Variante 2b
Finanzierung Betrieb	- Vollkostendeckung inkl. Infrastruktur (Kostenrechnung / Benchmark) - Kanton bezahlt definierte Kosten - Betriebe mit Leistungsvereinbarung rechnen über das Unternehmen ab	- Vollkostendeckung inkl. Infrastruktur (Kostenrechnung / Benchmark) - Gemeinden bezahlen definierte Kosten nach einem noch festzulegenden Schlüssel, z.B. Einwohner oder evtl. kombiniert mit Inanspruchnahme Leistungsmengen - Betriebe mit Leistungsvereinbarung rechnen über das Unternehmen ab	- Vollkostendeckung inkl. Infrastruktur (Kostenrechnung / Benchmark) - Kanton und Gemeinden bezahlen je zur Hälfte definierte Kosten (Gemeinden untereinander nach einem noch festzulegenden Schlüssel) - Betriebe mit Leistungsvereinbarung rechnen über das Unternehmen ab
Infrastruktur, insbesondere APH	- Die Integration von stationären Betrieben ins Unternehmen erfordert wegen der kapitalintensiven Infrastruktur eine sorgfältige Planung in Varianten - Im Gegensatz zu vielen anderen Branchen bestehen jedoch in diesem Markt anerkannte einheitliche Anlagebewertungsgrundlagen, was diese Planung erleichtern sollte - Die wichtigsten Rahmenbedingungen werden – analog zum KUG – im Gesetz zu regeln sein	- Wie Variante 2b	- Wie Variante 2b
Demokratisch legitimierte Aufsicht	- Die demokratische Mitsprache und Kontrolle könnte z.B. analog zum KSU erfolgen, d.h. der Landrat erteilt den Leistungsauftrag, die Regierung übernimmt die Aufsicht und wählt den Verwaltungsrat - Ein oder zwei Vertreter des Kantons im Verwaltungsrat sichern den Informationsfluss	- Die demokratische Mitsprache und Kontrolle durch die Gemeinden erfolgt einerseits über einzelne Vertreter:innen im Verwaltungsrat und andererseits allenfalls über ein geeignetes Aufsichtsorgan, welches mit Ergebnissen des professionellen Unternehmenscontrollings bedient wird, den Verwal-	- Die demokratische Mitsprache und Kontrolle durch die Besitzer erfolgt einerseits über einzelne Vertreter:innen im Verwaltungsrat, und andererseits allenfalls über ein paritätisch durch Gemeinden und Kanton besetztes Aufsichtsorgan, welches mit Er-



Themenbereich	V2b Kanton mit Trägerschaft	V4b Verbund Gemeinden mit Trägerschaft	V6 Gemeinsamer Verbund Gemeinden / Kanton mit Trägerschaft
		tungsrat wählt und sich periodisch mit diesem austauscht - Mittels Informationsgefässen und periodisch durchgeführten Anlässen können Gemeinden und / oder auch breitere Kreise à jour gehalten werden	gebnissen des professionellen Unternehmenscontrollings bedient wird, den Verwaltungsrat wählt und sich periodisch mit diesem austauscht. - Die Gestaltung des Aufsichtsorgans erfordert in dieser Variante besondere Aufmerksamkeit, damit eine Balance zwischen Kanton und Gemeinden gewahrt werden kann - Mittels Informationsgefässen und periodisch durchgeführten Anlässen können Gemeinden, Landrat und / oder auch breitere Kreise à jour gehalten werden
Stärken ⁴¹	- Für Kanton direkter Einfluss auf Steuerung LZP	- Bürgernähe durch Verbundlösung auf Gemeindeebene noch «emotional» gegeben - Für Gemeinden direkter Einfluss auf Steuerung LZP	- Gemeinden und Kanton stehen gemeinsam hinter der LZP und deren Umsetzung
Schwächen ⁴²	- möglicherweise weniger Bürgernähe - Gemeinden sind aussen vor - Dreifachrolle Kanton (Zuständigkeit bzw. Regulator, Aufsicht und Betrieb)	- Gemeinden sehr unterschiedlich – Konsensfindung möglicherweise anspruchsvoll	- Anspruchsvolle Führung aufgrund paritätischer Trägerschaft bzw. auch bei Besetzung strategischer Führungsebene - Kanton und Gemeinden in Trägerschaft => ausserhalb des Unternehmens kann keine öffentliche Körperschaft mehr ausgleichend wirken

11.11 Bewertung Varianten Zuständigkeiten

Beilage (separates Dokument mit eigener Paginierung)

⁴¹ Hier werden primär Stärken gegenüber den anderen beiden priorisierten Varianten aufgeführt. Jene gegenüber den anderen 6 Varianten wie z.B. Möglichkeit zur integr. Versorgung, Effizienz durch Synergien, fiskalische Äquivalenz, Vereinfachung im Verwaltungsaufwand für Gemeinden, Wohnsitzregelung innerkantonal nicht mehr relevant (Erleichtert Schaffung von Betreutem Wohnen) werden nicht nochmals dargestellt.

⁴² Dasselbe gilt für Schwächen: Direkter Einfluss Gemeinden auf Betriebe vor Ort nimmt ab; Monopol → durch flankierende Massnahmen abfedern (Ombudsstellen, Aufsicht, Qualität Führung strategisch und operativ usw.) allenfalls abschwächen.

Bewertung der Varianten Zuständigkeiten LZPLegende: 4 = sehr gut 3 = gut 2 = genügend 1 = ungenügend

	Ge- wich- tung	Status Quo			V1 Status Quo Plus			V2a Konzentration beim Kanton (nur Zuständigkeiten)			V2b Konzentration beim Kanton (Trägerschaft / mögliche Integration)			V3 Konzentration bei einzelnen Gemeinden			V4a Verbundstruktur der Gemeinden (nur Zuständigkeiten)			V4b Verbundstruktur der Gemein- den (Trägerschaft / Integration)			V5 Mischform			V6 Gemeinsame Verbundstruktur Kanton / Gemeinden (Trägerschaft / Integration)		
		Beurteilung	P	P*G	Beurteilung	P	P*G	Beurteilung	P	P*G	Beurteilung	P	P*G	Beurteilung	P	P*G	Beurteilung	P	P*G	Beurteilung	P	P*G	Beurteilung	P	P*G	Beurteilung	P	P*G
Kriterium	Detail																											
1 Subsidiaritätsprinzip: Eine Aufgabe soweit möglich auf einer unteren Staatsebene lösen und obere Staatsebenen nur soweit involvieren, als für die Koordination notwendig ist. Kriterium schliesst die Kapazität bzw. wirtschaftliche Fähigkeit ein, den eigenen Zuständigkeitsbereich führen, überwachen und steuern zu können.	8.3%	- im stationären Bereich erfüllt (mit hoher Selbstständigkeit Gemeinden), im ambulanten nicht - allerdings können nicht alle Gemeinden aufgrund ihrer Grösse und auch des Know-hows selbst das Angebot erbringen => es entstehen Unterschiede im Einfluss und der Steuerung - Kanton hat Marktübersicht und Einfluss auf amb. Leistungen - Gemeindeübergreifende Planung schwierig	2	17	- im stationären Bereich erfüllt, im ambulanten nicht - allerdings können nicht alle Gemeinden aufgrund ihrer Grösse und auch des Know-hows selbst das Angebot erbringen => es entstehen Unterschiede im Einfluss und der Steuerung - Kanton hat Marktübersicht und Einfluss auf amb. Leistungen - Gemeindeübergreifende Planung bleibt schwierig	2	17	- Zwar wird die Zuständigkeit auf einer höheren Ebene konzentriert, dafür ergibt sich ein Mehrwert bei der Koordination der Angebote innerhalb der gesamten Versorgungskette der Langzeitpflege - Aufgrund der Grösse des Kantons ist die Bürgernähe auch auf kantonomer Ebene noch ausreichend vorhanden - Kanton kann am einfachsten und effizientesten die Fähigkeit, die komplexen Aufgaben und Zusammenhänge in der Langzeitpflege führen und steuern - allerdings bleiben Gemeinden aussen vor, Nähe zu Bürgern kann reduziert sein	3	25	- Zwar wird die Zuständigkeit auf einer höheren Ebene konzentriert, dafür ergibt sich ein Mehrwert bei der Koordination der Angebote innerhalb der gesamten Versorgungskette der Langzeitpflege - Aufgrund der Grösse des Kantons ist die Bürgernähe auch auf kantonomer Ebene noch ausreichend vorhanden - Kanton kann am einfachsten und effizientesten die Fähigkeit, die komplexen Aufgaben und Zusammenhänge in der Langzeitpflege führen und steuern - allerdings bleiben Gemeinden aussen vor, Nähe zu Bürgern kann reduziert sein	3	25	- Mit Stufe Gemeinde auf unterster Ebene erfüllt - Allerdings dürften noch mehr Gemeinden an ihre Grenzen kommen - im weiteren ist damit zu rechnen, dass es von Gemeinde zu Gemeinde zu unterschiedlichen Lösungen kommt - Koordinationsaufwand bzgl. Abstimmung der Planung und Angebote unter den Gemeinden steigt erheblich	2	17	- Bürgernähe durch Verbundlösung auf Gemeindeebene noch «emotional» gegeben - Direkter Einfluss einzelner Gemeinde auf Betriebe des Unternehmens am Standort der jeweiligen Gemeinde nimmt ab	4	33	- Bürgernähe durch Verbundlösung auf Gemeindeebene noch «emotional» gegeben - Direkter Einfluss einzelner Gemeinde auf Betriebe des Unternehmens am Standort der jeweiligen Gemeinde nimmt ab	4	33	- viel müsste auf Gemeindeebene zugeordnet werden - Mit Stufe Gemeinde auf unterster Ebene erfüllt - Allerdings dürften noch mehr Gemeinden als heute an ihre Grenzen kommen - im weiteren ist damit zu rechnen, dass es von Gemeinde zu Gemeinde zu unterschiedlichen Lösungen kommt - Koordinationsaufwand bzgl. Abstimmung der Planung und Angebote unter den Gemeinden steigt	2	17	- Bürgernähe durch Verbundlösung auf Gemeindeebene noch «emotional» gegeben, aber Kombination mit Kanton schafft evtl. mehr Distanz - Direkter Einfluss einzelner Gemeinde auf Betriebe des Unternehmens am Standort der jeweiligen Gemeinde nimmt ab	3	25
2 Fiskalische Aequivalenz: Nutzen, Verantwortung und Finanzierung sind deckungsgleich gestaltet (wer nutzt, zahlt – wer zahlt, befiehlt)	33.3%	- Klar ungenügend - keine Steuerung Übergänge amb./stationär und kein Anreiz für Optimierung - fehlende Anreize, intermediäre Angebote zu schaffen - Aktuelle Wohnsitzregelung beeinflusst Übernahme Pflegerestkosten	1	33	- Mangels Anpassung Zuständigkeiten kaum Änderung gg. Status Quo - Möglichkeit, Anreize für Übergang amb./stationär einzuführen - ebenso für intermediäre Wohnformen - aktuelle Wohnsitzregelung innerkantonal nicht mehr relevant	1	33	- vollständig erfüllt - Möglichkeit, Anreize für Übergang amb./stationär einzuführen - ebenso für intermediäre Wohnformen - aktuelle Wohnsitzregelung innerkantonal nicht mehr relevant	4	133	- vollständig erfüllt - Möglichkeit, Anreize für Übergang amb./stationär einzuführen - ebenso für intermediäre Wohnformen - aktuelle Wohnsitzregelung innerkantonal nicht mehr relevant	4	133	- im Grundsatz erfüllt für jene Gemeinden, die die Leistungen selbst anbieten - für Gemeinden, die auf die Angebote der Langzeitpflege von anderen Gemeinden "zurückgreifen" müssen, ist die fiskalische Äquivalenz nicht gegeben - Aktuelle Wohnsitzregelung beeinflusst Übernahme Pflegerestkosten, was wiederum den Aufbau von Betreutem Wohnen ungünstig beeinflussen könnte	3	100	- vollständig erfüllt - Übergang amb./stationär vom Verbund steuerbar - ebenso für intermediäre Wohnformen - aktuelle Wohnsitzregelung innerkantonal nicht mehr relevant	4	133	- vollständig erfüllt - Übergang amb./stationär vom Verbund steuerbar - ebenso für intermediäre Wohnformen - aktuelle Wohnsitzregelung innerkantonal nicht mehr relevant	4	133	- in vielen Bereichen wohl erfüllt - aber nicht so konsequent umsetzbar wie in V1, V2 und V4 - zudem komplex	2	67	- vollständig erfüllt - Übergang amb./stationär vom Verbund steuerbar - ebenso für intermediäre Wohnformen - aktuelle Wohnsitzregelung innerkantonal nicht mehr relevant	4	133
3 Accountability: Nach dem Prinzip der demokratischen Verantwortlichkeit (Accountability) hat jede Staatsebene Rechenschaft über die Erfüllung der ihr zugewiesenen Aufgaben abzulegen und kann von ihren Auftraggebern – d. h. in letzter Instanz von den Stimmberechtigten – zur Verantwortung gezogen werden. Dies funktioniert nur, wenn Verantwortung klar zugewiesen ist, transparente Rechenschaftsverfahren existieren und effektive Sanktionsmechanismen zur Verfügung stehen (z.B. Nicht-Wiederwahl, Referenden usw.).	8.3%		3	25	- im Grundsatz sowohl für Gemeinden wie für Kanton erfüllt. - Defizitbeiträge haben v.a. bei Gemeindebetrieben die Tendenz, mangels Diskussion von Detailpositionen kaum beachtet zu werden	3	25	- ist via Parlament und Wahlen zumindest teilweise gegeben - auf kantonomer Ebene via Gesetzgebungsprozess hohe Transparenz - wenig Einfluss Gemeinden	3	25	- ist via Parlament und Wahlen gegeben - auf kantonomer Ebene via Gesetzgebungsprozess hohe Transparenz - allerdings entsteht eine dreifache Konzentration beim Kanton: a) Aufsicht, b) Zuständigkeiten und c) Trägerschaft und Betrieb => starke Stellung der Strukturen - Gemeinden sind aussen vor - Je nach Gestaltung Trägerschaft ist Accountability komplex, z.B. wenn Betrieb selbständig	2	17	- im Grundsatz erfüllt - Transparenz in Finanzen auf Gemeindeebene evtl. etwas herausfordernder	3	25	- Doppelte Kontrolle: Bei einem gemeinsamen Unternehmen schauen Gemeinden erfahrungsgemäss genauer hin; dazu kommt die Kontrolle innerhalb der einzelnen Gemeinden	3	25	- Doppelte Kontrolle: Bei einem gemeinsamen Unternehmen schauen Gemeinden erfahrungsgemäss genauer hin; dazu kommt die Kontrolle innerhalb der einzelnen Gemeinden - Die politische Kontrolle erfolgt sowohl von Seiten Gemeinden als auch Kanton / Parlament - Risiko, dass sich Monopol noch stärker auswirkt als bei V2b und 4b, v.a. wenn "alle" Betriebe integriert; dadurch Risiko der Behäbigkeit / Innovationshemmung - "Vieler Herren Diener" gibt den (operativen) Strukturen eine sehr starke Stellung	3	25	- im Grundsatz sowohl für Gemeinden wie für Kanton erfüllt. - Defizitbeiträge haben v.a. bei Gemeindebetrieben die Tendenz, mangels Diskussion von Detailpositionen kaum beachtet zu werden	3	25	- im Grundsatz erfüllt - Doppelte Kontrolle: Bei einem gemeinsamen Unternehmen schauen Gemeinden erfahrungsgemäss genauer hin; dazu kommt die Kontrolle innerhalb der einzelnen Gemeinden - Die politische Kontrolle erfolgt sowohl von Seiten Gemeinden als auch Kanton / Parlament - Risiko, dass sich Monopol noch stärker auswirkt als bei V2b und 4b, v.a. wenn "alle" Betriebe integriert; dadurch Risiko der Behäbigkeit / Innovationshemmung - "Vieler Herren Diener" gibt den (operativen) Strukturen eine sehr starke Stellung	2	17
4 Effizienz: Kostensparende Anreize müssen in den Ausgleichssystemen sichergestellt und Fehlanreize vermieden werden.	50.0%	- Innerhalb der Sektoren tendenziell effizient - im geltenden System der unterschiedlichen Verantwortlichkeiten gibt es jedoch verschiedene Fehlanreize, auch durch erschwerte Übersicht - Höherer Koordinationsaufwand für Angebot Versorgungskette durch getrennte Verantwortlichkeiten - mangels unterschiedlicher Interessen und Gesetzeslagen (Stichwort: Wohnsitzregelung) ist Weiterentwicklung Angebote (z.B. intermediär) erschwert	1	50	- ist bestensfalls teilweise erfüllbar (abhängig von konkreter Umsetzung) - ohne LV nur beschränkter Beitrag zur Vermeidung Schaffung neuer Pflegeplätze - Höherer Koordinationsaufwand für Angebot Versorgungskette durch getrennte Verantwortlichkeiten - strukturelle Fehlanreize können teilweise reduziert werden (soweit nicht Bundesrecht)	1	50	- teilweise erfüllbar (abhängig von konkreter Umsetzung) - weiterhin viele separate und z.T. kleine Leistungserbringer - strukturelle Fehlanreize können potenziell minimiert werden (soweit nicht Bundesrecht)	3	150	- bietet Potenzial für strukturierte und flexible integrierte Versorgung - erlaubt Synergienutzungen sowohl horizontal wie vertikal - Marktübersicht und Bündelung Know-how - Einfluss auf ambulante und stationäre Leistungen - Anreiz für Steuerung Übergänge amb./stat. durch Restkostenfinanzierung amb./stat. - Koordination Angebot durch Verantwortung aus einer Hand vereinfacht bzw. neue Varianten der Koordination einfacher möglich - Höherer Aufwand durch Übernahme Aufgaben Bettenplanung - Evtl. müssen zwischen den Gemeinden noch Ausgleichsmechanismen definiert werden	4	200	- Effizienz im ganzen System ungenügend, evtl. in grösseren Gemeinden besser - Koordination Spitex als ein Betrieb durch alle Gemeinden nur schwer möglich - die Erfahrung zeigt, dass der ambulante Bereich für kleinere Körperschaften schwieriger zu führen und zu steuern ist - Höherer Verwaltungsaufwand durch Abrechnung Restkosten ambulant - Höherer Aufwand durch Übernahme Aufgaben Bettenplanung - Evtl. müssen zwischen den Gemeinden noch Ausgleichsmechanismen definiert werden	1	50	- Verbund führt Betriebe nicht direkt => kann nur über LV steuern - Marktübersicht und Bündelung Know-how - Einfluss auf ambulante und stationäre Leistungen - Anreiz für Steuerung Übergänge amb./stat. durch Restkostenfinanzierung amb./stat. - Koordination Angebot durch Verantwortung aus einer Hand vereinfacht bzw. neue Varianten der Koordination einfacher möglich - Gewisse Vereinfachung und Reduktion Verwaltungsaufwand in Gemeinden (keine direkte Abrechnung mit Heimen, weniger Know-how notwendig)	3	150	- bietet Potenzial für strukturierte und flexible integrierte Versorgung - erlaubt Synergienutzungen sowohl horizontal wie vertikal - Marktübersicht und Bündelung Know-how - die Erfahrung zeigt, dass der ambulante Bereich für kleinere Körperschaften schwieriger zu führen und zu steuern ist - Höherer Verwaltungsaufwand durch Abrechnung Restkosten amb./stat. - Koordination Angebot durch Verantwortung aus einer Hand vereinfacht bzw. neue Varianten der Koordination einfacher möglich - Deutliche Vereinfachung und Reduktion Verwaltungsaufwand in Gemeinden (keine direkte Abrechnung mit Heimen, weniger	4	200	- Effizienz im ganzen System ungenügend, evtl. in grösseren Gemeinden besser - Koordination Spitex als ein Betrieb durch alle Gemeinden nur schwer möglich - die Erfahrung zeigt, dass der ambulante Bereich für kleinere Körperschaften schwieriger zu führen und zu steuern ist - Höherer Verwaltungsaufwand durch Abrechnung Restkosten amb./stat. - Höherer Aufwand durch Übernahme Aufgaben Bettenplanung - Evtl. müssen zwischen den Gemeinden noch Ausgleichsmechanismen definiert werden	1	50	- bietet Potenzial für strukturierte und flexible integrierte Versorgung - erlaubt Synergienutzungen sowohl horizontal wie vertikal - Marktübersicht und Bündelung Know-how, auch mit Kanton - Einfluss auf ambulante und stationäre Leistungen - Anreiz für Steuerung Übergänge amb./stat. durch Restkostenfinanzierung amb./stat. - Koordination Angebot durch Verantwortung aus einer Hand vereinfacht bzw. neue Varianten der Koordination einfacher möglich - Deutliche Vereinfachung und Reduktion Verwaltungsaufwand in Gemeinden (keine direkte Abrechnung mit Heimen, weniger	4	200
Total	100%			125		125		333		375		192		342		392		158		375								

[100-01_0702_Massnahmen + Bewertg Var Zustaeendigkeit_2023 04 12 RW.xlsx|Massn